



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

ANA PAULA FELIPPE DE SOUZA MARQUES

**Representações imaginárias atribuídas ao exame do toque
retal por homens belemenses**

**Belém - Pará
2009**

ANA PAULA FELIPPE DE SOUZA MARQUES

**Representações imaginárias atribuídas ao exame do toque
retal por homens belemenses**

Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do título de Mestre pelo curso de Pós-Graduação em Psicologia, do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Linha de pesquisa: Cultura, Linguagem e Subjetivação.

Orientador: Prof^o. Dr. André Maurício Lima Barretto.

Belém-Pará
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Marques, Ana Paula Felipe de Souza

Representações imaginárias atribuídas ao exame do toque retal por homens belemenses /
Ana Paula Felipe de Souza Marques; orientador, André Maurício Lima Barreto. - 2009

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social, Belém, 2009.

1. Próstata - Câncer - Belém (PA) - Pacientes. 2. Câncer - Prevenção. 3. Câncer -
Aspectos psicológicos. I. Título.

CDD - 22. ed. 616.65

ANA PAULA FELIPPE DE SOUZA MARQUES

**Representações imaginárias atribuídas ao exame do toque
retal por homens belemenses**

Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do título de Mestre pelo curso de Pós-Graduação em Psicologia, do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Linha de pesquisa: Cultura, Linguagem e Subjetivação.

Belém: 07 de agosto de 2009

_____ - Orientador

André Maurício Lima Barreto

Pós doutorado em Psicologia - Université de Paris V (René Descartes)
Professor - Universidade Federal do Pará

Cristina Donza Cancela

Doutora em História - Universidade de São Paulo -USP
Professora - Universidade Federal do Pará

Maurício Rodrigues de Souza

Doutor em Psicologia - Universidade de São Paulo - USP
Professor - Universidade Federal do Pará

Dedico este trabalho à vocês, minha querida família: Papai, Mamãe, Renato, Roberta, Julinha, Fábio, Nara e à pequena Fernanda, que me ensinam todos os dias o que é amar e são importantes incentivadores de minha trajetória. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho como este necessitou a dedicação de dois anos o que resultou em momentos solitários, mas contei com a compreensão e apoio de pessoas que generosamente torceram e me ajudaram, e com as quais compartilhei idéias, dúvidas, angústias e descobertas e tenho imenso carinho. Por isso muito obrigada:

Acima de tudo à Deus, pela força encorajadora.

Aos meus pais: Carlos e Dilke, sempre presentes, me acompanhando com amor e carinho em todos os dias de minha vida.

Aos meus irmãos Renato, Roberta pela torcida.

Ao meu amado e companheiro Fábio, grande incentivador, por ter ficado o tempo todo ao meu lado e pelo amor presente em cada gesto e cada palavra.

Ao Professor André que me encorajou desde o início aceitando a orientação deste trabalho, sempre com suas inestimáveis sugestões e incentivos confiantes e por acreditar na proposta, obrigada.

À Universidade Federal do Pará, pelos 7 anos de apoio educacional, entre eles 5 onde primeiramente me graduei e 2 pelo mestrado. Sou muito grata a todos os professores que contribuíram para minha formação e a todos os funcionários que me trataram de maneira cordial.

À Carol e Roberta, que como boas amigas estiveram presentes nos momentos difíceis sendo suportes nos momentos das angústias e também nos de alegrias e que me ensinam o que é a verdadeira amizade.

Às amigas Deanne e Kátia pelo incentivo e pelas conversas animadas nos nossos almoços inesquecíveis.

À Janaína, nova amiga e companheira do mestrado, pelo estímulo, pelas dicas e pelos bate-papos gostosos e de confiança até quando eu mesmo desanimava.

Ao Dr. Antonio Dias e Sérgio Dias pelo apoio e incentivo, o que muito me ajudou a iniciar o meu mestrado.

E à todos os entrevistados que se dispuseram com toda confiança a participar da pesquisa.

Muito Obrigada.

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	08
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	09
LISTA DE SIGLAS	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - REFLETIR SOBRE O HUMANO A PARTIR DA CONCEPÇÃO IMAGINÁRIA	17
1.1. CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO IMAGINÁRIO EM CORNÉLIUS CASTORIADIS...	17
1.2. AS REPRESENTAÇÕES IMAGINÁRIAS.....	20
CAPÍTULO 2 - O MASCULINO EM QUESTÃO: ALGUNS PONTOS PARA DISCUSSÃO	26
2.1. INTRODUZINDO A QUESTÃO DA PERSPECTIVA DO ESTUDO SOBRE HOMENS.....	26
2.2. SOBRE A MASCULINIDADE.....	28
CAPÍTULO 3. OS HOMENS NO CENÁRIO DA SAÚDE	36
3.1. A SAÚDE DO HOMEM COMO PAUTA DE DISCUSSÃO.....	36
3.2. BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA E O EXAME DO TOQUE.....	39
CAPÍTULO 4. A PESQUISA DE CAMPO	44
4.1. O PROCEDIMENTO METODOLÓGICO ADOTADO.....	44
4.2. O MÉTODO DE EXPLICAÇÃO DO DISCURSO – MEDS.....	45
4.3. OBTENDO AS INFORMAÇÕES.....	46
a) O recrutamento dos participantes.....	46
b) Aspectos Éticos.....	48
c) As entrevistas.....	49
d) A realização das entrevistas.....	50
e) A organização das informações.....	52
CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1. OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	54
5.2. ESCUTANDO OS HOMENS E SUAS REPRESENTAÇÕES.....	56
5.3. O CUIDADO COM A SAÚDE: BARREIRAS ESTRUTURAIS E INSTITUCIONAIS.....	56
a) Acesso aos serviços.....	56
b) Informação e prevenção.....	58

5.4. AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A IDENTIDADE DE SER HOMEM.....	64
a) “Quem procura acha”: o medo de ir ao médico.....	64
b) A masculinidade em questão.....	69
c) O tabu do machismo.....	78
5.5. AS REPRESENTAÇÕES IMAGINÁRIAS DO EXAME DO TOQUE RETAL.....	80
a) Um toque na sexualidade masculina.....	81
b) As brincadeiras nas rodadas dos homens.....	84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES E ANEXOS.....	100
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TECLE	
ROTEIRO DE ENTREVISTA	
EXAMES DE CHECK UP 1	
EXAMES DE CHECK UP 2	

RESUMO

No Brasil, o câncer de próstata é uma doença que representa a segunda causa de morte mais freqüente entre os homens. Na região Norte, esta realidade não é diferente e vem apresentando um ritmo de crescimento acentuado, segundo informações do Instituto Nacional do Câncer - INCA. É um tipo de câncer de evolução lenta e possível de ser detectado e tratado, antes que tome proporções fatais, através de diversos métodos de diagnóstico. Entretanto, um dos maiores desafios no tocante a esta detecção é a mobilização e envolvimento da população masculina em procurar ajuda médica. Isso ocorre, principalmente, porque a prevenção envolve uma possível realização do exame do toque retal. Pensando nisso, este trabalho buscou entender: quais estes impedimentos? Quais os fatores envolvidos para que o homem não cuide de si, especialmente em relação ao câncer de próstata? O objetivo central do trabalho foi investigar: quais as representações imaginárias imputadas ao exame do toque? Em virtude de o foco investigativo ser a apreensão das significações, optou-se pela linha metodológica qualitativa, tendo por referência o Método de Explicitação do Discurso - MEDS. Foram analisadas 10 entrevistas de homens, na faixa etária de 40 a 60 anos. Os seus discursos apontaram que existem barreiras envolvidas neste impedimento, a saber: motivações de ordem estrutural (dificuldade de acesso, carência de informações), mas também barreiras de ordem imaginária, cujos significados tornam o sujeito resistente ao exame e como consequência não se previnem, dificultando a detecção de possível doença para posterior tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Exame do Toque Retal, Representações imaginárias, Masculino.

ABSTRACT

In Brazil, the prostate cancer is an illness that represents the second cause of more frequent death between the men. In the region North, this reality is not different and comes presenting a rhythm of growth accented, according to information of the National Institute of the Cancer - INCA. It is a kind of cancer of slow and possible of being detected and treated evolution before it takes fatal ratios through diverse methods of diagnosis. However, one of the biggest challenges in regards to this detection is the mobilization and involvement of the masculine population in looking medical aid. This occurs, mainly, because the prevention involves a possible accomplishment of the examination of the retal touch. Thinking about this, this work searched to comprehend which these impediments? Which the involved factors so that the man does not take care of itself, especially in relation to the prostate cancer? The central objective of the work was investigate which the imputed imaginary representations to the examination of the touch? The investigation focus was the apprehension of the meanings. Therefore was opted to the qualitative method line, having for reference the Underlying Discourse Unveiling Method (UDUM). Ten interviews of men had been analyzed, in the age between 40 and 60 years. Its discourses had pointed namely that involved hurdles in this impediment exist: motivations of structural order (access difficulty, lack of information), but also hurdles of imaginary order, whose meanings become the resistant citizen to the examination and as consequence if does not prevent, making it difficult the detention of possible illness for subsequent treatment.

KEYWORDS: Examination of the Retal Touch, imaginary Representations, Masculine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização da próstata.....	40
Figura 2 - Exame do toque.....	42
Quadro 1- Perfil sócio demográfico.....	55

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA)
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DTS's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
PSA	Prostatic Specific Antigen (Antígeno Prostático Específico)
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica da São Paulo
PUC-RJ	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SESPA	Secretaria de Saúde Pública do Pará
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
TECLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPa	Universidade Federal do Pará
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

O campo da Psicologia da Saúde e Hospitalar tem sido, em minha trajetória, uma área que desperta o meu interesse de estudos e de atuação desde a graduação. Minha inserção e crescente encantamento transcorreram dentro de um caminho em que o meu interesse esteve voltado em compreender os significados atribuídos e os processos de enfrentamento nos quais pessoas acometidas por alguma doença tinham a respeito desta vivência. Foi quando me interessei pela área da oncologia e desde então, paulatinamente, fui tomada pela curiosidade e interesse em desenvolver estudos nessa linha de pesquisa e atuação profissional.

Investiguei para o Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, na graduação, a temática da vivência da criança com câncer. Como treinanda no Hospital Ophir Loyola em 2003, desenvolvi atividades na assistência a pacientes mulheres com câncer de mama e mais recentemente tive oportunidade de assistir pacientes portadores dos mais diversos tipos de câncer em hospital, inclusive portadores de câncer de próstata, o que de certa forma influenciou na escolha do tema da proposta de pesquisa a ser realizada neste programa de mestrado.

Assim, o projeto para investigação aprovado e que foi desenvolvido tem íntima relação com minha trajetória estudantil e posteriormente meu vínculo profissional com as atividades voltadas para o atendimento a pacientes que sofrem de doenças oncológicas.

No caso específico do presente trabalho, tive o interesse em investigar sobre o tema do câncer de próstata e a saúde dos homens, notadamente a representação atribuída por homens na adoção de ações preventivas de doenças, especificamente em relação a este tipo de câncer.

No atendimento a pacientes submetidos a tratamentos para o câncer da próstata, percebi que os mesmos afirmavam que tinham dificuldades de prevenirem-se, principalmente em se tratando do exame do toque retal, o que começou a despertar minha atenção. A partir daí comecei a me interrogar: como os homens têm cuidado ou buscado por cuidados de sua saúde? E tive como questão principal e que norteou este trabalho saber por que o exame do toque retal pode ser motivo de impedimento entre os homens de realizá-lo para se prevenirem ou detectarem o câncer de próstata? Além disso, chamou-me a atenção o fato destes homens possuírem grau universitário e informações sobre o câncer e sobre o exame.

Mapeando as produções literárias e acadêmicas impulsionada por esses questionamentos, obtive a informação de que o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2008) informa que no Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não

melanoma¹, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e de colo do útero, no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo.

No caso da população masculina as estimativas de incidência são de 231.860 casos novos. Destes, para os tumores de próstata são estimados 49 mil, ficando como o segundo mais incidente depois do câncer de pele não-melanoma (56 mil). Segundo o próprio INCA sem considerar este tipo de tumor de pele, o câncer de próstata é o mais freqüente em todas as regiões. (BRASIL, MS, 2007)

A Sociedade Brasileira de Urologia - SBU (2007) estima que 400 mil homens com mais de 45 anos já tenham a doença e que a maioria não tem conhecimento disso. E as previsões não são as mais favoráveis, pois a média de diagnósticos gira em torno de 40 mil e de mortalidade em 8 mil por ano. No caso da Região Norte e do Pará, verifica-se que o câncer de próstata é a segunda causa de mortalidade entre os homens e vem apresentando um ritmo de crescimento acentuado, principalmente em virtude do crescimento da população adulta e idosa² (BRASIL, 2005).

A sobrevida³ dos portadores de câncer de próstata é alta. A grande maioria desse tipo de tumor cresce de forma lenta e pode não chegar a dar sintomas percebidos de imediato. Porém, esta doença, se não tratada, poderá, dependendo do caso, desenvolver-se rapidamente, aumentando o risco de multiplicação de células oncológicas - metástase - o que diminui as chances de cura e aumenta a possibilidade da pessoa realizar tratamentos mais agressivos como, por exemplo: radioterapias, quimioterapias ou mesmo cirurgias mutilantes.

As formas de se diagnosticar a doença são: a dosagem do PSA (antígeno prostático específico)⁴, ultrasonografia trans-abdominal, trans-retal, e o exame do toque retal (MIRANDA, 2004 e BRASIL, 2002; 2005).

¹ O câncer de pele não melanoma (carcinoma basocelular e o carcinoma epidermóide), é o tipo de câncer de pele mais freqüente (70% e 25%, respectivamente). Porém, apesar das altas taxas de incidência, este tipo de câncer apresenta altos índices de cura principalmente devido à facilidade do diagnóstico precoce. Indivíduos que trabalham com exposição direta ao sol são mais vulneráveis. Esse tipo de câncer é mais comum em adultos com picos de incidência por volta dos 40 anos. Porém, com a constante exposição de jovens aos raios solares a média de idade dos pacientes vem diminuindo. A maior incidência deste tipo de câncer de pele se dá na região da cabeça e do pescoço que são justamente os locais de exposição direta aos raios solares. (Fonte: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=334)

² A idade neste tipo de doença é um marcador de risco importante, uma vez que há probabilidade tanto da incidência quanto a mortalidade aumentarem após os 50 anos. Porém, se houver histórico de familiares com este tipo de câncer é indicado que se faça acompanhamento a partir dos 40 anos (BRASIL, 2002)

³ Índice de sobrevida quer dizer, estatisticamente, quantas pessoas estarão vivas após cinco anos do diagnóstico de câncer. Isto quer dizer que, se um câncer tem índice de sobrevida em cinco anos de 80%, a pessoa que tem este tipo de câncer tem 80% de chance de estar viva após cinco anos do diagnóstico, esteja ela curada ou não (BRASIL, 2002)

⁴ É um ingrediente do sêmen produzido pela próstata que aparece em taxas normais de sangue. Este teste é um exame de sangue, feito em laboratório, que mede essa quantidade. Se o resultado mostrar que está acima do normal, isso significa que está havendo alterações na glândula e o médico poderá recomendar outros exames para determinar a melhor forma de tratamento. As taxas normais são: 2.5 mg/ml para homens entre 40-50 anos, até 4.0 mg/ml para homens entre 50-60 anos. O nível de PSA maior que 4.0mg/ml pode indicar câncer de próstata (BRASIL, 2002).

Um dos maiores desafios no tocante à detecção deste câncer é diagnosticar quais os tumores que aparecerão e evoluirão para o câncer. Portanto, a prevenção, com ênfase na orientação da população masculina para evitar expor-se a fatores de risco, juntamente à adesão de medidas de prevenção são importantes para o diagnóstico precoce. (BRETANI, 2003)

Autores como Arilha et al (2001), Evangelista (2002), Schraiber (2005), Santos, Ana (2006) e Santos, Rosita (2006) consideram existir lacunas no que diz respeito ao tema câncer de próstata e prevenção na área das ciências humanas e sociais, sendo os temas mais pesquisados aqueles que focalizam a vivência do homem na saúde reprodutiva, prevenção de DST's, AIDS e violência.

Fato confirmado pelos resultados, pouco frutíferos, ao se levantar material bibliográfico sobre o assunto em livros ou artigos, pois apenas obtive resultado satisfatório em bases de dados como BVS, Capes, Banco de teses de universidades como USP, UNICAMP, FIOCRUZ, PUC-SP e PUC-RJ e também em artigos internacionais como os trabalhos de Coutinho (2001), Cuesta (2002; 2003; 2005) e Miranda (2004) que abordam a temática das crenças em saúde de homens em relação ao toque através de pesquisas quantitativas.

Estudos desta ordem são pouco realizados no Brasil. Pude ter contato apenas com dois autores que atualmente desenvolveram pesquisas que versam sobre o câncer de próstata e os fatores impeditivos para o homem cuidar de si que foram os trabalhos de Gomes (2003; 2006a; 2006b; 2007) e Nascimento (2005).

Assim, a definição de meu projeto ocorreu após o contato com o meu orientador e o trabalho que foi desenvolvido por ele para a conclusão de seu doutorado intitulado *A dimensão imaginária do risco de morte em práticas sexuais desprotegidas entre homens homoeroticamente orientados*, defendida em 1998. Os resultados desse trabalho indicaram que apesar de existir largamente a difusão da informação sobre os modos de se prevenir a AIDS, os participantes da pesquisa - todos com grau universitário, possuidores de conhecimento sobre os modos de se prevenir da doença - demonstraram que mantinham relações sexuais desprotegidas e corriam o risco de serem infectados pelo vírus, mesmo sabendo como evitá-lo.

O trabalho desenvolvido por ele (BARRETTO, 1998) trouxe à tona a reflexão de que a mudança de conduta no sentido da prevenção não depende exclusivamente do grau de informação das pessoas e que o envolvimento em situações perigosas, mesmo sabendo como evitar, é corriqueiro. A prática sexualmente desprotegida - que pode resultar em contrair uma doença grave como a AIDS - é adotada até por pessoas que tem informação de como evitar, portanto, não se envolver em situações perigosas não decorre de uma racionalidade que prevê riscos e danos.

Chamou-me atenção e interesse este trabalho (e através das orientações), porque os resultados obtidos de certa maneira tinham relação com as minhas inquietações, pois os homens que

eu havia atendido no hospital demonstravam ter certo conhecimento sobre o câncer e apesar de demonstrarem isso, não haviam aceitado realizar o exame do toque retal, quando solicitado pelo médico, a tempo de detectar e iniciar um tratamento rápido para evitar o desenvolvimento acentuado do câncer.

A partir daí fui conduzida a um interesse cada vez maior em me propor a estudar e conhecer acerca do modo como os homens cuidam-se, previnem-se e quais significados atribuem e que servem de impedimento para a prevenção.

Considerarei que a questão do exame e das formas do homem em lidar com a prevenção envolve possivelmente fantasias, ligadas à constituição do sujeito e da identidade deste homem, e também aos significados que ele atribui ao exame do toque, o que produz como reflexo pouca procura pelos serviços de saúde.

Assim, o projeto para proposta de pesquisa foi estruturado com as seguintes categorias temáticas: câncer de próstata, exame de toque retal, significações.

No percurso do mestrado, comecei a ter contato com as formulações teóricas do filósofo Cornélius Castoriadis⁵ que dentre a vasta produção intelectual e teórica para pensar o homem, foram destacadas para a orientação teórica desta dissertação os conceitos de imaginário e representações imaginárias sociais, que privilegiam a concepção da subjetividade e da constituição humana num domínio de atribuição de significados envoltos num campo social-histórico.

Além disso, a proposta foi paulatinamente sendo afinada com as discussões acerca do tema do homem e masculinidade através de trabalhos como os de Badinter (1993), Saffiotti (2001), entre outros e de teóricos da perspectiva de gênero como Scott (1988) e Butler (2003).

Percebi que o volume de títulos é tão grande quanto o número de autores, contudo, uns, nem tive como ter acesso, pela obra estar esgotada, como por exemplo, as obras do professor Sócrates Nolasco⁶. As obras e estudos encontrados foram importantes, pois neles havia reflexões acerca dos significados de ser homem mediante ao entrelaçamento com as significações sociais, o caráter histórico e relacional nos quais encontrei relação com o pensamento de Castoriadis.

⁵ (1922-1997). Nascido em Atenas, naturalizado na França, foi filósofo, militante político, economista e psicanalista. Desde muito jovem aderiu ao regime político comunista. Destacou-se pelo estudo das formas autoritárias do Estado e por uma análise crítica do regime burocrático vigente durante a maior parte do século na ex-União Soviética. Foi criador juntamente com outros pensadores de uma revista intitulada Socialismo ou Barbárie que se transformou num espaço de reflexão sobre o as formas autoritárias do Estado e da política vigente, trabalhando temas como a autonomia e a democracia. Entre suas obras publicadas no Brasil destacam-se A Instituição Imaginária da Sociedade (1991); As Encruzilhadas do Labirinto Vol. I (1987); As Encruzilhadas do Labirinto Vol. II - Os domínios do Homem (1987); As Encruzilhadas do Labirinto Vol. III - O mundo fragmentado (1992) e As Encruzilhadas do Labirinto Vol. IV (2002).

⁶ Psicólogo, professor dr. adjunto da UFRJ, autor de De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas ocidentais(2001), A Desconstrução do Masculino (1995) e O Mito da Masculinidade (1993).

Aliado a isto, a contribuição de estudos que abordaram a questão da saúde do homem, especificamente em relação ao câncer de próstata, foi necessária para obter informações e também para comparar resultados, principalmente porque o desenvolvimento de trabalhos acadêmicos, educativos e as campanhas estão mais voltados para a atenção da saúde das mulheres em programas direcionados para a prevenção de neoplasias de colo uterino e mamas, sendo as estratégias para o câncer de próstata não tão enfatizadas. (SCHRAIBER, 2005)

Assim, o objetivo principal do meu trabalho foi investigar quais as representações imaginárias que os homens atribuem ao exame do toque retal, especificamente investigar como estes homens se apropriam dos discursos sociais sobre o exame do toque e criam posicionamentos para cuidarem de si? E mais, como estas representações relacionam-se na aceitação e adesão da realização do exame por estes homens?

No plano metodológico, a pesquisa foi pautada pelos pressupostos da pesquisa qualitativa, na qual o alvo de interesse dos estudiosos é eminentemente as significações que um indivíduo em particular, ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos que lhes dizem respeito. Para isso, contei com a contribuição do método denominado Método de Explicitação do Discurso - MEDS - que foi desenvolvido por Nicolaci-da-Costa (1989, 1991, 2004, 2006, 2007).

Ademais, o resultado de meu percurso será apresentado nos capítulos a seguir e com este estudo, acredito poder colaborar na divulgação de informações que nos auxiliem, profissionais de saúde, a tratar a questão da prevenção do câncer de próstata no âmbito da relação que o sujeito estabelece com a saúde e a doença, não desvinculado de uma complexa interação de aspectos físicos, psicológicos, sociais e de atribuição de significados. Busco ainda, oferecer contribuições ao campo de estudo da psicologia voltada para a temática do masculino e saúde preventiva.

CAPÍTULO 1

REFLETIR SOBRE O HUMANO A PARTIR DA CONCEPÇÃO IMAGINÁRIA

1.1. CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO IMAGINÁRIO EM CORNÉLIUS CASTORIADIS

O imaginário de que falo não é imagem de. É criação incessante e essencialmente indeterminada (social-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens, a partir das quais somente é possível falar de ‘alguma coisa’. Aquilo que denominamos realidade e racionalidade são seus produtos. (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 13)

A citação acima anuncia a fundamentação teórica que utilizarei nesta dissertação e se refere às concepções teóricas de Castoriadis o qual pensa ser o homem um sujeito não encerrado às determinações biológicas e sociais, mas é provido de um potencial criativo e agente de criação de sentido para existência. A temática do imaginário tem sido paulatinamente um tema estudado e debatido no meio acadêmico.

Segundo Augras (2000) e Pitta (2005), esse campo de estudo é vasto, pois existem muitos teóricos que enveredaram por esse assunto, entre eles, Jean Paul Sartre, Jacques Lacan, Gaston Bachelar, Castoriadis, Gilbert Durand. Estes pensadores são considerados como “pais” da noção de imaginário e foram importantes atores para as concepções epistemológicas de se conceber o homem e a realidade.

Houve pelos autores o questionamento das tradições científicas de se conceber a imaginação somente como sinônimo de falsidade ou como um elemento secundário do pensamento humano, alheio à racionalidade, o lugar do devaneio e do engano apenas.

Não pretendo aqui realizar uma exploração sobre esses variados enfoques teóricos que sustentam a concepção de imaginário ou mesmo definir que exista entre elas uma só definição possível do que venha a ser, até porque certamente eu sairia do eixo dos objetivos do trabalho e este tema por si só já se configuraria objeto de estudo. No entanto, a literatura nos informa que historicamente, desde a antiguidade, a questão da imagem/imaginação/imaginário e razão são colocadas como substratos de busca da verdade e do conhecimento estando em completa tensão.

A tradição filosófica concebeu a imaginação como manifestação da percepção. A imagem era vista como um vestígio deixado pela percepção, e pela imaginação relacionava-se com o ausente, com o inexistente. Em geral o imaginário consiste aqui na oposição ao real, ao verdadeiro, à ficção, diferente do que seria digamos palpável, tangível (CHAUÍ, 1997).

Segundo Chauí (1997), Augras (2000) e Pitta (2005) a imaginação foi alvo de “má reputação” no contexto positivista, não recebendo nenhum crédito científico. O pensamento herdado trazia a dimensão humana como ser determinado e tudo aquilo que não pudesse ser provado foi tido como impensável, inacessível.

De acordo com as autoras, foi Sartre (*L'imaginaire*, 1940) quem inicialmente teria situado este tema no campo de estudo e o concebeu como a tomada de consciência de algo resultante da percepção dos dados do mundo, ligada ao fictício, ilusório. Elas situaram ainda que entre todos os estudiosos foi Gaston Bachelard quem atribuiu à imaginação uma função criativa que valoriza a criação poética inserindo o assunto na pauta de estudos científicos, adotado posteriormente por Gilbert Durand, Michel Maffesoli, Cornélius Castoriadis, entre outros.

Como ponto de partida no campo de estudo do imaginário para este trabalho, destaco as proposições de Cornélius Castoriadis. A sua produção intelectual reflete um modo de pensar não linear e problematiza os mais diversos assuntos como psicanálise, política, ciência, história, filosofia revelando uma dinâmica enriquecida por categorias que se entrecruzam tratadas de maneira complementar.

Partilho da idéia do autor que afirma ser o imaginário como fluxo de representações e fonte de criação de novos significados, mesmo estando imerso em sentidos sócio-culturais instituídos e pelo aparato biológico natural.

A elaboração teórica do conceito de imaginário fundamenta que no domínio humano a existência individual e social se dá pela criação, que se configura como a capacidade de fazer surgir o que não estava dado, ou seja, que não pode ser derivado a partir daquilo que já era dado. Sendo um sistema de interpretação do mundo que se cria e não é a reprodução de uma percepção, o imaginário seria a instância que possibilita a criação de sentido, de novas significações e não o agrupamento de imagens de elementos já dados. (CASTORIADIS, 1992)

Todo simbolismo se edifica sobre as ruínas dos edifícios simbólicos precedentes, utilizando seus materiais mesmo que seja só para preencher fundações de novos templos. Por suas conexões naturais e históricas virtualmente ilimitadas, o significante ultrapassa sempre a ligação rígida a um significado preciso, podendo conduzir a lugares totalmente inesperados. A constituição do simbolismo na vida social e histórica real não tem ligação com as definições fechadas e transparentes dos símbolos ao longo de um trabalho matemático. (CASTORIADIS, 2000, [1982], p. 147)

Desde o nascimento, o homem é introduzido no mundo dos sentidos e estes atuam na vida de todos em cada decisão, pensamento, emoção, ação. Portanto, criar, imaginar está no cerne das significações do mundo dadas pelo sujeito e pela sociedade.

Dentro dessa perspectiva Castoriadis considera que as significações são produzidas num domínio social e histórico e a realidade não decorre daquilo que está pronto e acabado, fixado, na medida em que o potencial humano está em promover esta ruptura positiva com as determinações biológicas, físicas e naturais, possibilitando a criação e não a repetição.

Entendo que a criação pressupõe a emergência de uma nova forma, mesmo apoiada no estrato natural e na rede simbólica de sentidos. A característica humana que nos singulariza é a capacidade de criar, aspecto importante no conceito de imaginário proposto por Castoriadis e que permite a flexibilização dos significados produzidos, porém não dentro de uma liberdade total, mas num processo histórico através do que o autor denomina de imaginário efetivo (sancionado socialmente).

Então, a partir destas constatações, podemos dizer alguma coisa a mais do homem. Ou seja, que a sua característica é a imaginação e o imaginário social. O homem é primeiramente psiquê. Homem, psiquê e inconsciente. E o homem é sociedade. Ele é apenas na e pela sociedade e sua instituição e pelas significações imaginárias sociais que tornam a psiquê apta para a vida. E a sociedade é também história. (...) É nestes dois níveis, ou seja, no psíquico e no social-histórico que encontramos esta capacidade de criação, que nomeei, mais particularmente imaginação e imaginário. (CASTORIADIS, 1992, p. 90)

O sujeito é constituído social e historicamente porque a efetivação destas significações é compartilhada e muda em cada sociedade transformando-se no curso de um processo histórico. “Sócio-histórico porque a existência do homem se apóia na sociedade e a sociedade é histórica” (CASTORIADIS, 2002 [1987], p. 236). Significa dizer que o sócio-histórico corresponde ao coletivo anônimo e impessoal, permeado por uma rede simbólica, pelas instituições, pela sociedade, numa constante tensão instituinte (inovação, pelo processo criativo de novas dinâmicas instituintes, cujos autores são os múltiplos grupos humanos) instituído (tradição, portanto as instituições, criações compartilhadas, sancionadas) através da história na história.

Essa acepção está sob a égide da realidade mortal do homem que desejoso de encontrar alguma significação na indeterminação de sua existência, inventa e define para si mesmo tanto novas maneiras de responder às suas necessidades com novas necessidades. Assim, “o homem é um ser que procura sentido e para satisfazer esta necessidade de sentido cria o sentido” (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 93).

A criação é a capacidade de fazer surgir o que não estava dado e que não pode ser derivado a partir daquilo que já era dado. E imediatamente somos obrigados a pensar que é a esta capacidade que corresponde o sentido dos termos imaginação e imaginário. A imaginação não é apenas a capacidade de combinar elementos já dados para produzir um outro. A imaginação é a capacidade de colocar uma nova forma. De certo modo, ela utiliza

os elementos que aí estavam, mas a forma enquanto tal é nova. (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 89)

A noção de criação a partir do nada, como característica fundamental do imaginário, parece contraditória na citação do autor, pois ele afirma que a imaginação utiliza elementos já existentes. Contudo, em função do caráter histórico que permeia a todos não podemos falar da criação surgida absolutamente do nada, mas se dá sobre o que já existe, porém não foi provocada necessariamente pelo que já existia. Por isso, essa criação é imotivada e mesmo utilizando elementos já existentes, a forma é nova, autêntica ao sujeito.

Portanto, é no nível psíquico e social que se encontram as criações imaginárias, que por sua vez se manifestam essencialmente através da emergência de um fluxo de representações. Fazer surgir, produzir representações está indissociavelmente funcionando através de relações entre idéias, imagens, afetos e intenções.

1.2. AS REPRESENTAÇÕES IMAGINÁRIAS

Castoriadis (2000 [1982]) compartilha da idéia postulada por Freud de que o psiquismo é afuncional, referindo que as elaborações psíquicas não são restritas à regulação biológica para existir. Esta é necessária para a existência da psiquê, contudo essa produção de representações não depende exclusivamente da sensorialidade. Mas a psiquê tem essa característica de permitir que esses conteúdos representativos se manifestem através de toda a dinâmica imaginativa (imagens, afetos).

Para o autor, as representações correspondem à colocação em imagens, emergência de figuras, acompanhadas de afetos e que remetem a um fluxo ininterrupto de outras representações.

Consideramos a representação como tal, o fluxo representativo que se dá a nós constantemente ou que, em certo sentido, somos nós mesmos. Tentemos esvaziá-lo da percepção das coisas e de tudo que foi dito sobre o reflexo, a imitação, a receptividade das impressões e a espontaneidade dos conceitos. Fechemos os olhos, tapemos os ouvidos, deixe-mo-nos levar por lembranças, por um devaneio, por nada. Por nada absolutamente, isso não é possível. Há surgimento ininterrupto de um fluxo representativo de imagens e de figuras de toda espécie (visuais, acústicas, verbais) que se colocam ou se empurram, demoram ou fogem, entram uma nas outras ou saem sem sair, fusionam ou se decompõem, prendem-se umas nas outras. Existe sempre fora do sono, sem sonho, imagem no sentido mais geral, existe sempre representação. (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 366)

O autor dialoga entre vários autores também com as concepções de Freud para sustentar seu raciocínio. Ele argumenta que é a pulsão que impulsiona a emergência das representações, e esta é tudo aquilo que está na fronteira entre o somático e o psíquico, sendo o representante psíquico que media as exigências do corpo e é incitada por um afeto especialmente o desprazer.

Há sempre fluxo representativo (figuras, imagens de palavras) e isso é o próprio elemento do pensamento que possui uma intencionalidade e carga de afeto e se forma na psiquê frente às exigências naturais, sociais e psíquicas.

Quanto à origem de uma primeira representação, Castoriadis (2000 [1982]) afirma que a psiquê, num período mais primitivo do ser humano foi capaz de fazer surgir uma primeira representação, uma colocação em imagem a partir de um nada de representação. A primeira posição do sujeito é, segundo o autor, radicalmente imaginária, sendo o bebê incapaz de diferenciar eu-outro, onde se vive uma condição auto-erótica, através de um estado fusional em que não há diferenciação dentro-fora.

Esta etapa de onipotência do bebê é nomeada de mônada psíquica, a qual concerne a uma unidade simples e enclausurada em si mesma, uma vez que o bebê aliena o outro em si mesmo, indiferenciado psiquicamente.

Apesar dessa produção originária das representações, a ruptura desta mônada e a constituição do sujeito se dão através da tensão psiquê e a realidade das instituições que se presentificam para a criança através de uma coletividade anônima e se constitui pelo surgimento do outro no processo de sobrevivência numa constante tensão entre a psiquê e a realidade social. O desenvolvimento da imaginação neste processo de evolução psíquica permite liberar o psiquismo humano da natureza biológica.

Este processo tensional da formação do sujeito⁷ se dá pelo processo de socialização da psiquê que possibilita romper violentamente a mônada psíquica e promover a abertura do psiquismo à identificação com as idéias e práticas sociais vigentes em cada cultura, consistindo um processo imposto na medida em que representa uma “invasão” dos outros à estabilidade monádica.

Iniciada essa diferenciação eu-outro é possível a instalação da interiorização dos sentidos sociais que traz a contrariedade de evitar que a mônada feche-se em si mesma, impondo-se violentamente para torná-la apta para a vida social.

Esta vida civilizada impõe para que haja a constituição do sujeito uma diferenciação entre o domínio psíquico (constituído pelo inconsciente, pelas pulsões) e o domínio social simbólico. O sujeito é constituído mediante o ingresso nesse segundo domínio que Castoriadis nomeia de social-histórico. Contudo, essa passagem só é possível com o recalçamento das pulsões, pela renúncia do estado monádico, também chamado pelo autor de autístico. Para isso, torna-se impositivo que se ascenda às regras e ao universo da linguagem e na convivência intersubjetiva (PASSOS, 2006).

⁷ Neste texto não se fará uma exposição minuciosa da constituição do sujeito e o processo de socialização do mesmo no pensamento de Castoriadis, até mesmo porque em se tratando de um resumo admito que possa parecer superficial. Para isso, ofereço ao leitor interessado para maior aprofundamento o Capítulo VI A instituição social-histórica: O indivíduo e a coisa da obra A instituição imaginária da sociedade (2000[1982]).

Com a culminância da socialização da psiquê, tem-se o processo de sublimação, no qual a energia psíquica é convertida da descarga somática para o fluxo representativo, enquanto via de acesso aos sentidos que cada ser humano incorporou em sua socialização ou criou singularmente. Essa capacidade de criação decorrente de uma imaginação radical permite que o humano crie aquilo que vai operar um estancamento no fluxo representativo pulsional originário da mônada psíquica indeterminada. (PASSOS, 2006)

Este estancamento do fluxo pulsional seria a criação de um mundo imaginário representacional, afetivo, intencional que é dado na complexa interação das instituições sociais e também pelas criações individuais. Diante do inevitável e imprescindível entrelaçamento do indivíduo com a sociedade destaca-se o lugar que as representações imaginárias ocupam enquanto acesso aos sentidos incorporados, pois essas representações possibilitam o entendimento de como o sujeito significa a sua realidade.

Por que a sociedade se institui instituindo um mundo de significações, por que a emergência do social-histórico é emergência da significação e da significação como instituída - por que, enfim, existe significação? Estas perguntas não tem mais sentido do que a pergunta: por que existe alguma coisa em lugar de nada? (...) constatamos que a sociedade só é como instituinte e instituída e que a instituição é inconcebível sem a significação. (...) A instituição da sociedade é instituição do fazer social e do representar (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 405)

Representações que constituídas na relação tensional e complementar entre psiquê e sociedade são individuais na medida em que são elaborações imaginárias, em que os conteúdos sociais são transformados, de inúmeras maneiras e devolvidos à sociedade através do que se chama de posicionamento subjetivo e também são sociais, pois há nelas apropriação do que foi incorporado na relação com o outro - família, escola, igreja, grupos, entre outros (BRASIL, Roberta 2007).

Assim, as representações nunca estão desligadas da sociedade e da história. A constituição do mundo humano se dá na sociedade, mas também fazem e refazem esta sociedade e isto é possível através do mundo de significações.

As representações são as matérias primas da psiquê porque são constituídas pelos conteúdos ideativo, afetivo, intencional. São imaginárias porque não correspondem necessariamente à lógica formal denominada de conjutista-identitária, pois o fluxo representativo consiste numa rede de significados na qual uma idéia pode ligar-se a uma outra ou pode estar no lugar de outra, possuindo uma lógica própria, na qual o nexos é a própria significação. São sociais porque são compartilhadas na coletividade anônima.

A representação não é uma, nem várias e estas determinações não são nem essenciais nem indiferentes. Ela comporta, apresenta ou deixa ver relações de pertencimento, de inclusão, etc, mas essas relações são indeterminadas ou constantemente redeterminadas, posições e funções respectivas dos termos que aí poderíamos discernir são fluentes e constantemente redefinidas. (...) existem entre as representações assim segmentadas relações de diferentes espécies, mas a única, sempre e em todo lugar presente é a relação de remissão: toda representação remete a outras representações (o que chamamos de associação em psicologia é um caso particular disso). (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 367)

Desta maneira, as representações imaginárias são os sentidos que o indivíduo incorporou em sua socialização e de sua constituição singular. E isso se dá sempre dentro de um ‘jogo’ entre as formas instituídas e instituintes, uma vez que a psiquê precisa do conteúdo simbolizado, através da unicidade dos sentidos entre palavras - marco de pertencimento socialmente sancionado, mas também pela condição criativa de instituir outras significações através dos mais variados posicionamentos subjetivos, ressignificando os sistemas simbólicos vigentes e devolvendo para o coletivo.

Por exemplo, no caso do objeto de estudo deste trabalho o sintagma “exame do toque retal” tem uma definição médica comum, um sentido central, sustentado dentro de uma referência médica e corresponde à introdução de dedo no reto para inspeção e diagnóstico de tumorações e serve para diagnosticar o câncer de próstata. No entanto, como tantos outros signos é passível de assumir representações diversas.

Neste contexto, quando os participantes descreveram de modo singular o que eles entendiam por esse exame, também produziram representações sociais, que sustentam de certa forma unidades de significado socializadas e sustentadas pela linguagem que é o dispositivo no qual o indivíduo é inserido nos sentidos simbólicos instituídos socialmente, mesmo sendo possuidores de experiências individuais.

O discurso não é independente do simbolismo, e isso significa uma coisa bem diferente de uma condição externa: o discurso é tomado pelo simbolismo. Mas isso não quer dizer que lhe seja fatalmente submetido. E, sobretudo, o que o discurso visa é outra coisa que o simbolismo; são as modalidades dessa relação, com sentido que fazem um discurso ou um delírio. A diferença, que não nos é possível evitar, entre aquele que, olhando a Torre Eiffel, diz: ‘Ué, eis a vovó’, só pode ser encontrada na relação do significado de seu discurso com um significado canônico dos termos que ele utiliza e com um núcleo independente de todo o discurso e de toda simbolização. O sentido é esse núcleo independente que vem à expressão” (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 169)

Por isso que o ser humano não é um objeto passivo no mundo das significações, não separado do social porque uma vez implicado na sociedade, mantém com as instituições interdependência e ao mesmo tempo se apropria do que está posto como verdade sancionada criando significados singulares.

As representações são produzidas e verbalizadas numa contingência das significações socialmente compartilhadas, pois são construídas por um coletivo anônimo e incorporadas através da socialização da psiquê. Sendo incorporadas socialmente porque foram construídas na relação com o outro, as representações são transformadas e devolvidas para esta sociedade através dos mais variados significados. Isso foi observado em relação à questão do exame do toque retal, no qual houve muitas representações.

Considerando o sujeito não desligado da sociedade e da história e longe de uma espécie de submissão a forças externas e leis, esses significados foram produzidos por homens envolvidos por significações sociais que definem e orientam a assunção de identidades que os insere em grupos de pertencimento no que se refere à experiência masculina e estão presentes na produção de significados. Assim, Castoriadis afirma que homens e mulheres são socializados e identificados como masculino e feminino a partir das identificações e construções sociais perpassados por imagens e sentidos ao longo de um processo histórico, nos quais esses significados não se esgotam numa condição biológica e de diferenciação anatômica, mas as ultrapassam, pois estão perpassadas por significações sociais de constituição subjetiva.

(...) Há, portanto, uma unidade da instituição total da sociedade; observando-a mais de perto, descobrimos que essa unidade é, em última instância, a unidade e coesão interna do tecido imensamente complexo de significações que impregnam, orientam e dirigem toda vida daquela sociedade e todos os indivíduos concretos que, corporalmente, a constituem. (...) Tais significações imaginárias sociais são por exemplo: os espíritos, os deuses, deus, tabu, pecado, mas também homem/mulher/criança, tais como especificados numa sociedade dada. Para além das definições puramente anatômicas ou biológicas, homem, mulher, criança são o que são mediante as significações imaginárias sociais que os fazem assim. (...) Um homem romano e uma mulher romana era e é algo completamente diferente do homem americano e da mulher americana de hoje” (CASTORIADIS, 2000 [1982], p. 231)

Considero que ser homem, ser mulher são resultantes de criações transversalizadas legitimadas em diferentes épocas pela cultura, presentes nos gestos, atitudes que se apóiam no corpo biológico, mas não se reduzem a ele, pois são funções, papéis, criações assimilados, imputadas na constituição subjetiva, mas ressignificados de modo particular e não unissonantes.

Por fim, as representações imaginárias de ser homem tem relação com o tornar-se social e individualmente significável. Portanto, a questão da perspectiva de se pensar o homem e a masculinidade é uma importante contribuição para compreender este lugar identitário, incluindo ainda seus impactos sobre a saúde dos homens a partir dos significados atribuídos ao exame do toque que é eminentemente masculino. Esta questão será vista no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 2

O MASCULINO EM QUESTÃO: ALGUNS PONTOS PARA DISCUSSÃO

2.1. INTRODUZINDO A QUESTÃO DA PERSPECTIVA DO ESTUDO SOBRE HOMENS

Este capítulo procura reunir algumas reflexões sobre a temática da masculinidade a partir de textos e pesquisas sobre a construção social da idéia do masculino e de como ela é tratada pelos homens nesse processo do cuidado com a saúde e na relação de adesão ou não ao exame do toque retal.

Primeiramente, parti do pressuposto de que o homem, por ser constituído ao longo de um processo de socialização, está atravessado pelas significações sociais e históricas e que, portanto, influenciam as atitudes, posturas, papéis assumidos como próprios do masculino, o que poderá influenciar na forma como os mesmos se relacionam com a sua saúde.

Castoriadis ensina que se constituir homem é possível ao longo da socialização da psiquê pautada por significações sociais envolvidas em cada cultura num determinado processo histórico. E a relação estabelecida com as concepções de gênero de que se trata o masculino têm em comum essa recusa ao biologicismo como determinante na formação desta identidade. As significações do masculino não são dependentes do sexo, da biologia, mas tem ligações com a cultura, aos significados socialmente construídos, argumentos centrais postulados por Castoriadis e também pela teoria dos gêneros.

O gênero é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. O seu uso rejeita explicitamente as explicações biológicas, como aquelas que encontram um denominador comum para várias formas de subordinação no fato de que as mulheres tem filhos e que os homens tem uma força muscular superior. O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as construções sociais, a criação inteiramente social das idéias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e mulheres. O gênero é segundo essa definição uma categoria social imposta a um corpo sexuado. (SCOTT, 1988, p. 3)

Scott (1988) faz uma reflexão a respeito da constituição do gênero através das relações sociais, sendo a organização social da diferença sexual. Contudo, o gênero não reflete ou programa diferenças fixas e naturais entre homens e mulheres, mas um saber que estabelece significados para as diferenças corporais, sendo um elemento constitutivo da subjetividade.

Adotar este conceito, porém, não significa substituir um determinismo biológico por um determinismo social. Ou seja, de que todos os indivíduos de um mesmo sexo necessariamente

possuem características definidas sócio-culturalmente, porque homens e mulheres não cumprem sempre os termos e prescrições sociais.

Os valores e modelos culturais presentes no imaginário social funcionam como parâmetros nos quais os indivíduos se posicionam, acomodam-se ou contrapõem-se, podendo ocorrer que as pessoas transgridam o sistema sexo/gênero. Segundo Medrado (1997, p. 32), essa transgressão “corresponde a uma diversidade em relação a um conjunto de prescrições que determinam o certo e errado no contexto do sexo e do gênero”.

Nesta perspectiva, não há uma associação direta entre o dimorfismo sexual e a distinção entre os gêneros, e o sexo não é o fator desencadeante das diferenças e sim a maneira como a diferenciação sexual é socialmente significada, pois não existe necessariamente uma estrutura masculina e feminina pré-determinada e invariável.

Butler (2003) promoveu indagações a respeito da visão do gênero como um atributo cultural moldado sobre um receptáculo natural, que seria o corpo (ou o sexo), considerando que o gênero não está para a cultura assim como o sexo está para a natureza, mas antes conformaria em princípio lógico que confere significado às diferentes práticas e representações sociais, inclusive o corpo.

A partir daí que ela trata o gênero como um efeito performático em que é um efeito discursivo e o sexo da mesma forma é também produto discursivo e cultural como o gênero. Ela afirma que não existe uma identidade de gênero por trás das expressões de gênero e que a identidade é performaticamente constituída. O gênero é efeito construído por uma cadeia de significantes.

Para ela o gênero é um processo que articula sexo, questões psíquicas, o desejo no qual o corpo é moldado pela cultura através do discurso. Desta maneira, as pessoas não são somente construídas socialmente, mas também constroem a si próprias. Butler (2003) afirma que o gênero é o resultado de um processo mediante o qual recebe significados culturais, mas também o inovamos. Daí que para que ‘escolhamos’ o nosso gênero significa interpretar as normas de gênero recebidas de forma tal a reproduzi-las e reorganizá-las de maneira diferente. A idéia de construção de identidades se dá na recusa das dimensões fixas e estruturantes do sexo, gênero, desejo, pois estas são frutos de discursos, práticas e instituições.

Assim, ela rejeita a distinção entre sexo e gênero e a idéia do gênero como interpretação cultural do sexo, na medida em que o próprio sexo é tomado como cultural e, portanto, constituído discursivamente. É o discurso cultural hegemônico que normatiza as estruturas binárias de sexo e gênero, estabelecendo limites para as possibilidades de configurar o gênero na cultura. Sua crítica está principalmente na idéia de identidade de gênero que assume um caráter normatizador que implica numa unidade em si mesma e excludente, reificando as noções de gênero e sexo.

Para estas autoras (Butler e Scott), um importante ponto de contribuição ao pensar o gênero diz respeito em questionar as categorias unitárias e universais, rejeitando a idéia de uma masculinidade e feminilidade única, tratando os conceitos de homem e mulher relativos e históricos.

Desta maneira, por entender que o campo de saber sobre o gênero é constituído por diferentes correntes teóricas, autores e posicionamentos, o objetivo aqui não é o de promover maiores discussões sobre as divergências existentes, apesar de reconhecer a importância do assunto. É necessária a compreensão de que existe a crítica ao universalismo, ao essencialismo, nos quais a noção de sujeito estava marcada por particularidades específicas do que é ser homem e mulher. Atualmente as discussões envolvem a compreensão não de uma identidade pré-determinada, mas discutem que há uma plasticidade humana à caminho da multiplicidade da masculinidade e feminilidade. (BADINTER, 1993)

2.2. SOBRE A MASCULINIDADE

Atualmente os estudos sobre os homens objetivam compreender como a masculinidade é construída, produzida, significada ao longo do tempo histórico, na cultura de uma mesma sociedade ou em sociedades diferentes. Na maioria destes estudos observei um interesse crescente em se discutir a masculinidade a partir da idéia de que a mesma faz parte de um processo em constante construção a partir de uma perspectiva denominada relacional.

De modo geral estas proposições sustentam que os comportamentos e atitudes humanas tem um componente natural e o processo de socialização atua como transmissor e reproduzidor de modelos, idéias e comportamentos, o que não implica num padrão estático, no qual se considera o caráter temporal e histórico. Contudo, a identidade de gênero não se dá de forma linear, apesar do corpo biológico ser um lugar sobre o qual essa masculinidade é inscrita.

Oliveira (2004) nos convida para discutir a masculinidade como sendo um espaço imbricado de lugares simbólicos estruturantes que influenciam nas atitudes, emoções, identidades. O autor faz um percurso de investigação de vários momentos históricos da sociedade discutindo o papel das instituições, regimes de governo que foram importantes para a conformação das características contemporâneas sobre a masculinidade. Ele assinala que várias características tidas como positivas a exemplo de potência, poder, domínio, coragem, firmeza, invulnerabilidade foram associadas ao ser masculino e consideradas qualidades nas quais a própria sociedade se auto-projetava e no pólo oposto características nada lisonjeiras como fraqueza, temor, docilidade, sensibilidade, timidez associadas ao feminino.

Possivelmente em um determinado momento histórico difícil de precisar os atributos considerados próprios do homem e da mulher foram sexualizados sem que necessariamente exista uma relação natural nessas categorias de masculino e feminino.

Oliveira (2004) faz suas asserções a partir de um período determinado que foi a época medieval, no qual o ideal do masculino influenciou a imagem do guerreiro medieval, as formações institucionais militares, por exemplo, em tempos de guerra o defensor da pátria, em tempos de paz a função de provedor responsável e orgulhoso e respeitado pai de família. A partir daí assinala ícones, símbolos dos vários períodos que atuaram como mecanismos de constituição do masculino, muito influenciado e apoiado em diversas instituições.

A religião cristã, em suas diversas igrejas, não cansou de incensar a imagem do homem probo, viril e devoto. As disciplinas científicas traziam argumentos “legítimos” para naturalizar sua dominação em relação ao sexo feminino. A lei, na qualidade de baluarte das tradições mais consagradas, não deixou de manifestar seu beneplácito em relação a essa dominação e muitas outras instituições expressavam constantemente seu apoio à configuração social que o reconhecia no ápice da hierarquia social de gênero. A imbricação da masculinidade com as demais instituições sociais, sistemas e lugares simbólicos da modernidade, propiciará a formulação da idéia de uma civilização que se orgulha não apenas de sua inventividade científica, mas também de seu ideal masculino, a ponto de poder ser nomeada como “falocêntrica”. (OLIVEIRA, 2004, p. 282)

Uma série de transformações, as crises das instituições possibilitaram a desestabilização e reconstrução dos modelos de homem, o que exigia readaptações que configuraram a hegemonia do gênero masculino.

Badinter (1993) afirma que historicamente a identidade masculina foi constituída a partir dos ritos de iniciação, da educação viril dos cavaleiros, ou mesmo das manifestações atenuadas e disfarçadas, mas ainda presentes nas sociedades contemporâneas, todas visando garantir a masculinidade de seus filhos. Sofreu influência de muitos ritos de iniciação e formação do masculino em diversas sociedades, como por exemplo, a pedagogia homoerótica⁸ presente na Roma antiga.

Podemos pensar que as vivências masculinas são consideradas enquanto diferenciadas de acordo com as pertencas sociais. As características associadas ao homem foram produzidas ao longo da história pelas gerações precedentes e participação de todos aqueles que lidam direta ou

⁸ Badinter (1993, p. 101-103) sobre esta questão refere que recuando para tempos antigos poderíamos nos deparar, por exemplo, que o envolvimento entre homens tinha uma função pedagógica, como um instrumento de formação do homem e guerreiro, onde a virilidade era uma relação iniciática e íntima em que era transmitido o saber. A partir do séc. XIX a criação da palavra homossexual assumiu um caráter de doença psíquica e de um mal social. Isso foi contribuído através das ciências médicas no auge da razão como verdade absoluta e teorias de cunho científico para explicar a homossexualidade o que deu o caráter anormal. A heterossexualidade, portanto, assume paulatinamente o conceito de normalidade, o que postulou uma diferença entre os sexos, o que ligou de modo indissolúvel a identidade de gênero a identidade sexual.

indiretamente com o sujeito e apropriadas por eles através das relações sociais (escola, igreja, por exemplo) e na relação com os pais, os familiares, os quais vão deixar suas marcas na subjetividade em construção.

Dessa forma, os meninos passam por um longo processo de socialização que os caracteriza e influencia o que se espera deles como homens, o que de certa maneira está vinculado à sua anatomia. Segundo Wang et al (2006) este processo não ocorre de maneira linear, havendo variações no plano individual. Contudo, alguns pontos destes significados mais ou menos estereotipados do que é ser homem são observados em culturas bastante distintas.

O modelo de virilidade que imperou inquestionável até bem pouco tempo deu origem a um processo de socialização opressivo e estereotipado, através do qual o menino aprende a ignorar suas necessidades afetivas, desvalorizando aquilo que sente e ignorando seus desejos mais íntimos. Meninos crescem estimulados a serem livres e independentes, a contar vantagens e alardar seus méritos, desenvolvendo o senso de competitividade como uma das características à sobrevivência na vida adulta. A preocupação com o desempenho será uma constante ao longo de toda a vida e desde cedo, eles são incentivados a participar das atividades e jogos nos quais só há duas possibilidades: vencer ou perder. [...] o reconhecimento da masculinidade está atrelado à necessidade interna de sentir e agir como homem, o que implica uma série de cuidados específicos, incluindo o controle das emoções e do próprio corpo. (WANG, 2006, p. 56)

Assim, a formação do menino/homem é atravessada pela transmissão de significados partilhados de um modelo muitas vezes pautado sobre a virilidade, a heterossexualidade, por exemplo. Badinter (1993, p. 99) assinala que atualmente a maior parte das sociedades ainda identifica a masculinidade à heterossexualidade, na medida em que se identifica o masculino pelo comportamento sexual e associado a quem possui, penetra, domina, o que afastaria o espectro de que o homem busca ter uma mulher e não ser uma mulher.

É interessante notar que a própria orientação sexual hetero e homossexual passou por modificações de significados quanto ao aspecto de definição de masculinidade. Badinter (1993), afirma que nem sempre os antepassados consideraram a heterossexualidade como um dado natural que evidenciava a identidade masculina.

A autora afirma ainda que atualmente a maioria das sociedades patriarcais identifica masculinidade e heterossexualidade e que a definição de gênero está associado ao comportamento sexual. A homofobia acaba por desempenhar um importante sentimento de identidade masculina, a masculinidade heterossexual tradicional comporta que “ser homem significa não ser feminino, não ser homossexual, não ser dócil, dependente ou submisso, não ser afeminado na aparência física ou nos gestos, não ter relações muito íntimas com outros homens” (Badinter, 1993, p. 117).

Esse modelo continua a ser cultuado com força para garantir um sentido identitário, mas não de maneira universal. Atualmente, tem-se considerado que não existe um padrão fixo de masculinidade em todos os momentos e lugares, porque as culturas variam e os padrões de

masculinidade mudam com o tempo, em culturas e sociedades diferentes como também dentro de uma mesma sociedade. Como existem diversidades de famílias, classes sociais, comunidades étnicas e regiões distintas, não seria diferente em relação ao tornar-se homem.

Segundo Arilha et al (2001), as pesquisas recentes sobre homens e masculinidades vem seguindo os passos teóricos em que a definição de masculinidade é vista como dominante, mas não como a única versão, porque existe o entendimento de que não se pode falar em masculinidade no singular.

Sendo assim, Arilha et al (2001) e Maciel Júnior (2006) apresentam um quadro teórico proposto por Robert Connell⁹ no qual serve de referência para as reflexões sobre a masculinidade ocidental. O autor refere que em todas as comunidades existe um modelo específico de masculinidade que é mais respeitado do que outros. Estas masculinidades foram caracterizadas como: hegemônicas, subordinadas ou marginalizadas. De forma resumida apresento o que Arilha et al (2001, p. 46) nos expõem como as principais idéias relacionadas a estes modelos.

a) À *Hegemônica* é associada a um grupo social uma posição de liderança na sociedade, definida enquanto legitimação do patriarcado, no qual ocupa quase sempre posições de mando, o provedor das necessidades da família, o que anuncia a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres, principalmente.

Segundo Connell (1995 apud, Maciel Júnior, 2006, p. 55) “a masculinidade hegemônica pode ser definida como a configuração de uma prática de gênero que incorpora a resposta aceita ao problema da legitimidade do patriarcado, que garante (ou se ocupa de garantir) a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres”.

Configura então, uma dinâmica na qual um grupo busca sustentar uma posição superior na vida social. O pesquisador refere que atualmente não existem homens que praticam rigorosamente esse padrão de masculinidade, entretanto, esse homem pertencente ao que Bourdieu (2003) nomeou de dominação masculina e tem em sua matriz a questão patriarcal e machista que continua a existir como projeto.

Daí que muitos homens mesmo não “praticando” ou exercendo a “militância” em prol desse ideal hegemônico usufruem de seus benefícios ou vantagens sobre as mulheres ou mesmo de outros grupos de homens, mantendo algumas características ou viabilizam o acesso a diferentes posições de prestígio e poder.

⁹ Cientista social e professor Australiano da Universidade de Sydney, na Faculdade de Educação e Sociologia. Escreveu livros e mantém pesquisas referentes ao tema do gênero, principalmente sobre homens. Alguns de seus trabalhos publicados foram os livros *Masculinities* (1995), *Políticas da Masculinidade* (1995), *Male Roles, Masculinities and Violence: A Culture of Peace Perspective* (2000), entre outros. O contato com suas idéias sobre a questão da masculinidade só foi possível através dos trabalhos desenvolvidos por estudiosos brasileiros, tais como Medrado (1997) Arilha (2001) e Maciel Júnior (2006).

Esses homens que mantêm de alguma forma uma conexão com este projeto hegemônico, mas não o adotam e estão inseridos numa relação que permite a inclusão da partilha de responsabilidades por homens e mulheres em qualquer campo de atividade, incluindo o espaço doméstico são vistos mais como um padrão denominado de *cúmplice*, o que inclui compromissos que estão além de uma relação de dominação.

b) A ***Subordinada*** caracteriza-se pelas relações de subordinação entre grupos de homens que incluem o abuso, a discriminação econômica, discriminação por diferentes orientações sexuais, produzida pela definição da superioridade que indica o que é um “homem normal”: viril, ativo, não afeminado.

c) E a chamada ***marginalizada*** na qual é sempre relativa à dinâmica social envolvendo subordinação de classe, grupo étnico e que são socialmente desautorizados de partilharem dos privilégios mesmo sendo bem-sucedido.

Badinter (1993) trata essa questão ao exemplificar que existem diferentes tipos de masculinidade e exemplificou o “homem duro e o homem mole”. O primeiro é entendido como tendo a sua feminilidade “amputada”. Como modelos, temos “o supermacho”, “o Marlboro man”, “Rambo”. Tem como imperativos ser isento de feminilidade, superioridade em relação aos outros, ser independente, disposto a correr riscos. O segundo (“homem mole”, “homem doce” ou “homem-pano-de-prato”, a porção mulher, “o homem rosa”) seria aquele que renuncia voluntariamente aos privilégios masculinos (poder e superioridade do macho) e é partidário do repúdio à imagem “caricatural” da masculinidade.

O que se pode aferir destas formulações é que nestes modelos ressalta-se a idéia de que o homem de verdade é reservado quanto à sua experiência pessoal ou superficial, por outro lado espera-se dele que compreenda demandas emocionais, sendo cúmplice e sensível. Contudo, é necessário observar que isso não se trata de uma classificação e a autora ressalta que são exemplos e não pretende fixá-los diante da diversidade masculina. Para isso, refere que atualmente o homem se vê diante de um processo de mutação em que não se reconhece nem na virilidade caricatural nem no repúdio da masculinidade. Seria o “homem reconciliado” que mantém a masculinidade admitindo sua sensibilidade sem problemas de exercer funções, por exemplo, femininas.

É importante frizar que estes padrões não devem ser vistos como reificados e os sujeitos como parte de um tipo de caráter fixo, pois o foco é examinar as relações entre as diferentes masculinidades e sua dinâmica e impedir enquadrar uma tipologia de caráter. Até mesmo porque existe a possibilidade de subversão e questionamento, sendo as representações do masculino e seus atributos passíveis de variar em diferentes sociedades, existindo diferenciações sobre o que é ser homem considerando determinada cultura.

Com efeito, não se pode negar haver uma redefinição da instauração de uma ordem que questiona o paradigma que norteava todos os aspectos da masculinidade. Dessa maneira, existem variações sobre o que é ser homem dependendo da cultura que se trata. No que diz respeito à sociedade ocidental e nas sociedades latinas, incluindo o Brasil, a socialização do homem é dirigida mais para o mundo público, sendo um sistema de dominação que está situado em variados campos político, ideológico, econômico nas cidades ou zonas rurais, com especificidades e em graus diferenciados. (SAFIOTTI, 2001)

No caso do Brasil, considerando ainda as dimensões continentais, existem inúmeros aspectos que influenciam na maneira como se apresentam as representações do masculino, tais como as diferenças culturais, as crenças, as religiosidades, as formações históricas do lugar, os costumes, as classes sociais, os quais operam diferentemente na formação de uma identidade masculina.

Por exemplo, a região nordeste e a região sudeste. A forma de se exercer a masculinidade pode ter aspectos em comum, mas considerando suas especificidades apresentam imagens, discursos e enunciados ligados aos fatores acima considerados. Isto é observado na imagem do homem nordestino, que se apresenta como os famosos “cabra machos” representado no imaginário principalmente à figura de Lampião o herói cangaceiro.

Mesmo a região nordestina como qualquer outra região apresenta suas diferenciações quanto à masculinidade. Como referência a isto exemplifico dois trabalhos voltados para a questão-tema da masculinidade envolvendo os homens de Fortaleza e Pernambuco. O primeiro tratou da condição e subjetividade masculina em Fortaleza em que os espaços viris são valorizados e o distanciamento emocional é considerado necessário para manutenção de uma imagem viril, provedor, mesmo sofrendo modificações (BORIS, 2002).

No segundo, os entrevistados, que freqüentam um espaço considerado eminentemente feminino que é a Igreja, informaram que são conscientes dos ideais da masculinidade hegemônica, mas contestam essa identidade de gênero aparecendo muitas referências críticas à ideologia de gênero dominante. Neste caso específico, homens ativos nos grupos religiosos não se consideram desviantes, embora não correspondam necessariamente, à imagem do macho. (THEIJE, 2002)

É inegável a existência das diferenças no que tange às questões do masculino, a singularidade das dinâmicas da masculinidade pertencente em contextos distintos. A exemplo disso existem homens que desempenham tarefas ditas domésticas: limpar, lavar, passar, cozinhar, cuidar das crianças, incluindo o suporte emocional além de estarem mais comprometidos na vivência da conjugalidade, o que tem tido reconhecimento e uma certa “autorização social” sem o “risco” de serem considerados “maricas” como poderia ocorrer com mais veemência outrora.

Essa flexibilização masculina tem ocorrido sem dúvida atingindo de forma diversa os mais diferentes espaços sociais e familiares, contudo, há de se considerar que apesar de todas as mudanças e movimentos de contestação, esse lugar de hegemonia e “dominação masculina” (Bourdieu, 2003) é ainda valorizado e funciona como bússola de orientação na socialização e construção de identidades tanto de meninos como de meninas em diferentes segmentos sociais.

A lógica de construção da masculinidade é diferente daquela sob a qual se produz a feminilidade. (...) As sociedades não tratam a masculinidade como um vir a ser indivíduo. É homem ou não. As mães ficam preocupadas com a possibilidade de seus filhos se tornarem homossexuais. Sobre os meninos há sempre vigilância: ele é homem ou não é homem? Com as meninas, não. Não se duvida que uma menina vá se tornar mulher. Há uma certeza: ela será mulher. Poderá até se tornar uma homossexual, mas mesmo assim, sua feminilidade não será colocado à prova. Com os meninos, não acontece o mesmo. (NOLASCO, 2001a)

Investigar as relações de gênero entre os homens é necessário para manter a dinâmica da análise e impedir que o conhecimento de múltiplas masculinidades resulte numa tipologia de caráter. Mas não se pode desconsiderar que existem modelos de masculinidade que são mais valorizados e exaltados no universo de modelos disponíveis enquanto outros num mesmo contexto são desprezados.

Nesta perspectiva, as idéias culturais dominantes em relação à masculinidade na sociedade brasileira, segundo Nolasco (2001b), Medrado (2001) e Maciel-Júnior (2006) estão ligadas ao conceito de masculinidade hegemônica em que é proferida a figura do homem auto-suficiente, independente, onipotente.

Algumas expressões utilizadas popularmente demonstram como a tarefa do menino para se transformar num homem é árdua e fruto de muitas exigências. Frases e ditados como “endireite-se e fale como homem!”, “mandaram-me um trabalho para fazer trabalho de homem” e “enfrente esta situação como homem!” transmitem significados culturalmente partilhados e que servem a propósitos específicos. Isto é tão evidente, que geralmente não é necessário especificar com detalhes as condutas e características masculinas que se acham implícitas nestas afirmações. Trata-se de estereótipos que dignificam ou idealizam um dos gêneros às expensas do outro: agir como homem, por exemplo, significa não agir como uma menina (“mulherzinha”). (MACIEL JÚNIOR, 2006, p. 61)

Estas significações sociais conferem uma imagem de que o homem tem que “agüentar qualquer tranco” desde pequeno. E isso inevitavelmente fará com que se acredite na imanente superioridade e na existência de características universais relativas ao ser homem. Na ordem vigente de relações, o masculino adota o status de ser ativo, na crença de que deva mostrar invencibilidade, o ser forte, independente, firme, belo, viril, guerreiro, o sexo.

Estas características tem sido pensadas como importantes fatores envolvidas na atitude incoerente em relação ao cuidado com a saúde, o que tem resultado em sérias conseqüências e tornado estes homens vulneráveis a doenças graves tais como problemas cardíacos, AIDS, e diversos cânceres, pois a prevenção e o cuidado possivelmente remetem à fragilidade, o que contradiz e não condiz com a idéia de masculino.

CAPÍTULO 3

OS HOMENS NO CENÁRIO DA SAÚDE

3.1. A SAÚDE DO HOMEM COMO PAUTA DE DISCUSSÃO

Nolasco (2001a) discute que, na ordem vigente de relações, o masculino é constantemente remetido à idéia de ser ativo, forte, firme, viril, guerreiro e o homem que tenta ser “diferente” deste projeto é muitas vezes identificado que tem uma alma feminina, uma porção mulher, como se não pudesse manter-se viril e ao mesmo tempo acolhedor, flexível e generoso.

Isto não significa que todos os indivíduos de um dado sexo necessariamente possuam características definidas biologicamente ou mesmo sócio-culturalmente, pois não há um determinismo constitucional e sim parâmetros nos quais os indivíduos se apóiam ou acomodam-se.

Propor a consolidação do homem como foco de programas e políticas de saúde significa evidenciar novas demandas do masculino. Na busca de apreender estes significados que circulam no imaginário social, sobre a masculinidade e gênero, a partir dos anos 90 a temática homens e saúde vem se consolidando com um enfoque diferenciado especificamente para o segmento masculino. (GOMES et al, 2005)

Os autores informam ainda que as Ciências Humanas e Sociais tem focado temas de investigação sobre as questões referentes à identidade masculina, imagem do homem, saúde reprodutiva, violência, prevenção de DST's, inclusive a AIDS e saúde do homem como prevenção de doenças.

Na América Latina essas discussões não são diferentes e envolvem estes mesmos temas acrescentando ainda estudos específicos voltados para a relação construção do ser masculino e o processo saúde-doença-cuidar. Isto tem apontado para a questão das marcas identitárias da visão hegemônica do masculino como interferentes na adoção de comportamentos preventivos, pois os homens para atestarem estes papéis muitas vezes assumem riscos à própria vida como os comportamentos violentos, os usos inconseqüentes de armas de fogo, a bebida em excesso, a competição, entre outros. (MEDRADO, 1997)

Tais marcas se expressam, principalmente, pela adoção do status quase que exclusivo de ser ativo, pela crença de que deva mostrar invencibilidade, pela associação do masculino à necessidade de se expor ao risco, e pela naturalização do descontrole sexual e a redução da sexualidade masculina à penetração. (...) inferências dessa discussão, em síntese, remetem à idéia de que o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas do gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria. (GOMES et al, 2005, p.5)

No campo da saúde, um padrão que se observa em relação ao homem refere-se às idéias disseminadas quanto ao descuido com a saúde e com seu corpo. Isso é visto como uma das razões para essas investigações, e é justificado para incluir a participação do homem nas ações de saúde, pois o cuidar de si não é uma questão inserida em programas de prevenção de doenças, por exemplo, entre os homens, tendo como maior interesse as mulheres, crianças e idosos, onde observamos nas políticas, programas de saúde, além das orientações por mídia, panfletos, voltados essencialmente para estas populações (SCHRAIBER, 2005)

A inclusão da temática homens e saúde poderá ter como resultado a participação dos mesmos no alcance dos objetivos programáticos dessas organizações, deslocando-se da visão tradicional do homem apenas como parte dos problemas para concebê-lo também como parte da solução. Nos últimos anos, os conceitos masculino vem fundamentando análises de pesquisadores interessados nos processos de morbi-mortalidade em populações masculinas que defendem que a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento. (SCHRAIBER, 2005)

A necessidade de investir em uma proposição de assistência à saúde dos homens é confirmada a partir da observação de indicadores de saúde existentes em diferentes partes do mundo como, por exemplo: a expectativa de vida ao nascer é sempre menor se comparado com as mulheres; as taxas de mortalidade apontam para uma sobremortalidade masculina; eles morrem em maior quantidade e mais cedo; estão envolvidos nas principais causas de morte principalmente externas (acidentes de trânsito, homicídios, tráfico de drogas, roubo) quanto internas (doenças cardíacas, doenças crônicas, câncer, entre outros). (NOLASCO, 2001; FIGUEIREDO, 2005; GOMES et al, 2005)

Estes tipos de pesquisas que envolvem o tema homens e saúde são caminhos férteis para o desenvolvimento de trabalhos que busquem a compreensão dos aspectos envolvidos em relação à busca de saúde pelos homens.

Falar sobre esse tema nos dias atuais é, portanto, uma proposta em ascensão, principalmente porque segue a compreensão de que as representações e atitudes em relação ao cuidado com a saúde e à procura por médicos estão perpassadas por atribuições sociais, econômicas, classe social e também de gênero, pois se trata de considerar os valores e modelos que envolvem o imaginário masculino, funcionando como parâmetros a partir dos quais os indivíduos se posicionam, acomodam-se ou contrapõem-se.

Neste sentido foi que o Ministério da Saúde brasileiro anunciou no início de 2008 a criação de uma política voltada para o desenvolvimento de ações relacionadas à atenção e promoção da saúde masculina, como já ocorre em relação à mulher, à criança e ao idoso.

Dessa maneira em agosto de 2008 foi lançada oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que almeja promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos sócio-culturais e político-econômicos e níveis de desenvolvimento. Está composta por ações estratégicas que contemplem a prevenção de doenças, visando estimular o auto-cuidado.

Para isso, esta Política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, por entender que esta última é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde, no qual enfatiza estratégias de atenção que garantam a promoção da saúde e prevenção e agravos evitáveis.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. (...) Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primárias, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. (...) As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas de um modo geral, podemos agrupar as causas de baixa adesão em dois grupos principais que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde, a saber, barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais. (BRASIL, 2008, p. 4)

Seguindo este caminho, ao considerar a saúde do homem, o enfoque tem sido principalmente a prevenção e não somente o atendimento de cunho curativo ou paliativo. Isto se dá porque existe pouca presença masculina nos serviços de atenção primária, pois para os homens acaba sendo mais fácil utilizar serviços de saúde como farmácias e prontos-socorros que na visão deles respondem mais rápido às suas demandas.

Além disso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não disponibilizam programas ou atividades direcionadas para a população masculina o que provocaria a sensação de não pertencimento neste espaço, o que indica existir uma dificuldade de interação entre as necessidades desta população e a organização de atenção primária. (FIGUEIREDO, 2005)

Segundo o relatório do INCA (BRASIL, 2007), muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem as medidas de prevenção primária. Isto porque em sua maioria a promoção e prevenção de doenças requerem na maioria das vezes mudanças comportamentais e no estilo de vida. Além disso, não há o reconhecimento dessas necessidades e está muito ligado às questões de gênero, especialmente a instituição das imagens do homem.

Como se vê muitas são as motivações envolvidas na relação que o homem estabelece com a sua saúde e muitas são as vias de investigação. A presente dissertação seguiu uma linha na busca das representações envolvidas no discurso pronunciado em relação à busca da saúde quanto ao câncer de próstata, mais especificamente em relação a uma das maneiras de se detectar a doença e

prevenir o avanço da mesma, que é o exame do toque retal, sendo reforçado pelos resultados dos estudos comparativos, quantitativos e qualitativos¹⁰.

3.2. BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA E O EXAME DO TOQUE RETAL

Inicialmente, podemos dizer que a próstata é uma glândula do tamanho de uma noz, com peso de 20 gramas, localizada logo abaixo da bexiga do homem e atravessada pelo canal uretral, imediatamente debaixo do colo da bexiga (figura 1). A próstata circunda a uretra (duto pelo qual sai a urina), no ponto de onde a uretra sai da bexiga.

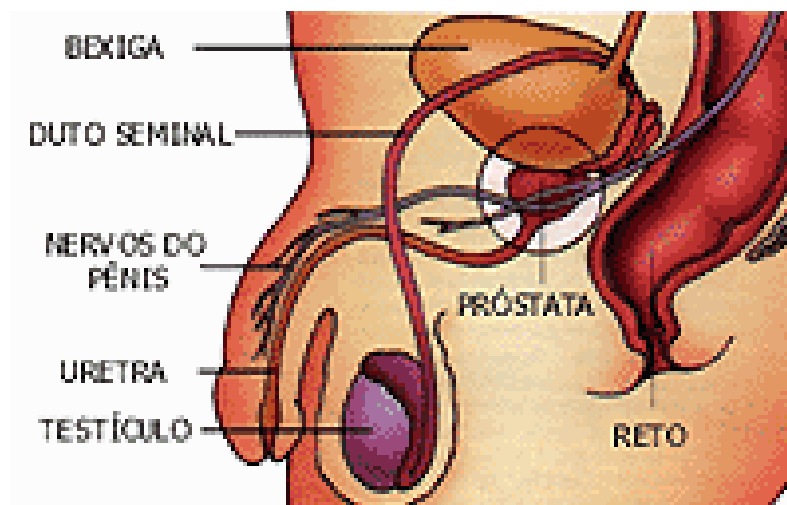


Figura 1 - Localização da próstata

A próstata começa a aumentar de tamanho na maioria dos homens com mais de 45 anos. Este aumento não é câncer, mas geralmente estreita a uretra, e pode causar sintomas de obstrução ao fluxo da urina. Se a próstata aumenta de tamanho, a uretra fica parcial ou completamente comprimida e pode fazer surgir alguns sintomas indicativos de que existe problema, tais como: sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar; necessidade freqüente de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado; jato urinário que pára e recomeça; dificuldade para conter a urina; jato urinário fraco; necessidade de fazer força para começar a urinar e necessidade de levantar à noite para urinar. Tais sintomas são indicativos de doenças como a hiperplasia prostática benigna¹¹ e a prostatite¹².

¹⁰ COUTINHO (2001); CUESTA et al (2002, 2003, 2005); RAMOS et al (2003); SCHRAIBER (2005), FIGUEIREDO, (2005).

¹¹ É uma condição médica caracterizada pelo aumento benigno da próstata que normalmente se inicia em homens com mais de 40 anos. Pode provocar estreitamento da uretra com dificuldade de micção. Fonte: www.abcdasaude.com.br.

No caso do câncer é o tumor mais comum em homens com mais de 45 anos de idade. Suas causas ainda não são conhecidas. Contudo, os especialistas indicam determinados fatores associados a um maior risco de desenvolver a doença, são eles: a idade: que é incomum em homens com menos de 50 anos, mas se torna mais comum após ela; em relação a isso há um fator importante que é a história familiar, pois 15% dos homens que tem câncer de próstata têm um familiar de primeiro grau (pai, irmão) com esta doença, o que indica realizar a prevenção a partir dos 40 anos.

A influência que a dieta pode exercer sobre a gênese do câncer ainda não é concreta, não havendo conhecimento exato sobre quais mecanismos determinados alimentos poderiam influenciar o desenvolvimento do câncer da próstata. Contudo, já está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, não só pode ajudar a diminuir o risco de câncer, como também de outras doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2002)

Geralmente na fase precoce o câncer de próstata não causa sintomas. Contudo, às vezes, a doença pode causar sintomas semelhantes aos da hiperplasia benigna da próstata que incluem sintomas como urinar mais à noite, dificuldade em iniciar e manter um jato contínuo de urina, sangue na urina e ato de urinar doloroso, problemas na função sexual como dificuldade em atingir uma ereção ou ejaculação dolorosa, além de incontinência urinária ou fecal. Contudo, um sintoma considerado comum refere-se à dor óssea, pelve e costelas, o que indica que este câncer se espalhou para os ossos. Na maioria dos casos o tumor apresenta sua fase inicial de evolução silenciosa.

A detecção precoce rotineira envolve a realização de vários exames e são eles: a ultrasonografia abdominal, ultrasonografia transretal, pielografia¹³, biopsia, além do PSA que é o mais freqüente, e o toque retal. Deterei-me rapidamente em relação a estes dois últimos. O PSA é uma proteína produzida pelas células da próstata e é parte do fluido que a próstata adiciona ao sêmen. A presença de PSA no sangue é normal para o homem. Quando um médico faz exame de PSA, ele quer saber a quantidade da substância existente no sangue.

Uma próstata grande vai produzir mais PSA do que uma próstata pequena, assim, na medida em que você envelhece e sua próstata aumenta, também vai aumentar a quantidade de PSA. Algumas doenças da próstata fazem com que a quantidade de PSA aumente ainda mais. Isto acontece com o câncer da próstata e é a razão pela qual o exame é usado para se detectar o câncer.

¹² Prostatite ou inflamação da próstata é, de modo geral, uma infecção do trato urinário que se espalhou para a próstata, que pode ser aguda ou crônica. Fonte: www.abcdasaude.com.br

¹³ Uma série de raios-X dos órgãos do trato urinário.

O PSA não é um marcador do câncer, mas um marcador da próstata. Os níveis de PSA refletem quanto desse antígeno está sendo produzido e lançado na corrente sanguínea. Muitos pacientes com PSA normal têm câncer. O inverso também é verdadeiro: muitos homens com PSA maior do que o indicado para a idade não têm câncer nem serão diagnosticados com a doença ao longo da vida. (ABC DA SAÚDE, 2008)

Porém, os níveis elevados de PSA fazem suspeitar de tumor maligno e, eventualmente, indicar biópsia de próstata ou mesmo outras doenças benignas. Nível não aumentado da próstata não quer dizer também que a pessoa não possa apresentar câncer. Daí a importância de se realizar o toque prostático, pois permite avaliar a glândula e verificar as tumorações endurecidas nos processos malignos (SBU, 2007).

O Exame do Toque Retal, por outro lado é um exame que o médico faz com o dedo indicador, revestido por uma luva de plástico ou de látex, adequadamente lubrificado. A dor só ocorre se o paciente já tiver um problema na região do ânus. Porém, mesmo assim, segundo os médicos, é mínima.

Ao fazer o exame, o médico procura identificar a próstata, ele avalia o tamanho do órgão, seus limites e características anatômicas habituais equivalentes ao de uma noz. Se existir um tumor, o urologista pode sentir um nódulo com a consistência bastante endurecida (pétreo) e identificá-lo quando ainda é curável (pequeno). É portanto, capaz de identificar a doença em pacientes com níveis de PSA normais. Por esse motivo, a mais recente recomendação é a associação de ambos os exames para o diagnóstico precoce da doença.

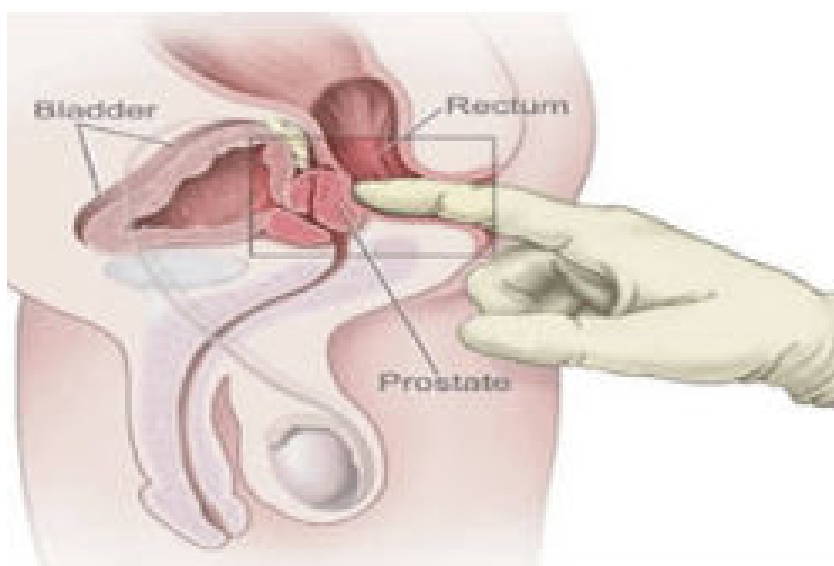


Figura 2 - Demonstração do exame do toque retal

Além disso, em pacientes com diagnóstico de câncer de próstata, este exame é indicado para avaliar a existência ou não da disseminação da doença para outras partes do organismo, ou mesmo pesquisar a recidiva da doença após o tratamento. Com tumores grandes, toda a próstata fica endurecida e seus limites ficam difíceis de identificar. Quando o toque retal é feito anualmente, a partir dos 50 anos, o médico identifica a doença quando ela ainda é apenas um nódulo e tem todas as chances de cura. Se o exame é adiado, para quando os sintomas surgirem, a doença será identificada apenas quando estiver avançada e difícil de ser curada. (SBU, 2007)

Assim, o câncer de próstata, por ser uma doença insidiosa, pode através de métodos de prevenção ser detectada a tempo, antes de tomar proporções fatais. Portanto, torna-se importante pesquisar o que poderá atuar como fator interveniente para o crescimento dos casos.

As pesquisas nesta área indicam que há pouca mobilização das autoridades sanitárias para o desenvolvimento educativo voltado a esta situação e, além disso, os homens parecem não se mostrar sensíveis a tal trabalho, se comparados à população feminina. Além disso outros fatores estão envolvidos como os de ordem cultural, social e econômica. (SCHRAIBER, 2005)

Segundo Evangelista (2002) a percepção do homem fica aprisionada à valoração funcional, de potência, reprodução e sexualidade, sendo esta última instância fundamental para identidade do homem. Qualquer ataque a este corpo configura uma ameaça à integridade a masculinidade. Assim, não é demais supor que qualquer doença ou situação carregada de fatalidade, por si só, poderá representar uma quebra na imagem do chamado sexo forte.

Costa (2003), Gomes (2003; 2006a; 2006b; 2007), Nascimento (2005) entre outros, discutem que as atitudes em relação ao cuidado com a saúde e a procura por médicos estão também perpassadas pelas atribuições de gênero em que valorizam a idéia de que em sociedades que equiparam poder e força como essencialmente masculinos, promove-se este distanciamento da busca de cuidados predispondo-os a comportamentos não preventivos.

Dentro desta perspectiva, o imaginário masculino, os hábitos e comportamentos podem se relacionar na exposição ao risco de doenças e na conduta de prevenção e controle das doenças. A isto se relacionam às representações ligadas à posição hegemônica do ideal masculino em que tem força e coragem e a procura por cuidados são representados como fraqueza.

Dessa maneira o exame e o cuidar de si entre os homens implica, portanto, a articulação com a história de vida de cada sujeito e conseqüentemente no estabelecimento de modos de prevenção de doenças, neste caso específico, o câncer de próstata.

CAPÍTULO 4

A PESQUISA DE CAMPO

4.1. O PROCEDIMENTO METODOLÓGICO ADOTADO

Neste trabalho, houve o interesse em compreender, interpretar os significados atribuídos pelos homens a uma determinada questão. Certamente que ao priorizar a compreensão da realidade tendo como ponto de partida capturar, observar, interpretar as significações se está buscando entender as “variáveis rebeldes” (TURATO, 2003, p. 29), porque escapam à quantificação e investigam “o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, 1996, p. 22). Portanto, escolheu-se a metodologia de pesquisa qualitativa para o desenvolvimento do presente trabalho.

O investigador qualitativista quando vai a campo estudar ‘as coisas’, não é a elas em si que ele vai se ater, pois o termo genérico ‘coisas’ neste caso é um sinônimo metodológico de objeto de estudo, que em se tratando de pesquisa qualitativa, são as pessoas ou as comunidades em sua fala e em seu comportamento (as coisas que acontecem). E mais: é sempre num setting natural que ocorre o estudo, e nunca em um ambiente reprodutor de situações. Por conseguinte, se não é a coisa que lhe interessa, o alvo do interesse do estudioso é, por outro lado, a significação que as coisas ganham, ou melhor, as significações que um indivíduo particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito (TURATO, 2003, p. 191).

Assim, quando se utiliza a metodologia qualitativa, de um modo geral se busca uma compreensão particular daquilo que se investiga. Tem-se como foco as significações, ou seja, as representações em linguagem dos significantes, que um indivíduo ou grupo determinado atribui aos fenômenos que lhe dizem respeito, pois os dados são abordados através de um contexto fluente de relações entre os significados das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos.

Assim, considero que a metodologia qualitativa teve importância para o desenvolvimento da pesquisa porque o objetivo era buscar compreender as experiências das pessoas e estas pesquisas de cunho qualitativo partem de pressupostos de que as formas de ser, agir e pensar são também requeridas a contextos sociais, culturais e históricos específicos.

A busca em compreender estas vivências pode ser realizada na abordagem qualitativa de inúmeras formas e procedimentos metodológicos. A via encontrada para ter acesso a estas representações foi a compreensão dos discursos proferidos pelos entrevistados. O discurso é um

instrumento de ordenação e relação social. Ele é construído a partir das relações com os outros pares, configurando-se como a língua em contexto, sendo produzidos em torno de lugares e contextos sociais. (LEITÃO, 1994)

O discurso é, portanto, a via de acesso às características internas e peculiares do ser humano, legitimada pela concepção de que ao internalizarmos uma língua nos contextos em que ela é naturalmente usada, internalizamos todo um conjunto de conceitos, regras, valores que caracterizam uma determinada sociedade ou grupo social. O corolário dessa afirmação é o de que o discurso constrói, mas também revela (NICOLACI-DA-COSTA, 2004)

4.2. O MÉTODO DE EXPLICITAÇÃO DO DISCURSO - MEDS¹⁴

Em decorrência de uma variedade de métodos qualitativos se fazia necessário a escolha de um método que possibilitasse realizar uma reflexão sobre a produção e apreensão das significações. Entrei em contato com MEDS, desenvolvido por Nicolaci-da-Costa no período das aulas e leituras sobre metodologias, o que considerei uma importante ferramenta para dar seguimento à pesquisa. Este método é o resultado da prática de pesquisa em psicologia clínica da pesquisadora ao longo de 20 anos de experiência que vem utilizando procedimentos metodológicos qualitativos e tem como objeto o material discursivo.

De maneira resumida, é possível sistematizar alguns aspectos gerais deste método¹⁵. Como pressuposto o MEDS tem como princípio metodológico trabalhar com o material discursivo, concebido como expressão do todo social. Caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que possibilitam a investigação em profundidade da questão proposta, influenciado pelas teorias da linguagem, da construção social da subjetividade e da técnica de investigação clínica psicanalítica.

Da lingüística, o MEDS absorveu os preceitos de: (a) trabalhar com uma concepção de linguagem explícita, (b) coletar discursos em settings naturais e informais e (c) considerar as transcrições do discurso coletado como uma forma de seleção do material a ser analisado e (d) realizar uma análise sistemática do material coletado tendo plena consciência de que se trata de material discursivo. Das teorias da construção social, incorporou o pressuposto de que a forma de percebermos o mundo bem como os modos de pensarmos, agirmos são socialmente construídos, principalmente por meio da língua em uso. (...) Por último, embora não adotando a perspectiva psicanalítica, o MEDS inspirou-se em algumas contribuições da psicanálise: (a) na técnica clínica da livre escuta que por não ser intrusiva, capta aquilo que é importante para o outro. (b) no pressuposto de que geralmente há algo não verbalizado e ou não consciente por trás do que dizemos (um significado subjacente). (NICOLACI-DA-COSTA, 2007, p. 67)

¹⁴ No decorrer deste trabalho o Método de Explicitação do Discurso será referido por MEDS.

¹⁵ Para maior aprofundamento o leitor poderá ter acesso através das seguintes referências: LEITÃO (1994); NICOLACI-DA-COSTA (1989; 1991; 2004; 2006; 2007a, 2007b)

Sendo assim, o MEDS tem sido utilizado para trazer à tona os enunciados construídos acerca de uma determinada proposta de investigação. Tal como outros métodos qualitativos, este método não parte de hipóteses ou categorias pré-estabelecidas, mas prioriza a expressão livre e espontânea dos sujeitos em ambientes de investigação que lhes sejam familiares.

Para o desenvolvimento da pesquisa em questão, tomei por base as orientações advindas deste método. Em vez de realizar uma descrição do que se trata o mesmo para depois o expor no capítulo que segue sobre a realização da pesquisa de campo, optei por apresentá-lo no relato do processo da minha pesquisa de campo e de como foi operacionalizado.

4.3. OBTENDO AS INFORMAÇÕES

a) O recrutamento dos participantes

O primeiro passo consistiu na fase do recrutamento dos sujeitos. Os critérios, para a participação dos mesmos, já tinham sido previamente formulados à época do processo de qualificação do projeto de pesquisa e tinha ligação direta com os objetivos propostos nele.

Para participarem da pesquisa, os critérios foram: homens, que estivessem na faixa etária a partir dos 40 anos (pois a idade é um fator de risco e início do acompanhamento de prevenção para o câncer de próstata, uma vez que a incidência aumenta exponencialmente a partir desta idade), independente de já terem realizado ou não o exame do toque retal, pois o interesse estava em saber as significações construídas em torno do exame.

Uma outra característica relevante foi incluir ainda apenas aqueles que possuíam nível de escolaridade do ensino médio ao superior, justificando-se esta escolha por entender que são possivelmente indicadores de que estas pessoas teriam facilidade de acesso às informações e um “não desconhecimento” quanto aos cuidados com a saúde, configurando-se como um critério de sistematizar um perfil da amostra. Além disso, estes participantes deveriam residir na cidade de Belém ou região metropolitana (Ananindeua, Marituba).

Assim, houve uma preocupação com a homogeneidade dessa amostra que se manifestou a partir dos critérios pré-estabelecidos para agrupar um determinado grupo representativo. Além disso, o MEDS orienta a busca da homogeneidade, embora não o adote como a única forma, pois um determinado perfil pode ser construído a partir de critérios que identifiquem um grupo social específico. Nicolaci-da-Costa (2006, p.68) “privilegia um tipo de recrutamento que possibilita o

enquadramento dos participantes naquele que é denominado “perfil de alta definição”¹⁶, uma versão da homogeneidade ampla¹⁷”.

Em princípio, a estratégia escolhida para recrutar os participantes foi primeiramente através da técnica denominada “bola de neve” (*snowball sampling*) que consiste em recrutar sujeitos através da indicação de outros sujeitos, que já tivessem participado da pesquisa anteriormente. O primeiro sujeito é indicado por alguém próximo a mim (pessoa com grau de amizade ou parentesco que foi orientada quanto aos critérios de participação) e que depois os próprios participantes indicam pessoas que tenham o perfil pré-determinado. Assim sendo, a inclusão progressiva dos informantes dá-se a partir de um primeiro informante, indicado, e amplia-se com novos informantes encontrados da mesma maneira, repetindo-se aí o processo com novos incluídos.

Contudo, fui encontrando dificuldades quanto a estas indicações pelos participantes da pesquisa, pois os entrevistados se comprometiam em me informar sobre outras pessoas que pudessem participar, mas posteriormente as respostas, que ouvi, foram as de que “ainda iam ver”, ou mesmo de que “tinha medo de apontar porque esses caras são muito salientes”, ou mesmo de que ele “faria contato”, o que não ocorreu.

Não há elementos que indiquem o porquê desta não indicação por parte dos entrevistados, talvez a própria rotina de trabalho e de vida não permitisse, ou mesmo por motivações relacionadas ao próprio tema, já que se trata de uma discussão a qual trata da intimidade dos homens. O fato é que houve uma dificuldade em conseguir informantes a partir desta modalidade de indicações dos próprios informantes, e não tenho elementos que expliquem as dificuldades a esse respeito.

Com efeito, essa situação me fez optar por não utilizar a estratégia escolhida anteriormente, portanto, apenas continuei com as indicações da minha rede de relacionamentos que facilitaram o contato com estas pessoas próximas a partir dos critérios já determinados.

Depois que estas pessoas da rede de relacionamento me indicavam os possíveis participantes, pude entrar em contato direto com alguns para marcar hora e local.

O convite foi feito principalmente por telefone, pelo qual informei ao futuro entrevistado sobre a pesquisa e os procedimentos éticos do estudo. Neste caso, o local e a hora das entrevistas foram escolhidos pelos entrevistados, a fim de favorecer um clima informal e descontraído. Por

¹⁶ “(...) ou seja, realizamos um tipo de recrutamento que maximiza a homogeneidade do grupo de participantes escolhido a partir de critérios relevantes para a investigação da proposta. Para este tipo de recrutamento, é útil fazer uso de uma rede de conhecidos que possam dar indicações o que não deixa de ser uma forma de utilização da estratégia bola de neve” (NICOLACI-DA-COSTA, 2004, p. 50)

¹⁷ Mencionada por Turato (2003, p. 363) a homogeneidade ampla refere-se à soma de características/variáveis em comum a todos os sujeitos que compõem a amostra. A opção por uma maior homogeneidade de características individuais que sejam num número suficiente para observar a existência ou não de certa reincidência das informações.

depende da disponibilidade dos participantes, a realização das mesmas foi feita na residência, na Clínica de Psicologia da UFPa e a maioria no local de trabalho destes participantes.

b) Aspectos Éticos

Quanto à participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu em conformidade com a resolução do Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde, de nº 196/96 que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos tais como a pesquisa e seu protocolo (CNS-MS, 1996). Da mesma forma, fui orientada pelas diretrizes da resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 016/2000 que dispõe que toda pesquisa em Psicologia com seres humanos deverá ser instruída por um protocolo, a ser submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS (CFP, 2000).

Assim, a adesão dos entrevistados à pesquisa foi formalizada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TECELE (Apêndice 1) e diz respeito às normas regulamentadoras de participação dos sujeitos envolvidos em pesquisa. Ele foi assinado pelos entrevistados no dia da entrevista, após orientação aos participantes.

Ratifica-se ainda, que foi assegurado aos entrevistados que suas identidades não seriam em hipótese alguma reveladas, garantindo, por razões éticas já fundamentadas, que os nomes dos entrevistados fossem trocados por um nome fictício.

c) As entrevistas

No método utilizado é dada preferência (mas não exclusividade) às entrevistas semi-estruturadas, caracterizadas por uma estrutura flexível, em que foi estabelecida uma conversa dirigida em torno da temática presente no roteiro que integrava o objeto e objetivo da pesquisa. Nestas entrevistas buscou-se respeitar o fluxo das construções dos entrevistados e acredito que permitiram captar aquilo que configuram as representações produzidas.

(...) o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar, mas não pode prever respostas. É útil porque o pesquisador obterá todas as informações requeridas (sem esquecer uma questão), enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante a liberdade para responder e ilustrar conceitos (TURATO, 2003, p.314).

No que diz respeito a este tipo de entrevista, o autor afirma que os pesquisadores qualitativistas a usam, porque elas têm um formato no qual o entrevistador inicia um tópico que guia a discussão para se perguntar questões mais específicas, pois parte-se de temas que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas que surgem à medida que recebem as respostas dos informantes (TURATO, 2003, 2006 e PAULIN, 2004). O pesquisador ao utilizar este tipo de entrevista permite ao informante a liberdade para se colocar, porém o pesquisador é que norteia a entrevista, intervindo em momentos de divagações por parte do informante.

Assim, para a realização das entrevistas foi necessário organizar um roteiro estruturado para que fosse aplicado respeitando o fluxo de associações do entrevistado. Segundo Nicolaci-da-Costa (2007b), isso significa que essa flexibilidade diz respeito à ordem dos itens que pode ser alterada, incentivando a introdução espontânea somente de perguntas de aprofundamento ou esclarecimento.

A elaboração do roteiro de entrevista (Apêndice 2) torna-se relevante, pois favorece a enumeração mais abrangente possível das questões que o pesquisador quer abordar, e o roteiro serve de orientação, de baliza, e contém poucas questões que fazem parte do delineamento do objeto.

Um roteiro tem os seguintes resultados práticos: (a) do ponto de vista do pesquisador, ele gera entrevistas semi-estruturadas comparáveis na medida em que, independentemente da ordem em que aparecem, os itens abordados são os mesmos para todos os participantes; (b) do ponto de vista dos participantes, essas entrevistas, se bem conduzidas, têm uma estrutura invisível porque se assemelham a uma conversa na qual podem se pronunciar sem restrições e sem que o fluxo de suas associações seja interrompido a respeito dos tópicos; (c) a estrutura do roteiro transmite segurança, enquanto a flexibilidade de introdução de perguntas de esclarecimento dá a possibilidade de aprofundar ou investigar melhor aquilo que achar necessário. (NICOLACI-DA-COSTA, 2006, p.69)

Este tipo de entrevista partiu da elaboração de um roteiro que versasse sobre a temática escolhida a ser investigada, neste caso, o que significava para os entrevistados o exame do toque retal, e que serviu como um guia para a formulação dos itens a serem investigados.

As perguntas então, foram compostas por questões abertas, que orientassem de forma mais abrangente possível questões ligadas ao seu grupo familiar, à sexualidade, à profissão, ocupações pessoais, relações com as pessoas em geral, à sua postura de vida, seus valores, enfim sua cosmovisão.

Os itens do roteiro referem-se apenas a lembretes para o pesquisador durante a entrevista porque facilita ao mesmo fazer as perguntas sobre os tópicos que por ventura fosse esquecido e serviram para que todos os tópicos previstos fossem abordados. Dessa maneira, esse roteiro continha duas partes, as quais detalho em seguida.

A primeira parte consistia na coleta de dados de identificação do entrevistado, sendo simples, objetivo, contendo somente os dados gerais, como: idade, estado civil, nível de escolaridade, atuação profissional, residência, renda familiar, e se possuía plano de saúde.

Na segunda parte foram organizados os itens que serviram para nortear as perguntas e estavam agrupados em torno de blocos temáticos a serem investigados e que se dividiram em três: hábito de cuidar da saúde, o câncer de próstata (prevenção), a busca da saúde e o exame do toque. (Apêndice 2)

d) A realização das entrevistas

Após o contato e definição de local e horário foram realizadas as entrevistas. No dia da realização das mesmas, antes de iniciar, eu explicava sobre o que consistia a pesquisa, que seria necessária a gravação das mesmas e caso aceitassem participar, era solicitado aos mesmos que assinassem o Termo de Consentimento (TECLE), avisando-os da confiabilidade, sigilo e nome fictício.

A maioria aceitou naturalmente, mas alguns pareceram bem desconfiados, verbalizando que se resguardava sigilo, para quê, então, assinar ou mesmo gravar, com expressões do tipo: “menina, olha o que tu vai fazer! Tu vais colocar o meu nome?”, “isso vai gravar tudo que eu falo?”. Então, eu explicava novamente, ressaltando a não obrigatoriedade de estarem ali, que não haveria problema se não quisessem, mas eles aceitavam em participar e no final da entrevista já demonstravam estar mais ambientados.

Foi realizado um total de doze entrevistas. O presente trabalho considerou apenas 10. Duas delas foram impossibilitadas de serem utilizadas porque em uma não havia como entender o que o entrevistado falou e a outra em virtude do conteúdo da entrevista estar muito superficial e vago, acredito que em virtude da pesquisadora ter direcionado a entrevista por outros temas e não seguido o roteiro da entrevista desta pesquisa.

Ressalto ainda que foi realizada apenas uma entrevista com cada participante não tendo sido necessário mais de uma porque os entrevistados conseguiram discutir sobre todos os itens escolhidos para serem tratados.

Estas entrevistas tiveram duração de 40 minutos em média. Algumas delas ficaram sujeitas a interferência de som, falatório de pessoas, além da curiosidade de outras pessoas, brincadeiras do tipo “se a pessoa estava em dias com o exame do toque”, o que deixava alguns de certa forma inicialmente inibidos.

Vale ressaltar que embora estas interferências iniciais, as entrevistas puderam ser realizadas em virtude da colaboração dos participantes, que referiram ser importante a realização desse tipo de trabalho em que os homens pudessem ser escutados, e que era importante pensar na saúde do homem.

O número de participantes ou amostra¹⁸ esteve intimamente vinculado às características de uma pesquisa qualitativa, pois como se trata de um método de pesquisa que visa privilegiar as minúcias de determinado fenômeno e não um conhecimento amplo e genérico, o número de participantes é invariavelmente pequeno.

Nicolaci-da-Costa (2004; 2006) orienta que para este tipo de pesquisa a adequação do emprego de amostras pequenas nas pesquisas qualitativas é consensual, pois o número de participantes é raramente determinado a priori, na medida em que o principal critério usado para caracterizar se as entrevistas realizadas são suficientes ou não para a investigação de um determinado assunto se apresenta quando as informações coletadas com os sujeitos apresentam um ponto de saturação, ou seja, há repetições de conteúdo nos discursos, isto é, quando após várias entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições de informações em seu conteúdo. (TURATO, 2003; NICOLACI-DA-COSTA, 2006)

Em relação ao trabalho realizado por mim, acredito que o número de entrevistados configurou um número de participantes satisfatório, pois o critério utilizado para finalizar o processo de coleta de dados e de entrevistados foi o que a autora considera como fundamental para dar seguimento à fase da análise dos resultados e que diz respeito a saturação das informações.

f) A organização das informações

Após as entrevistas, foi feita a transcrição e digitalização das mesmas, nas quais foram preservados os discursos autênticos dos entrevistados. A partir daí foram submetidas as análises dos depoimentos que a autora denomina como análise inter-sujeitos e análise intra-sujeito que consistem em tomar contato exaustivo com o material deixando-se “impregnar” pelo seu conteúdo.

Assim, foram realizadas leituras e releituras do material textual no intuito de explorar e familiarizar com as idéias representadas dos entrevistados. Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante por meio da qual se buscou uma visão panorâmica destes discursos que apontam

¹⁸ Porção, pedaço, uma parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência e extraída de uma população de sujeitos, consistindo num subconjunto do universo, pois só é viável conhecer parte do universo (TURATO, 2003, p. 351)

tendências centrais das respostas dadas pelo grupo como um todo. Estas categorias expressam os primeiros resultados que ainda se mostram inconclusivos.

Depois foi realizado um exame minucioso de cada entrevista com objetivo de identificar os conflitos, as inconsistências e as contradições presentes nos discursos, e que são extremamente importantes na busca da análise da dimensão das questões individuais. É o que a autora denomina como análise intra-sujeito, na qual é realizada uma análise das respostas individuais, nas quais são realizadas comparações internas aos depoimentos de cada entrevistado e que buscam inconsistências, contradições.

Contudo, estes conflitos e contradições presentes em determinada entrevista por serem subjetivos podem não aparecer nas demais. No caso específico deste trabalho, o objetivo não era me dedicar à análise de casos isolados. Portanto, as análises intra-sujeitos foram importantes para a compreensão das respostas individuais, fazendo comparações internas aos depoimentos de cada um dos entrevistados.

Por meio de um entrecruzamento das análises realizadas retoma-se a análise inter-sujeitos para que suas respostas fossem sistematicamente comparadas com as análises individuais em busca de recorrências. Segundo a autora (2006, p.71), “dessas recorrências emergem categorias sempre êmicas que dão visibilidade aos valores do grupo social no qual os entrevistados pertencem”. E complementa afirmando que tudo o que tende a ser recorrente é fruto de construção social, por isso diz respeito às representações construídas socialmente e emergem dos pronunciados dos entrevistados.

Pude, então, identificar idéias centrais que emergiram dos discursos que são denominados aqui de unidades de significados, pois se configuram como construções que emergiram dos enunciados dos entrevistados e se configuram como categorias de análise, cujo cada título, a seguir, enuncia a discussão a ser realizada.

A seguir apresento a caracterização do perfil do universo masculino desta pesquisa que está descrito através de um perfil sócio-demográfico e quanto ao comportamento e cuidado com a saúde¹⁹ e prevenção, especificamente em relação ao câncer de próstata e toque retal. Estes dois não se configuraram como unidades de sentido porque foram dados obtidos a partir do roteiro, portanto de ordem mais descritiva. Dessa maneira, o capítulo a seguir dispõe os resultados obtidos e análise dos mesmos.

¹⁹ O termo cuidado com a saúde é considerado aqui neste trabalho como sendo o hábito de prevenção, de procura por serviço de saúde ou médico para que o paciente possa ser encaminhado para os serviços de média e alta complexidade e possibilita que se evite o desenvolvimento ou agravamento de doenças, além evitar que a atenção à saúde se restrinja à recuperação de doenças e não se está considerando quantidade de vezes que se vai ao médico. (BRASIL, 2008).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. OS SUJEITOS DA PESQUISA

Todos os entrevistados atenderam aos critérios pré-estabelecidos para a participação na pesquisa. Estão na faixa etária entre 40 a 58 anos. Todos são funcionários públicos, residentes da capital e região metropolitana (Ananindeua e Marituba). A maioria tem filhos e se considera católica, a minoria evangélicos. O grau de escolaridade da maioria é o ensino médio (antigo 2º grau) e três com nível superior. As remunerações variam entre 3 a 10 salários mínimos. Apenas quatro dos entrevistados (Joaquim, Fabiano, Raul e Jorge) fazem tratamento para doenças como o tabagismo, câncer do estômago, fígado e diabetes e todos possuem plano de saúde. (Quadro 1)

Rotina e consulta ao médico: A maioria destes entrevistados não tem como rotina a consulta ao médico ou mesmo procura por algum serviço de saúde. Apenas Joaquim, Márcio, Edivaldo e Fabiano declararam que têm em sua rotina a ida ao médico. Apesar de Jorge e Raul realizarem tratamento para o diabetes, o acompanhamento não é feito com médico.

Ida ao urologista: De todos os entrevistados, apenas Joaquim tem a rotina de ir ao urologista. Os demais nunca foram e dizem que os motivos são porque o exame do PSA, prescrito por um clínico, não deu alteração ou porque ainda não viram necessidade de ir.

Check up: Somente Joaquim, Márcio, Edivaldo e Fabiano afirmaram fazer o check up anual com médico clínico ou cardiologista. Os demais relataram que não o fazem, mas estão começando a pensar no assunto. Para a maioria dos entrevistados, exceto Joaquim e Fabiano, o check up foi considerado como sendo a realização de exames como os de sangue, fezes e urina.

Exames PSA e toque: De todos os entrevistados apenas Joaquim, Fabiano e Jorge realizam com frequência o exame do PSA. Raul realizou somente uma vez. Fabiano, Joaquim e Jorge têm recebido a orientação médica de que o fato de o exame de sangue ter dado sem alteração, não foi indicado a realização do toque. Os demais, apesar de demonstrarem saber da existência dos exames, disseram não ter maiores conhecimentos sobre os mesmos assim como em relação ao câncer de próstata.

Quadro 1: Perfil sócio-demográfico e quanto à prevenção do câncer de próstata

Perfil	Joaquim	Flávio	Fabiano	Marcelo	Dimas	Ronaldo	Jorge	Raul	Márcio	Edivaldo
Idade	54	40	58	40	44	52	43	44	45	42
Estado civil	Casado há 32 anos	Casado há 10 anos	Casado há 34 anos	Casado há 10 anos	Casado há 10 anos	Divorciado	Casado há 15 anos	Solteiro	Casado há 10 anos	Casado há 10 anos
Nº de filhos	5	2	3	2	3	Não	Não	2	1	2
Renda familiar	9 salários	10 salários	10 salários	7 salários	5 salários	3 salários	5 salários	6 salários	10 salários	10 salários
Escolaridade	Médio	Superior	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio	Superior	Superior
Religião	Católico	Católico	Católico	Evangélico	Evangélico	Católico	Católico	Espírita	Católico	Católico
Atividade	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público	Funcionário público
Plano de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Residência	Belém	Belém	Marituba	Cidade Nova	Belém	Belém	Belém	Belém	Belém	Belém
Tratam. de saúde	Tabagismo	Não	Câncer de estômago	Não	Não	Não	Diabetes	Fígado	Não	Não
Ida ao médico	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
Ida ao urologista	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Faz checkup	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
PSA	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim (1 vez)	Não	Não
Toque	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Inform. sobre ca próstata	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Inform. sobre PSA e toque	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não

5.2. ESCUTANDO OS HOMENS E SUAS REPRESENTAÇÕES: AS UNIDADES DE SIGNIFICADOS CONSTRUÍDAS

As entrevistas obtidas em torno da questão central que nos ocupa, expressam de uma maneira peculiar que para estes homens apesar de reconhecerem a existência do câncer de próstata e dos métodos de prevenção, ainda que superficialmente ou quase nada, existem barreiras impeditivas nas quais a população masculina apresenta pouco cuidado com a saúde e com a prevenção de doenças, entre elas o câncer de próstata.

Estes fatores estão perpassados por questões de ordem estrutural, institucional e de significados construídos em torno do assunto que se configuraram como os principais temas destacados para a análise dos dados obtidos. Isso foi possível a partir da identificação das idéias e sentidos que se apresentaram semelhantes e recorrentes nos discursos dos mesmos.

Este fluxo de idéias presentificado nos discursos destes homens permitiu a manifestação de suas singularidades, mas revelou também sentidos incorporados socialmente, por meio de atribuições culturais. Estas representações foram denominadas unidades de significado porque emergiram dos discursos dos entrevistados e se presentificaram como recorrentes e comuns a eles, pois se configuraram um modo de ser perpassados pelo convívio social que vivem.

Sendo assim, foram organizadas três unidades de significado cujo título anuncia a discussão a ser feita, sendo elas:

- a. O cuidado com a saúde: barreiras estruturais e institucionais
- b. As representações sobre o ser homem e o cuidado com a saúde
- c. As representações associadas ao exame do toque retal

5.3. O CUIDADO COM A SAÚDE: BARREIRAS ESTRUTURAIS E INSTITUCIONAIS

a) Acesso aos serviços

A maioria dos entrevistados expressou que um dos impedimentos que os homens encontram para cuidar da saúde, como a ida ao médico ou realização de exames, diz respeito à dificuldade que eles encontram a ter acesso ao sistema de saúde. Acreditam que muitos homens não vão às unidades de saúde em virtude da demora do atendimento, porque terão que esperar por muito tempo pela consulta com um especialista. Aliado a isso, referiram não ter um número de profissionais que desse conta da demanda de atendimentos nessa área.

Em relação a este fator, é inegável que o acesso a um urologista dependerá de fatores relativos à facilidade do acesso à saúde, por exemplo se o tipo de atendimento é particular ou público. Encontramos diariamente noticiários do caos no acesso à saúde pública, em todos os níveis de atenção, mas principalmente na rede básica de saúde já que esta é a porta de entrada aos atendimentos especializados, pois, para receber este atendimento, precisa-se passar por um atendimento com clínico que avaliará a necessidade ou não de encaminhar o paciente a um especialista. O que não ocorre nos serviços particulares que é diretamente.

Segundo a Política Nacional de atenção à saúde masculina (BRASIL, 2008) este é um ponto que necessita ser tratado, levando em consideração, para as ações, estes aspectos de hierarquização dos serviços, a organização da rede de atendimento, a facilidade ao atendimento, o que possibilitaria na melhora da resolutividade dos problemas. Esta questão pôde ser exemplificada na fala de Marcelo:

Eu acho que uma outra coisa que é muito importante é que além de tudo o SUS, a saúde não se põe uma quantidade, pelo menos uma boa parte de profissionais para atender as pessoas. Tem gente que até quer um exame desses né? Mas não tem vaga. Porque se eu não me engano, se eu não me engano, na central de marcação de consultas, deve ter o quê, se tiver uns dez médicos é muito, a gente marca consulta, aí olha a situação pro Estado inteiro se consultar com um urologista. Não é fácil ir no urologista, quantas pessoas não estão.
(MARCELO)

É importante observar que se trata de um argumento necessário a ser retratado porque é sabido que grande parte da população tem falta de recursos financeiros para consultar-se com o médico no atendimento privado ou para realizar exames complementares. O acesso aos atendimentos com médicos especialistas se dá a partir de encaminhamentos dos postos de saúde e quando conseguem podem esbarrar no tempo de espera que é longo, e a consulta pode demorar um certo tempo.

A dificuldade argumentada pelos participantes e demonstrada pelo entrevistado acima demonstra um outro lado preocupante a ser considerado que é a quantidade de urologistas disponíveis para o atendimento da demanda e que são disponíveis pelas unidades de atendimentos especializados o que pode resultar numa limitação ao atendimento no caso especializado.

Este fator é identificado por outras pesquisas que têm como foco a saúde do homem tais como as de Brasil (2008), Figueiredo (2005), Gomes (2007), Ramos (2007) e Schraiber (2005) nos quais foi verificado que os homens não procuram as unidades de saúde em virtude da precarização dos serviços públicos pelo enfrentamento de filas, porque suas demandas não serão resolvidas em uma única consulta, pois terão que ser encaminhados para outros serviços.

A falta de capacidade do SUS em atender a demanda com suporte especializado e adequado para o diagnóstico e tratamento das neoplasias, ainda implicará em ter que deixar o local de trabalho para ir ao médico e terá que dispensar maior tempo e nem sempre isso é possível pela exigência de horário no ambiente de trabalho.

Sem dúvida esta é uma questão relevante a ser pensada como um motivo de impedimento em procurar um médico, contudo, no caso específico dos entrevistados, este fator não se configura como um impedimento para a procura de um médico ou especialista, porque são pessoas que apresentam uma situação econômica que de certa forma possibilita um acesso mais fácil ao atendimento médico, pois todos têm planos de saúde e apresentam horários flexíveis de trabalho (folgas) que permitiriam essa procura, o que já os diferencia da maioria da população.

Este ponto já nos suscita refletir que no caso destes homens há uma contradição entre ter situação econômica e de inserção no campo de cuidados médicos e preventivos e não procurarem os serviços, o que indica que possuir plano de saúde e um acesso mais rápido a estes serviços não chega a promover a devida prevenção do câncer por estes entrevistados. Ou seja, a consciência, o acesso não são, neste caso, suficientes para que eles apresentem ações preventivas esperadas.

b) Informação e Prevenção

Este é um outro tema que foi muito discutido pelos entrevistados, pois eles consideram de suma importância o acesso à informação e à educação para a saúde, sendo importante que os homens se conscientizem e busquem cuidar-se preventivamente.

Joaquim, Jorge, Dimas, Raul e Fabiano declararam ter certo conhecimento sobre o que seria o câncer de próstata, sobre os exames necessários para detectar o mesmo citando principalmente o PSA e o exame do toque, enquanto os demais demonstraram saber da existência, mas desconhecem o assunto, em virtude de ainda não terem se interessado pelo tema, ressaltando, que se trata de um exame necessário para o cuidado com a saúde. Para eles ter o conhecimento sobre o câncer de próstata e sobre prevenção pode ajudar os homens a serem mais cuidadosos.

Sinceramente não. Não sei nada sobre o câncer, sei que tem muita propaganda, mas vou ser sincero, nunca me interessei, nunca fui atrás de saber, me informar, me prevenir. (...) O acesso à saúde já é difícil e acaba tirando a vontade do homem ir no médico. Seria mais fácil se tivesse mais informações. **(FLÁVIO)**

Educação e informação tem que ser perseverante. As pessoas tem que ser perseverante porque eles vão enfrentar uma barreira muito grande (...) porque como a gente trata com a família, a gente percebe a dificuldade intelectual, dificuldade monetária, então são vários fatores. É mais governamental também porque se faz muito pouco, porque tem que dar apoio, informação, os meios de informação tem que ser bem utilizados, onde que vai chegar,

que pessoas, que meio de informação eles utilizam, então é muito complexo, não é assim que você vai fazer com uma pessoa, tem que começar a falar na família, com os amigos, éh. **(JORGE)**

Na realidade não existe, mas deveria existir exame médico periódico, existe preventivo, mas pro homem não existe, é, é, ele mesmo que sinta, eles não fazem, só câncer de próstata e pronto, tá me entendendo, eles não fazem como fizeram a campanha para o câncer do útero, a senhora tá me entendendo? Agora que tá sendo mais divulgado. **(RONALDO)**

Por um lado não há por parte do governo campanhas educativas em saúde mais intensivas que trate da prevenção e isso é enfatizado pela Política de Atenção ao Homem (BRASIL, 2008), que busca promover a investigação e orientação da população alvo, os familiares e a comunidade.

Em recente trabalho descritivo Lima et al (2007) teve por objetivo investigar o conhecimento sobre prevenção do câncer de próstata entre 70 homens trabalhadores de uma universidade privada acima de 40 anos. O trabalho não especifica nível de escolaridade ou de instrução, ou mesmo sócio-econômico dos participantes, apenas refere que esses trabalhadores são não docentes e exercem na instituição as funções de serviços gerais, segurança, jardineiro, escriturário, entre outras e sugere que são pessoas que não têm tanta facilidade de acesso às informações. Informa ainda, que existem entre esses participantes muitos conceitos errôneos e falta de esclarecimento quanto à gravidade da enfermidade, demonstrando que a maioria dos entrevistados revelou desinformação sobre o câncer de próstata, apesar de haver interesse por eles em ter maior conhecimento, fator que tem contribuído para a não prevenção.

Neste mesmo trabalho é enfatizado que as informações podem ser valiosas para o incentivo da prática de exames de detecção, destacando as campanhas educativas, ações dos profissionais de saúde, no intuito de fornecer materiais ilustrativos e educativos que facilitem a compreensão e conscientização do público alvo.

Essa desinformação, segundo o Ministério da Saúde, faz com que os homens continuem a fazer uso de procedimentos desnecessários e agravos poderiam ser evitados caso eles realizassem com regularidade medidas de prevenção primária, o *check up* (BRASIL, 2008).

No caso dos entrevistados, apenas Joaquim e Fabiano realizam acompanhamento regular e por conseguinte *check up* regulares com clínico, cardiologista e urologista. Para estes dois o *check up* envolve uma bateria de exames: colesterol e triglicerídeos, pressão, eletrocardiograma e teste ergométrico, PSA e toque.

Veja bem, eu posso começar dizendo o seguinte. Todo ano desde que eu completei 50 anos eu faço o *check up* geral, todo ano. Esse *check up* engloba todas as especialidades médicas: cardiologia, urologia, clínica médica, essas coisas todas entende? Então quando eu apanho o resultado final de tudo isso o médico me diz 'olha, tá tudo legal nessa parte, nessa parte e nessa parte', aí eu espero mais 12 meses. Se tiver algum problema em qualquer situação, eu já corro praquela, como aconteceu ano passado comigo. **(FABIANO)**

Márcio e Edivaldo dizem fazer o *check up*, porém, assim como os demais entrevistados, referem que não tem a frequência de ida ao médico e conseqüentemente de fazer exames, para eles o exame de rotina se configura em realizar exame de sangue, fezes e urina o que significaria ser suficiente para avaliar a saúde. No caso dos demais, apesar de declararem terem pouco ou quase nada de conhecimento sobre modos de prevenção sobre exames do *check up*, realiza-os esporadicamente, assim como o do PSA, como no caso de Jorge, Raul, Ronaldo por exemplo.

É. Eu acho que é assim. O governo deveria incentivar, não a pessoa tá o tempo todo no médico, mas fazer exames periódicos de um em um ano, pelo menos um exame, mas isso não acontece. **(MARCELO)**

Nós como instituição, como funcionários públicos, a gente tem o PST (Programa Saúde do trabalhador). Eles desenvolvem uma política em relação a isso, a esse, saúde global do trabalhador, não vê como homem ou como mulher. As informações são voltadas tanto para homem como para mulher. (...) a maioria dos funcionários e eu me enquadro às vezes é que tem o PST e a gente não procura, tem o PST e a gente não procura, é aqui no IPAMB (...) faço medicamento pro diabetes, é tratamento contínuo. Faz tempo que não faço *check up*. **(JORGE)**

Olha, por exemplo, eu fui, a última vez que eu fui no médico nessa área do câncer de próstata, foi quando eu fui, que eu fiz o PSA, deve ter mais ou menos eu acho que 1 ano e meio, 2 anos, depois disso eu não procurei mais nessa área não, que é o PSA, que é aquele exame de sangue que tu vai, faz aquele teste e se der alguma alteração aí que eles vão pro negócio do, do exame do toque mesmo, mas o toque eu nunca fiz porque, realmente por falta de interesse, vai deixando passar o tempo e tal, pouco tempo tal e eu trabalho na área da saúde, lá eu tenho plano, trabalho no plano e é lá embaixo tá, mas é aquela velha estória né, casa de ferreiro, espeto de pau, entendeu? **(RAUL)**

Fazer *check up* periódico pode ajudar a prevenir muitas doenças. O Ministério da saúde e comunidades médicas orientam que é importante o paciente procurar por um atendimento de nível primário antes mesmo que aconteça um agravo da doença. Segundo estas fontes, os principais exames considerados como *check up* diz respeito a: ácido úrico, colesterol, colonoscopia, eletrocardiograma, entre outros (vide Anexo 4 e 5) e são indicados para homens a partir dos 40 anos. No caso dos entrevistados a sua maioria acredita que o exame periódico seja apenas aquele relacionado ao coração, fezes e urina.

Eu faço exame de rotina, assim por exemplo se eu tô suspeitando de problema de verme, eu faço exame de rotina. **(RONALDO)**

É, eu procuro, eu até posso te dizer que eu sou uma pessoa difícil de adoecer. A doença que eu pego é a que todo paraense pega, porque a gente tem um clima tropical com intensa umidade, a gripe, resfriado (...) porque faço prevenção faz exame normal e quando dá alteração foi de triglicerídio, e fui com a nutricionista e tive que fechar a boca. **(DIMAS)**

Estas informações revelam que a maior parte dos homens desta pesquisa não mantém o hábito de realizar exames periódicos. Eles acreditam que o que pode ajudar a incentivar os demais

está na educação. Para eles apenas a distribuição de papéis não é suficiente e não mobiliza o interesse.

Eu acho que o que poderia melhorar são as informações. Seria importante a gente ter mais informações porque eu vou te dizer tem, tem folhetos, cartaz, televisão e a outra é conversando, porque eu vou te dizer a gente vai num posto de saúde, ou outro lugar, é diferente quando tá escrito num papel, ninguém pára pra ler as palavras, é preciso que mostrem pra gente como é, palestras, conversem com a gente. Acho que palestras, contato com o médico é melhor do que colocar papel. Raramente a pessoa pára pra ler propaganda. Estas informações não chegam. **(FLÁVIO)**

A educação tem que ser na família, respeitar de onde essa família mora, quais as condições dessas pessoas, interesse, informação, não somente papel, a regionalização de onde ela mora. É muito complicado. **(JORGE)**

Eu acho que poderia mudar, por exemplo, a mídia em si, nossos governantes, tá fazendo campanhas porque já é ruim como as pessoas comentam fazer, que eles falam que, as pessoas já dizem que é uma barreira, já pensou se a pessoa tem realmente câncer? aí que é pior. **(MARCELO)**

É de muita relevância considerar a informação e educação como fatores que podem ajudar na adesão à realização de exames preventivos, a ida ao médico e o exame do toque. Pensando nisso, um recente estudo (MIRANDA et al, 2004) investigou a prática preventiva do câncer de próstata entre professores de medicina, que como profissionais de saúde e educadores, são formados e preparados para informar e sensibilizar a população para os cuidados com a saúde e teriam maiores informações para adoção de comportamentos preventivos.

As conclusões do trabalho referem que um número significativo de médicos com idade superior a 50 anos, nunca fizeram o exame do toque, tendo ou não história de câncer na família. É um resultado que mostra a contradição existente entre aqueles que detém o conhecimento.

Como fatores impeditivos para esta população foi identificado que eles não teriam tempo de procurar o serviço em virtude do trabalho e também, o médico se sente auto-confiante com a sua saúde. Nesta pesquisa os autores não encontraram justificativas em relação ao preconceito, porém não descartaram essa possibilidade, pois consideraram que a questão da masculinidade no Brasil é um tema a ser pesquisado. Os estudiosos acreditam que por não ter sido citada seria uma forma de preconceito, mas é uma questão que deveria ter um estudo qualitativo e aprofundado da questão.

Aponta ainda que ao contrário da pesquisa de Lima et al (2007), nem sempre o acesso à informação, necessariamente irá determinar esta procura, e talvez um mesmo estudo com a utilização de uma mesma metodologia poderá ser de grande contribuição, e talvez revele resultados importantes. Esta questão da informação e educação para saúde é apontada por alguns entrevistados como importantes, mas é a forma de se transmitir a informação e o conteúdo que tem que ser atingidos de forma a impulsioná-los a buscar atendimento.

Pôde-se compreender que a lógica da ciência sancionada, do que é instituído sobre a prevenção do câncer de próstata e a importância do exame do toque não são suficientes para que o homem avalie e se conscientize das conseqüências danosas, pois existe um conjunto de fatores

intervenientes, tanto o acesso às informações, condições estruturais, mas principalmente questões subjetivas envolvidas, e neste caso, as questões relativas ao ser homem.

Pensando nisso, e preocupado com o elevado índice de homens com câncer de próstata e com essa não procura por cuidados com a saúde, o Ministério da Saúde resolveu investigar as razões pelas quais os homens são avessos ao consultório e ao auto-cuidado.

As conclusões da investigação foram divulgadas e transformadas numa política de atenção integral ao homem, por reconhecer que os agravos de saúde do sexo masculino constituem um problema de saúde pública e estão implicados não somente por uma questão de informação apenas, mas estão perpassadas por fatores de ordem cultural e de gênero. (BRASIL, 2008).

Os discursos dos participantes demonstraram que o conhecimento adquirido sobre a prevenção e a adesão ao toque são reconhecidos e legitimados pela sociedade como um fator importante para se adotar um comportamento preventivo, mas observo que não é suficiente porque existe o que eles consideram como sendo barreiras que interferem neste cuidado tais como tabus, e questões de ordem psicológica, como será visto mais adiante.

A questão de uma compatibilidade entre uma lógica de conhecimentos sobre o assunto e a prevenção não foi apresentada como uma característica uniforme no grupo. No decorrer das entrevistas, as afirmações contraditórias evidenciaram que apesar deles mostrarem-se conhecedores do tema afirmavam, em sua maioria, não ser suficiente para adotar ações preventivas. Orientando-nos pelas formulações de Castoriadis considera-se relevante refletir que esta não prevenção não está necessariamente determinada por fatores racionais, nem por condições econômicas e estruturais, mas sim à lógica das significações imaginárias, cuja dinâmica depende dos valores e sentidos que o sujeito atribui capazes de produzirem efeitos concretos.

Estes resultados sugerem que apesar do conhecimento instituído, este não chega a favorecer os homens a se protegerem, pois a consciência daquilo que é arriscado não é suficiente para desenvolver ações preventivas esperadas.

Tais resultados são partilhados com outros estudiosos da área psicológica tais como Barretto (1997) e Brasil, Roberta (2008) nos quais investigaram a adoção de comportamentos arriscados entre homens homoeróticos e suas conclusões indicam que existem representações implicados nestes comportamentos não necessariamente ligados a um plano racional, mas da ordem imaginária. Ciente do contexto e perfil que envolve os homens desta pesquisa, passarei para a discussão nos capítulos seguintes dos elementos que foram identificados por eles como as dinâmicas subjetivas e sociais que compõem a produção dos sentidos envolvidos na relação que o homem mantém com a saúde e com o exame do toque retal.

5.4. AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A IDENTIDADE DE SER HOMEM E O CUIDADO COM A SAÚDE

Neste estudo, observou-se que os motivos acima atribuídos pelos entrevistados para não procurar cuidar da saúde são entendidos como importantes motivações para esta dificuldade, porém não determinantes para justificar ações não preventivas. Chamou-me atenção em particular nos discursos dos entrevistados as representações elaboradas por eles que giraram em torno do modelo de homem e masculinidade socialmente compartilhado. Essa procura por serviços de saúde e a prevenção do câncer de próstata, principalmente a representação do exame do toque estariam intimamente influenciados pelo modelo de homem que eles atribuem a si próprios.

Essa afirmação apoia-se nas reflexões advindas a partir do que os entrevistados apresentaram hegemônicos em suas falas. Entendo que esta pouca participação e ausência de compromisso no que se refere às práticas preventivas de saúde refletem uma representação da masculinidade que reforça valores associados ao homem. Em sua maioria, as idéias mais presentes foram a do homem que assume ainda o papel de ser a fortaleza, o provedor, heterossexual, que deve conquistar sucesso econômico, ter virilidade e ser chefe de família.

a) “Quem procura acha”

Os depoimentos dos sujeitos envolvem representações nas quais a busca por serviços de saúde ocorre somente quando se sentem bastante vulneráveis à dor ou quando não existe mais alternativa para alívio da dor. A maior parte dos entrevistados referiu que, assim como a maioria dos homens, só vai ao médico ou procura serviços de saúde em último caso, como os depoimentos abaixo ilustram:

Olha, pra ser sincero, como a gente trabalha, estuda, a gente faz faculdade né? É corrido na realidade a gente só vai realmente, eu só vou no médico acho quando eu tô muito ruim, quando realmente não dá pra trabalhar e estudar que eu vou no médico. Só quando o negócio tá pegando [...] porque geralmente homem tem essa mania, vai ao médico escondido e só quando sente dor. **(MARCELO)**

Bom, no meu caso, eu só corro no médico quando eu tenho algum sintoma, porque na verdade eu não sou muito amante de médico, entendeu? Vamos supor uma gripe, eu procuro me curar em casa, eu tenho recurso, tenho vitamina c, tenho uma fruta, chá, erva, entendeu? Então, me preparo. Em última circunstância se eu não sarar eu recorro ao médico, me consulto. **(RONALDO)**

[...] o homem não faz isso, só faz quando já tá doente ou quando sente alguma coisa porque tem a questão do tumor maligno e tumor benigno aí, só vai fazer o exame quando sente alguma coisa, algum sintoma [...] tem a questão também do funcionário, a maioria dos

funcionários e eu me enquadro, às vezes é que tem o PST²⁰ e a gente não procura[...] é preguiça de perder tempo, não é perder tempo né? Mas eu tenho muito trabalho, aí eu vou ter que esperar no consultório, vai me tirar da rotina. **(JORGE)**

A maioria deles refere que a rotina diária faz com que não priorizem a saúde em virtude da falta de tempo, e por sua vez não se abatem por “qualquer” dor, mas sim quando esta é insuportável, só nesse estágio procuram um médico, pois acreditam que este já é um nível no qual existe algo anormal.

Segundo Figueiredo (2005), por haver obstáculo em se identificar as necessidades dos homens por eles não verbalizarem suas dificuldades e não procuram os serviços de saúde, torna-se difícil tratar e até mesmo prevenir problemas ou mesmo promover a saúde.

Estas dificuldades ou falta de atenção com a saúde produzem diferenças nos padrões de morbi-mortalidade de homens e mulheres. No caso específico dos homens, estes morrem mais de causas externas como violência e agressões, depois as causas mais comuns são as doenças do coração, as neoplasias (aparelho respiratório e próstata). São mais vulneráveis às doenças do que as mulheres, morrem mais precocemente e apresentam diversas barreiras que contribuem para a não procura pelos serviços de atenção primária. (LAURENTI et al, 2005; SCHRAIBER, 2005; GOMES et al, 2005; VARELLA et al, 2000 ; BRASIL, 2008)

Em relação à dor, cada vez mais os estudiosos tem observado o quanto as marcas identitárias da visão hegemônica do masculino têm influenciado os homens, de maneira a favorecer a eles não buscar cuidado com a saúde e se exponham a situações de risco.

No caso dos entrevistados, a dor só deve ser levada em consideração à medida que para eles pareça séria e os sinalize que existe uma ameaça a sua integridade, como observamos nos trechos abaixo:

Então meu histórico é assim, só faço exame de tempos em tempos. Só quando aparece alguma coisa. Eu sou assim. Só quando surge alguma coisa, surgiu alguma coisa, aí eu vou, corro atrás e tal. [...] eu não sou do tipo de pessoa que aparece uma dor, só se aparecer uma coisa mais séria. Quando aconteceu isso eu não consegui trabalhar porque eu não conseguia andar, aí eu digo pô, eu vou fazer tratamento porque tá me prejudicando, quer dizer só quando cheguei no extremo. **(RAUL)**

[...] eu vou quando há necessidade, reflexão, uma dor, aí procuro médico, mas oficialmente vou ao médico, faço todos os exames né? Ele pede em função da idade. [...] na rodada de pessoas tenho percebido que eles têm muita resistência em relação a médico, só vão, se apresentarem um problema sério. Depois dos 35, 40 anos você já consegue perceber que já não é mais aquele boyzinho, que tinha toda aquela resistência, a parte masculina é mais, deixa mais a desejar, é mais despreocupada porque na minha visão muitos acham que não precisam quando tão caindo, quando não podem exercer nenhuma atividade. **(MÁRCIO)**

²⁰ Programa Saúde do Trabalhador que é desenvolvido no local de trabalho.

Ou seja, quando já se sentem ameaçados a não produzirem, com a possibilidade de não serem úteis e não trabalharem, de não conseguirem produzir. O trabalho é culturalmente um espaço de significação e, por excelência, assume a idéia de dignificar o homem, dar suporte a idéia de provedor, de ser o responsável. E a possibilidade de ter uma doença pode significar um ataque à sua autonomia e independência.

O trabalho parece representar o seu pertencimento existencial no grupo e a impossibilidade de realizá-lo, poderá remeter à perda de referenciais pelos quais os homens se reconhecem como produtivos, provedores, protetores.

A que possivelmente estaria relacionada esta evitação, por que somente quando não suportam a dor? Os entrevistados afirmam que o maior motivo que impede os homens de buscar o serviço é o medo que eles têm em descobrir algo. Vejamos o que Joaquim e Jorge exemplificam:

Olha, eu acredito que, eu acho que eles devem ter medo do médico detectar algum problema de saúde neles, do médico dizer pra eles, eu acho que deve ser isso o problema. [...] Eu pelo menos, não sou chegado a ir em médico. É quando eu sinto alguma coisa. Contra o câncer eu vou assim anualmente, isso aí é normal, eu fazer um *check up* geral, uma vez por ano, agora quando eu sinto alguma coisa eu procuro o médico, mas enquanto eu não tiver sentido nada, eu não vou. [...] porque a gente conversa, ah! Lá eu não quero saber de médico! Isso é coisa passageira. Apareceu, depois passa, vai pra médico e vai arranjar doença pra gente! A minha mente tá mudando, mas quando eu era mais jovem, a minha mente era essa. Eu vou ao médico, médico vai arranjar doença pra mim, eu vou lá pra quê? Só pra arranjar doença, não tô sentido nada.. **(JOAQUIM)**

Preguiça, falta de tempo também. Acho que a maioria é medo. Um dos fatores é medo, medo do que possa descobrir ou medo do que nunca teve. É um dos. São vários motivos, vários medos. Já ouvi frases assim: que eu não vou ao médico porque vou fazer exame e vou descobrir que eu tô com aquilo. Eu digo assim, mas se tu tiver não vai morrer? (risos) vai tratar né? **(JORGE)**

O fato, não apresentar sintoma ou dor, é visto como motivo para não prevenir doenças, sendo esta uma representação que acaba por influenciar negativamente a intenção de uma prática preventiva. Apesar dos entrevistados assumirem não gostar de ir ao médico, ou mesmo de considerar que só vão quando sentem dor, no caso do câncer de próstata, Joaquim e Fabiano são os únicos que fazem preventivo rotineiro.

[...] não imaginava assim que havia necessidade de todo ano fazer *check up*. Quando eu vim me preocupar com 50 anos. [...] antes dos 50 eu ia, mas não em situação periódica. Eu ia no médico, eu nunca fiquei ausente do médico, eu ia, mas em situação, em vez de ir de ano em ano, eu ia de 2 em 2, de 3 em 3, essas coisas por falta de tempo. Eu trabalhei mais de 20 anos e quando chegava dava mais atenção à família e como não tava apresentando nada muito preocupante aí eu não ía. Ia com 2 em 2 anos, 2 anos e meio, 3, mas eu nunca deixei de ir [...] nenhum sintoma apresentava, aí eu ficava ah! Não vou agora, não vou agora, não vou agora... quando eu ia já se passava 2 anos, 3 anos, 4 anos. Não sentia sintoma de nada. **(FABIANO)**

A doença, a dor, dependendo da natureza da doença, e da personalidade e da situação de vida pode ter diversos significados, porém eles apresentam representações comuns ao âmbito de gênero, pois suscitaram, no caso específico destes homens que a dor reforça a possibilidade de não condizer mais com a idéia de homem construída que é a de invulnerabilidade.

Eu tenho medo de adoecer por não ter a liberdade da gente tá fazendo uma coisa ali, tá programando uma coisa ali, justamente pelo bem estar de quem está atrás de mim e se eu adoecer, ninguém vai me substituir, não é verdade? Porque dentro de casa eu sou deus para com eles, eu faço tudo, não só em benefício da minha família como de outras pessoas também. **(FABIANO)**

O medo está implicitamente presente em seus discursos, quando remetem à idéia de não querer saber se tem qualquer doença, de não querer sentir dor, de não querer passar por um tratamento. Este medo em alguns se traduz num movimento de busca de cuidados para continuar como o provedor, o cuidador da família que não padece de nenhum mal e envelhecer com saúde, como no relato abaixo:

Eu quero o meu bem estar. Se eu estou procurando meu bem estar é lógico que eu vou atender toda a minha família para o bem estar deles. Agora, se eu não procurar estar bem com a minha saúde, com a minha maneira de ser, como é que eu vou atender o resto da minha família? Ela vai pedir socorro pra mim e quando ela pede socorro pra mim, estou impossibilitado de responder positivo? [...] Então eu tenho que tá sadio pra receber o que eu tenho direito no final do mês e repassar aquela condição. Eu ajudo todos. **(FABIANO)**

Existem diversos trabalhos na área da psicologia que tratam das repercussões do adoecimento para a pessoa²¹ e revelam que estar doente ou ameaçado por uma doença acarreta na pessoa uma ameaça em seu futuro. O medo de ir ao médico significa o temor de descobrir algo e remete a idéia de que a descoberta de uma doença poderá afastar o indivíduo do convívio familiar, social, do seu trabalho, isolando-o de seu ambiente e o doente poderá ter a sensação de que tudo o que havia programado para o futuro não acontecerá mais, porque seu fim chegará. (ANGERAMI-CAMON, 2003, p.152).

À figura do médico é atribuída, portanto, a idéia de que este é o porta-voz de uma notícia desagradável que vai remeter o paciente a uma situação de desamparo. A doença como é vista como algo estranho que se insere no corpo do paciente e poderá no caso do câncer aniquilá-lo e remete também à ameaça de perda da capacidade funcional, laborativa, social, possibilitando a dependência do outro, deterioração física. Como demonstrou Gomes (2007) uma das barreiras dos homens em

²¹ Estes trabalhos não se configuraram como referência bibliográfica para esta pesquisa, mas são importantes ferramentas de estudo para o tema das significações da dor e doença para o paciente, utilizadas principalmente na área da psicologia hospitalar.

procurar serviços de saúde é o medo em descobrir algo, sentem-se ameaçados contra a integridade e a busca de cuidados ocorre quando a dor se torna insuportável. Este trabalho nos apresenta que os homens, quando sentem alguma coisa, procuram medidas de tratamento alternativas, como tomar medicação ou orientação de um farmacêutico, saídas rápidas que não os fazem esperar como nos consultórios médicos.

O medo poderá convergir para a busca de cuidados como ocorre em Joaquim e Fabiano, como também poderá remeter a um movimento de evitação. Uma passagem do depoimento de Flávio revela que a ida ao médico ocorre somente quando sente dor, demonstrou que este medo de ir ao médico pode estar relacionado a um movimento de evitação para não lidar com aquilo que causa dor e sofrimento, o não querer saber apresenta-se como não saber lidar com a situação e por conseguinte não pensar no problema que no caso dele tem uma dimensão que remete à angústia

Pesquisadora: Tens cuidado da saúde?

Flávio: Olha, não. Vou ser sincero, não tenho e tenho uma explicação pra isso. Eu só procuro quando eu tô com algum problema, só em caso de emergência, quando sinto alguma dor. Eu tenho pavor de médico. Vou te dizer porquê. Eu passei por uma situação muito difícil com a minha mãe. Ela em 95 descobriu que tava com câncer no rim, [...] foi difícil porque a gente acompanhou todo o drama e dificuldade vivida por ela. Eu é que ficava com ela no hospital, ia no médico, ia fazer exame, então eu acompanhei desde o início até o final da vida dela o sofrimento que ela passou desde quando ela descobriu e foi daqueles que ela descobriu já era tarde demais, tava muito avançado, então imagina. Então eu tenho pavor toda vez que tenho que ir em médico mesmo levando minhas filhas.[...] Aí que eu te digo isso me afasta de ir ao médico, sei que é tolice minha, sei que tenho que ir, mas tem essa história que me prejudicou e prejudica. Vou te ser sincero, a verdade é que eu não sei se eu agüentaria saber que, descobrir que eu tenho uma doença como essa, eu não tenho estrutura para agüentar comigo. Tenho medo de descobrir que tenho câncer.
(FLÁVIO)

Esse caso específico sinaliza um aspecto importante da história de vida de Flávio que remete a uma experiência dolorosa que tem influenciado o modo de se relacionar com o cuidado consigo que tem atuado como uma evitação de se confrontar com o que considera como problema: a ida ao médico e a realização de exames assume o caráter de detecção de um problema instalado, no caso, o medo de descobrir que tem uma doença como o câncer.

Esse mecanismo de defesa ocorre como uma forma de se defender do perigo ao equilíbrio emocional atual. A representação imaginária de uma doença possivelmente instalada e não confirmada em termos de concretude assume para ele um confronto entre aquilo que fantasia e que causa sofrimento e a realidade, o que volta e meia afirma estar assumindo uma posição sem lógica, classificando-a como “tolice”, mas que não consegue evitar, portanto, ele acaba por representar esta ida ao médico como algo negativo e ansiogênico.

b) A masculinidade em questão

Além do medo de ir ao médico, existem motivações ligadas às prescrições sociais e ao preconceito. Flávio assim como outros demonstraram isso. No caso dele existem fatores relacionados à sua experiência de vida e sofrimento pela perda da mãe, mas também refere que poderia obter mais informações sobre a doença, sobre o exame que talvez o faria cuidar de si, entretanto, o preconceito é algo que atrapalha. Como ele os demais participantes referem o preconceito interfere nesse cuidado.

O que mexe comigo é o resultado do exame, que resultado pode ser gerado e passa um filme na minha cabeça por ter sido difícil, medo de descobrir que tenho um câncer, mas sei que é tolice minha não fazer. O medo acaba influenciando. [...]mas é o medo, o preconceito. **(FLÁVIO)**

[...] a parte masculina é mais a desejar, é mais despreocupada porque na minha visão muitos acham que não precisam, só precisam quando tão caindo. **(MÁRCIO)**

Este movimento de não ir ao médico talvez seja uma defesa para não lidar com a fragilidade e vulnerabilidade as quais eles podem estar sujeitos, o que não ‘condiz’ com a idéia de ser homem, mas sim está mais associado às mulheres que são vistas como mais sensíveis a idéia de cuidado.

O processo de formação dos homens também influencia na vivência do cuidado com a saúde. Cada cultura tem definições e representações para homem e para mulher e porque não dizer que também de modelos de enfrentamento e resolução de problemas como marcas da identidade masculina ou feminina.

Esta representação reforça estudos que apontam as diferenças entre os gêneros no que se refere a idéia que se tem de saúde. Gomes (2003) ratifica que na socialização das mulheres, desde muito cedo são ensinadas a consolidarem os papéis de serem responsáveis, cuidadoras e zelosas. Observei que isso está presente nos discursos dos entrevistados, sendo ainda reforçado pelas campanhas e mídia que têm como foco de sua divulgação a prevenção da saúde de mulheres e crianças e o movimento de mudança, tendo como foco os homens, tem tido pouca expressividade.

[...]quando eu sinto alguma coisa eu procuro o médico, mas enquanto não tiver sentido nada, eu não vou [...]. Eu acho que quase todos os homens são assim. A mulher não. A mulher quando sente alguma coisa, ela procura logo um médico e tem outras também que não. Nós é que, sente alguma coisa e não vai logo assim. **(JOAQUIM)**

As pessoas têm que ser perseverante porque eles vão enfrentar uma barreira muito grande, principalmente quando é homem porque a mulher se cuida mais e o homem não. **(JORGE)**

A mídia tem dado muito ênfase à mulher, o homem em si, ah, não tenho problema. Nunca vi ninguém com 30 anos com rubéola, não mostram cartazes. É bem simples, o homem já tem toda informação que as campanhas são pras mulheres e crianças e poucos são atendidos em

função disso. Não é por tempo. É mais em função de não haver informação mais incisiva porque hoje as campanhas são direcionadas mais às mulheres e crianças e pro homem é muito simples. (MÁRCIO)

Cada vez mais, estudiosos têm observado que as questões relacionados ao gênero tem ligação com o processo de adoecer e a mortalidade masculina. Braz (2005) afirma que alguns dados têm mostrado que as mulheres procuram mais consultas médicas, declaram mais suas doenças, tomam mais medicamentos e se submetem mais a exames que os homens, além da mortalidade ser maior entre eles. E um dos fatores que se tem observado diz respeito ao projeto sustentado pelos homens que é o modelo hegemônico.

Estes aspectos trazem à tona que certos preceitos normativos do que pertence e do que não pertence a identidade homem e mulher estão prescritas pelo social. Considerando o referencial teórico principal adotado neste trabalho que diz respeito a estas representações imaginárias, Castoriadis (2000 [1982]) refere que cada sociedade cria significados sociais de gênero e a condição biológica é apenas suporte e não um fim último que determina a condição de ser homem e ser mulher e pertencem diferentemente em diferentes sociedades e no caso do cuidar de si não poderia ser diferente.

A identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através da atribuição de distintos papéis que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo. A sociedade delimita os campos em que pode operar a mulher da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem. (SAFFIOTI, 2004, p. 8)

Os resultados obtidos neste grupo indicaram concordância com pesquisas nacionais que envolviam a relação homem e saúde como os de Gomes (2006a; 2007) e Nascimento (2005). Estes trabalhos concluíram que os hábitos de prevenção estão mais associados às mulheres do que a homens, e as idéias que envolvem o imaginário social masculino estão ligadas aos diferentes papéis de gênero, entendendo que ser cuidadoso com a saúde é próprio do âmbito feminino e a idéia de virilidade e força estariam em desacordo com a ausência de procura de médico ou de se cuidar porque isso poderia significar uma possível demonstração de fraqueza.

“Os comportamentos coletivamente sancionados como masculinos são aqueles que, de um modo ou de outro, reafirmam a importância de ser homem, o que, em grande medida, está relacionado à afirmação da sua superioridade sobre os demais. Superioridade que, eventualmente, pode estar em contradição com a idéia de prevenção de doenças, se esta significar um reconhecimento da fragilidade do corpo diante de algum agravo”. (ARILHA et al, 2001, p. 134)

Em nossa cultura o homem assume uma posição permeada de estereótipos como sendo aquele que é forte, independente, firme, autoritário, líder, guerreiro, provedor, enfim o sexo forte. Os depoimentos que obtive expõem as representações que constituem o pano de fundo em que está imersa a maioria dos homens como por exemplo, as exigências em lutar para vencer os limites pessoais diante dos dilemas que enfrentam, os vínculos muitas vezes ambíguos, as cobranças sociais para que sejam firmes e fortes.

Contudo, muitos homens não sentem que cumprem este papel estereotipado e creio que existam aqueles que tem se mostrado sensíveis às suas reais necessidades humanas. Há resistências a tais transformações, sem dúvida, pois o modelo hegemônico é ainda fortemente instalado na subjetividade, o que segundo Boris (2006) cria um *apartheid* de gênero, separando homens e mulheres.

No caso do machismo, hoje em dia se vê que você vai em certos locais, interior você vê aquela hierarquia, o pai manda, a mãe é o segundo e não muda. Então eu acho que devia ser assim, pai e mãe tem que ser visto na mesma linha, que hoje em dia você vê que a mãe e o pai, eles trabalham pra sustentar a família, não é só o pai [...]. é difícil você chegar num lugar e a mãe mandar, são poucos os lugares, sempre se você for ver, o marido manda. Eu não lembro de ver, eu pelo menos não me lembro de ver uma casa em que a mulher mande ou que pelo menos esteja no mesmo nível. Eu pelo menos tento, é lógico que tem que existir uma liderança, não vou dizer que não tem que existir, mas tem que ter uma liderança que você pode fazer com que a pessoa que esteja do teu lado participe, dando tarefas pra pessoa porque você vai conseguir assim satisfazer a todos. **(MARCELO)**

Pra mim o que seria homem é você conservar como tem sido até hoje: é nascer, crescer, construir a sua família com aquele grau másculo, né? De que não é também pra sobressair sobre a família, é querer mandar mais do que a família só porque é masculino, não. Sempre tem que tá em acordo, em sintonia com a esposa que é pra poder conservar as coisas tudo dentro do lar. [...] masculino e machista é a mesma coisa, é equiparado, um com o outro porque eu acho que não faz diferença uma coisa da outra. **(JOAQUIM)**

[...] eu sou preparado pra qualquer tipo de situação, tanto prova que na minha cirurgia agora, no CTI, no outro dia da cirurgia, duas enfermeiras cuidando de mim, eu com aparelho aqui, no nariz e uma sonda na uretra, completamente...só com aquele camisão e ela perguntou assim, aquela que dá banho, 'não fique com vergonha', virava prum lado, virava pro outro, pasava talco. Aí tô falando sou preparado pra qualquer situação na vida, não fico com vergonha não, pode fazer à vontade, porque na minha, eu quero meu bem, foi o que eu falei pra elas. Aí uma falou pra outra, o senhor é mesmo forte, eu disse: sou, sempre fui. **(FABIANO)**

Acrescento que estas idéias estão marcadamente presentes nos discursos dos entrevistados, porém, estes admitem que a visão determinista do homem atual não é mais a mesma e vem se modificando, pois a mentalidade do homem atual tem passado por transformações, mas ainda assim acreditam que apesar disso estes estereótipos ainda são presentes. Nos discursos dos entrevistados observou-se que esta condição de ser homem também influencia a relação estabelecida com a saúde.

Podemos perceber que estes homens buscam construir um novo modelo de masculinidade, ao se considerarem mais flexíveis, pois ajudam nos afazeres domésticos e no cuidado com as crianças e demonstram participação nisso e interesse. A flexibilização nas atitudes masculinas tem ocorrido, em virtude de todo o processo de mudanças socioestruturais e dos mais diversos movimentos, contudo atinge de forma diversa, pois esse lugar ainda funciona como orientação da identidade masculina, o que faz com que os homens reproduzam o modelo hegemônico.

Uma característica marcante para eles do que identifica o homem é a heterossexualidade e a definição do gênero é implicada por esse atributo. Por mais que considerem que haja outros atributos esperados do que seja um homem, tais como, responsabilidade, honra, liderança familiar, o que definirá o que é um homem é a sua identidade, orientação sexual e seu modo de relacionamento afetivo.

Ser homem é primeiramente ter que manter relações sexuais heterossexuais, primeiro de tudo, que caracteriza um homem, depois é aquele que assume seus atos, sejam certos ou errados, mas tem que assumir seus atos, é ter responsabilidade, é ser provedor [...] Se bem que a gente vê que tem muito gay aí que tem postura de homem mesmo, é muito mais homem do que outros e quando é pra assumir responsabilidade é muito homem. **(FLÁVIO)**

Em nossa sociedade como em outras predomina a idéia de que um homem de verdade prefere uma mulher, como se possuir uma mulher cumprisse o seu papel esperado e o fato de não ser homossexual é o bastante para que garanta a masculinidade. Além disso outros traços considerados tipicamente masculinos e femininos acabam sendo naturalizados, por mais que haja essa flexibilização, quem ainda é predominante responsável pelo espaço doméstico, pela socialização dos filhos, pela manutenção da ordem na casa e o trabalho extra lar configura em sua maioria a qualidade de “ajuda” e com salário inferior, ainda que desempenhe as mesmas funções.

Então, o machismo tá ligado a essa cultura, aos teus pais que passaram, que passaram pros teus amigos da mesma idade sabe? [...] Então, eu acho que essa questão do machismo tá ligada, é cultural sabe? Eu penso que é cultural, é a maneira que você, os nossos avós criaram os nossos pais e os nossos pais, as nossas, eu te digo mais até, as nossas mães, porque as mulheres antes, se bem que a minha mãe foi muito aberta nesse sentido. Olha, nunca, não bate numa mulher. [...] Então, a nossa geração, essa geração que agora tá com 40, que tá passando por isso. Pôrra não, liberdade demais e existia a questão cultural, quer dizer, nós fomos na verdade uma época de transição, tá, que tava preso e ser solto de liberdade, de fazer as coisas[...] quer dizer, nós vimos a época em que a mulher se veste até aqui (referindo-se da cabeça aos pés) e vimos a época da liberdade. Então, a nossa, culturalmente nós somos ligados ao machismo, a uma coisa que o homem, o cara é o dominador e tudo mais. Pegamos também a época da liberdade, que pode fazer tudo, homem com homem, mulher com mulher, como canta Tim Maia. Isso aí rolou diferente na cabeça do homem, do homem que tem que fazer, que tem que se adaptar à camisinha, que tem que fazer o exame de próstata, então é muito complicado. A cabeça desse homem, eu to falando por mim e pelos amigos que conversam comigo. A cabeça deles de homem hoje de 40, 45, ela é muito complexa, muito complicada, porque ela não pegou na verdade uma

época só, tá me entendendo? Isso é interessante, ela não pegou numa época só. Ela pegou um divisor de águas. (RAUL)

As representações sobre a masculinidade impõem aos homens uma série de atributos de valores tradicionais, por mais que haja paulatinamente a busca de um equilíbrio entre os gêneros no que se refere às diferenças de poder social entre homens e mulheres. Estes entrevistados ao mesmo tempo em que referem que a cultura do machismo ainda permanece, se mostram muitas vezes fora deste contexto naturalizado, não correspondendo totalmente a estes papéis sociais a eles atribuídos por conta dessa expectativa social, já que se veem em um processo de mudança e não mais como o modelo de pais ou avós ou outros antepassados.

As entrevistas demonstram ainda que estes participantes também definem o homem em decorrência de aspectos correspondentes ao papel de provedor, líder, a fortaleza, heterossexual, foram pontuados como fundamentais para o reconhecimento da identidade masculina dos mesmos.

Apesar de considerarem que a idéia de homem machista vem se transformando, os discursos ainda trazem conteúdos que revelam a existência de prescrições para os gêneros presentes na sociedade e compreendem representações nas quais permanecem o exercício de certas atividades e comportamentos considerados socialmente masculinos.

A maior parte das sociedades ainda identifica a masculinidade à heterossexualidade na medida em que o gênero acaba sendo definido pelo comportamento sexual. A masculinidade heterossexual comporta aspectos positivos como estatus, sucesso, a independência, mas isso tem um preço em ter que corresponder às expectativas sociais. Quanto aos homossexuais, estes não seriam considerados homens de fato e a maioria dos homens ainda manifesta rejeição a atitudes que possam revelar quaisquer nuances que associem ao homossexual. (MACIEL JÚNIOR, 2006)

Retomando a citação de Castoriadis sobre a importância de se considerar a questão deste lugar que o homem assume, tal como vivenciado no ocidente, constitui-se em valores socialmente construídos e afirma:

A partir da perspectiva da criação imaginária da sociedade, considera-se, portanto, que ser homem e ser mulher são modos de ser construídos ao longo da socialização da psiquê através da qual são impostas todas as atitudes, posturas, gestos, práticas, comportamentos, habilidades codificáveis [...] graças a isso, os indivíduos sociais são feitos enquanto valendo para tal papel, função, lugar social. (CASTORIADIS, 1982, p. 302)

No caso da masculinidade da sociedade brasileira, Theije (2002) refere que as idéias culturais dominantes são sistematizadas com o conceito de masculinidade hegemônica. As representações de ser homem possibilitam afirmar que para estes entrevistados existe uma condição demarcada pelo exercício da sexualidade heterossexual, posição de mando e liderança, de provedor,

do forte, mas que permitem considerar a possibilidade da mulher ter participação nesta liderança, não, exercer a mesma. Esses novos modelos buscam o resgate de uma masculinidade mais flexível ao se considerarem diametralmente opostos aos estereótipos masculinos tradicionais.

Em relação a isto Saffioti (2004) refere que ainda é marcado o espaço doméstico dado à mulher e estas representações são formas de apropriação imaginária das significações sociais de gênero que conferem a mulheres atributos domésticos e os homens têm o atributo da liderança familiar.

Mas ser macho não significa somente ter êxito econômico. Ao macho estão sempre associados valores tais como força, razão, coragem. Logo, os raquíticos, os afetivos, os tímidos são rotulados impositivamente a se comportarem de forma contrária às suas inclinações. São, pois obrigados a castrarem certas qualidades por serem estas consideradas femininas, por conseguinte, negativas para um homem. Para não correr o risco de não encarnar adequadamente o papel do macho o homem deve inibir sua sensibilidade. (SAFFIOTI, 2004, p. 25)

Nesta questão Saffioti (2004) refere que o machismo ainda é uma ideologia dominante, e acrescenta que como o homem é considerado e se considera o provedor das necessidades da família, ainda que sua mulher trabalhe remuneradamente, cabe ao homem a sua função de chefe, logo o único provedor das necessidades financeiras, se não o único mas o principal, pois não lhe é permitido fracassar. Exemplo disso estão implícitos a seguir:

O machismo. Sabe que hoje quando a gente tá numa rodada da bola, o homem vai tomar a sua cerveja, vai fazer efeito nele e todo mundo fala que o homem quando fica porre ele fica bom de porrada, ele fica rico, garanhão, ele nunca conta derrota, só a vitória, então ele é o melhor de todos, então a gente sabe que esse machismo é daquele pegador, é o cara. [...] É difícil mudar essa questão do machismo. É difícil, é difícil. quando você por exemplo, no período eleitoral não podia votar, era o coronelismo que imperava. Eu acredito que o machismo vai acabar. **(DIMAS)**

O homem é lobo dele mesmo. Olha, no mundo tudo se resume a uma só palavra: soberania. Eu acho que o homem se sente soberano sobre a existência do outro. Acontece se sempre vai acontecer e isso tem que acabar. Tá presente toda hora. Dentro e fora de casa ele sempre vai ser soberano sobre a mulher, mas isso não deveria existir porque a mulher faz parte do homem, ela não pode ficar submissa ao homem nunca. **(RONALDO)**

Como já foi dito anteriormente e baseado nas representações sobre o que caracteriza ser homem, observamos que elas estão marcadas por idéias que dizem respeito ao mesmo ser forte, o soberano, a autoridade familiar. Ao falarem sobre o machismo os entrevistados revelam que a identidade masculina é concebida a partir de um lugar social através das peculiaridades históricas e que ainda vigora um modelo patriarcal das relações, mesmo que considerem haver paulatinamente uma mudança do homem atual, que está passando por transformações que possibilitarão uma possível mudança de atitudes. Consideram, portanto, que estas representações ainda mantém suas

prescrições normativas de que o homem é o forte e que pode aguentar uma doença ou mesmo um exame invasivo.

Estas considerações levam à reflexão de que as representações de ser homem e o cuidado com a saúde foram delineados, segundo os mesmos, através das regras sociais, bem como, repassadas através do discurso familiar e a constituição subjetiva de cada um. As significações sociais de gênero masculino referem que ao papel do homem foram fortemente implicados valores patriarcais e transmitidos no processo de socialização deles.

Fica sempre sob minha responsabilidade[...] Sou eu, meu irmão mais velho, minha irmã e meu irmão mais novo. Mas eu sempre assumo a responsabilidade, eu sempre penso mais nos outros do que em mim. Eu gosto de fazer tudo pelos outros, então, ficou e fica sempre sob minha responsabilidade como se eu agüentasse o tranco. Aí que eu te digo, isso me afasta de ir ao médico. **(FLÁVIO)**

O machismo, os homens ele é o ser que não se preocupa, a saúde dele é de ferro, se ele não sente nenhuma dor, por que tem que procurar médico né? Essa mudança, esse machismo tem que ser modificado. **(MÁRCIO)**

Eu te falo que isso é uma questão histórica. Da nossa formação. Eu acho que a tendência é isso ser superado porque pelo que eu tô vendo na sociedade houve um avanço muito grande e nós mesmos estamos criando nossos filhos com outra mentalidade. Hoje eu converso com meu filho que tem que ser homem, que se tiver que fazer vai fazer. **(EDIVALDO)**

Por conseguinte, a identidade masculina baseada em preceitos como força, poder, virilidade pode entrar em conflito com a idéia que se tem do doente, da doença, da dor, o que pode ser um motivo que dificulta aos homens buscar envolver-se em ações preventivas, pois infere-se que significados de fragilidade do corpo, dependência, insegurança, são incompatíveis com a imagem do homem forte. De acordo com isto, utilizo um parágrafo de Arilha et al (2001) que diz:

Os comportamentos coletivamente sancionados como masculinos são àqueles que, de um modo ou de outro, reafirmam a importância de ser homem, o que, em grande medida, está relacionado à afirmação de sua superioridade que, eventualmente, pode estar em contradição com a idéia de prevenção de doenças, se esta significar um reconhecimento da fragilidade do corpo diante de um agravo. (ARILHA, 2001, p. 134)

A consciência da importância de se prevenir de uma doença como o câncer de próstata, além das experiências negativas vivenciadas em relação à saúde de si ou de pessoas próximas ou mesmo a preocupação com a família e a velhice apresentaram-se como importantes motivos para desencadear mudança de pensamento em relação a busca de cuidados, como nos exemplos abaixo:

(...) a minha mente tá mudando, mas quando eu era jovem, a minha mente era essa, eu vou em médico, médico vai arranjar doença pra mim, eu vou lá só pra quê? Só pra arranjar doença, não tô sentindo nada. [...] Depois que eu me casei, aí eu procurei mais acompanhar, procurar ver o problema de saúde. [...] a minha própria esposa, ela sempre ia porque ela

sempre teve problema de saúde, então ela procurava o médico e eu acompanhava. [...] Ah, quando eu era mais novo eu era robusto, eu era jogador de futebol, tinha a saúde perfeita, quer dizer, o médico que era do clube é que fazia os exames rotineiros e rápido né? Não é aquele exame que você passa uns 3, 4 dias fazendo, leva, volta, não, é aquele exame rápido. Enquanto a gente tinha saúde, era forte e robusto não era preciso. **(JOAQUIM)**

Pesquisadora: O que fez o senhor se preocupar com 50 anos?

Fabiano: Por causa que eu soube de pessoas conhecidas, homens que não se cuidaram, e se cuidaram muito tarde. Quando foram correr para o médico a parte de cura não tinha mais jeito. Pessoas, amigos de fora, alguns faleceram de câncer de próstata porque não deram continuidade, nem deram atenção que havia a necessidade de fazer.

Entrevistadora: Só veio se preocupar quando pessoas próximas começaram a falecer...

Fabiano: Exatamente. Isso me preocupou bastante. Aí eu alertei, aí eu alertei né?

Entrevistadora: Ficou com medo?

Fabiano: Olha, até isso a gente não precisa... se eu disser que eu não fiquei eu vou mentir, eu fiquei porque eu pensava que quando o médico ficou sentado do meu lado, ele abriu o exame e explicou o desenho lá de dentro e disse 'isso aqui é um tumor maligno que tá dentro de você, se não cuidar vai piorar a situação, contraído através disso, disso, disso. A minha filha entrou em choque, eu também fiquei preocupado, mas não demonstrei justamente, porque eu sou forte e preparado pra qualquer coisa, como eu já falei anteriormente.

Olhar para a saúde significa admitir que o corpo não é perfeito e para mudar esta atitude precisa ressignificar sua suposta onipotência, o que acontece depois de uma situação limite quando ele adocece ou perde um amigo e se vê obrigado a aceitar sua mortalidade. Exemplo disso foi o que Raul declarou:

Eu acho sinceramente que, quer ver o homem que eu se fosse do governo eu ia trabalhar algumas coisas assim, eu ia trabalhar com tratamento de choque sabe? Tem que ser tratamento de choque. Tipo assim: se tu não cuidar da próstata, tu vai ficar brocha, sabe? Se tem uma coisa que homem tem medo, todos em geral é ficar brocha, é brochar tá? Se o governo cobrasse o exame colocando que tem uma possibilidade da próstata ficar mais seca, mana tu vai colocar uma fila de homem no posto de saúde pra fazer o exame da próstata. mana tem que ser um tratamento de choque. Tô te dizendo, tem que ser um tratamento de choque porque por causa dessa questão cultural e do preconceito tem que tratar com choque sabe? Não dá pra ser. Olha, mostrando mesmo campanha mesmo mais eficaz. É o único tratamento que eu vejo. **(RAUL)**

Cada sujeito atribui um ou vários significados peculiares às informações recebidas e experiências. Nos casos acima foi através de vivenciar uma doença ou acompanhar pessoas próximas que os remeteram a representar o câncer de próstata como um mal real e algo que pudesse atingi-los ou a possibilidade de uma ameaça em sua sexualidade.

Porém essa compatibilidade entre ter a informação sobre prevenção e o comportamento não se apresenta como uma característica uniforme neste grupo, um exemplo disso que ficou mais explícito diz respeito ao pânico apresentado por Flávio de considerar a possibilidade de ida ao médico associado a descoberta de uma doença já imaginada como presente no seu corpo que é o câncer. Como se pôde observar, ele admite haver em seu modo de agir aspectos que fogem à razão.

Para ele, ter uma doença grave acaba tendo um efeito inverso ao desejado, que faz com que ele não busque se cuidar.

Pensa-se que não proteger-se, não buscar cuidados, mesmo tendo condições de fazê-lo é concebido como contrário à lógica do cuidado e desejo pela vida. Através da imposição de regras justificadas cientificamente poderia suscitar práticas de intervenção profilática e preventiva visando a condição do comportamento. Contudo, Castoriadis nos fundamenta a pensar que os atos dos indivíduos aparentemente louco, paradoxais e contraditórios deve ser considerado através de uma outra perspectiva: a da indeterminação. (BARRETO, 1997, P. 85)

No universo pesquisado a busca da prevenção não está restrita apenas ao âmbito da informação e obtenção de panfletos de orientação. Como qualquer signo, de acordo com Castoriadis (2000 [1982]) ele pode adquirir um ou vários significados, na medida em que diferentes valores sejam atribuídos nos mais variados momentos históricos. Daí que as representações referentes ao cuidado consigo adquiriu diversas conotações: para uns uma forma de buscar cuidar de si e viver mais e para outros, a maioria uma forma de afastá-los da procura médica por medo da descoberta de doença, o que revela esse caráter indeterminado, não consciente que tenha relação com o real sancionado.

Portanto, as contradições observadas refletem o modo imaginário de ser, cuja a existência das representações remetem à compreensão de que a lógica das significações não seguem o mesmo caminho da ciência objetiva e racional. Na seção seguinte, procurar-se-á demonstrar o que se captou do universo pesquisado quanto às representações associadas ao exame especificamente.

c) O tabu do machismo

Os entrevistados atribuem a estas visões tabus provenientes das idéias que preconizam o ser homem. Segundo Badinter (1993), os meninos passam através do processo de socialização sobre o que se espera dele como representante do sexo masculino, geralmente é apresentado a significados culturais vinculados a constituições estereotipadas. Existem inúmeros fatores que contribuem para que ocorram variações no plano individual, mas alguns pontos desse processo que são comuns, mesmo em culturas bem distintas. É o que eles atribuem como sendo o tabu, ou seja, estas marcas que se fazem presentes na constituição dos mesmos.

Pesquisadora: O que tu chamas de tabu?

Dimas: O machismo né, o machismo. Sabe que hoje quando a gente tá numa rodada da bola. O homem vai tomar sua cerveja, vai fazer efeito nele, e todo mundo fala que o homem quando fica porre ele fica bom de porrada, ele fica rico, ganhão, ele nunca conta a derrota, só a vitória, então ele é o melhor de todos, então a gente sabe que esse machismo é daquele pegador, é o cara, é aquele que se diz a cabeça da casa e a mulher diz tudo bem,

mas eu sou o pescoço porque sem o pescoço a cabeça só vai se o pescoço anda. Então, esse machismo passa “quê, o médico meter o dedo em mim, tu é doido, quê isso!”.

Ronaldo: O que eu penso?

Pesquisadora: Sim.

Ronaldo: Ah! Sobre o exame, ah, ele não vai tirar a minha virgindade que eu sei (risos).

Pesquisadora: E homem tem a virgindade?

Ronaldo: Tem (risos) e como tem (risos). A virgindade do homem é o machismo. Com certeza. A virgindade tá na cabeça, é no machismo. É mana. O machismo. Não é a falta de conhecimento de que o médico tem que meter o dedo, é o machismo que não deixa. É praticamente a personalidade dele de ser homem (risos) que não vai deixar o médico meter o dedo, fazer isso. Mas acontece que quando chegar a hora do pega pra capar ele vai ter que ceder. É isso (risos). É verdade. Agora tem uns, não. Pra ti vê como é que é (risos) até gostam, éh (risos).

Pesquisadora: Há pessoas para o senhor que se fizerem irão gostar?

Ronaldo: Eu acredito que vai (risos). Porque tem tanta história dessas de que o cabra gostou (risos). Pessoalmente não conheço. Mas isso é verdade.

É tão forte essa questão da sexualidade e da preservação da mesma que remete muito ao que Flávio exemplificou que no fundo o que caracteriza no fim o homem é ter que provar o caráter heterossexual. A maioria dos entrevistados referiu que um problema relacionado a isso é que o exame em função do caráter machista remete à vergonha, à humilhação de se sentir violado e acima de tudo da idéia de ter sua honra, moral em dúvida no meio social.

Segundo Boris (2006), o sistema patriarcal foi instaurado pelos e para os homens, ‘naturalizando’ a dominação masculina sobre as mulheres e o controle hegemônico sobre a sociedade. É neste sentido que as relações sociais de gênero são também relações de poder, pois a diferenciação de papéis sociais que tem se mostrado onipresente ao longo da história e nas diversas culturas e sociedades.

Perda do poder, a vergonha, a humilhação, perda da virgindade, perda da moral, perda da identidade sexual heterossexual, remetem a perda de uma suposta posição e são algumas das representações aliadas ao exame visto como ameaçadores.

Masculinidade atrapalha, atrapalha. Não só em relação, por exemplo, ao câncer de próstata, mas o urologista em si.[...] Esta procura é muito humilhante, muito humilhante, tá entendendo? Tudo que envolve o sexo. A sexualidade, ela é atrapalha um pouco, não a sexualidade, o desejo em si, mas o sexo em si.[...] o homem sente vergonha, principalmente vergonha, sente vergonha de tirar a roupa diante do. Isso é um grande problema. É mais fácil o homem enfrentar o padre do que um médico urologista, justamente, como posso dizer, a mesma temática, éh, se for, éh, falar de sua individualidade, pro padre é mais fácil do que urologista. Eu não tô falando por mim. Tô falando mais global, mas eu vejo assim. É mais fácil procurar às vezes sanar certas coisas do que procurar um médico. [...]É muito mais fácil se expor a um padre do que um médico porque eu acredito que seja por se sentir mais confortáveis com um padre que não vai julgar. E tem outra coisa também, com padre parece que você não vai trazer nada de lá, provas. O médico vai passar uma receita, vai passar um monte de exames, então vai se expor mais, há um perigo maior, penso dessa forma. Com o padre morre lá. **(JORGE)**

Fazer o exame remete à exposição e como o médico é um estranho não há possibilidade de se expor a uma situação vista como íntima. Semelhante ao discurso de Jorge, outros entrevistados também expressaram que para submeter a um exame tão íntimo e tão carregado de tabus a figura do médico não fica associada a figura de um profissional, mas sim a de um outro homem que irá tocá-lo.

5.4. AS REPRESENTAÇÕES IMAGINÁRIAS DO EXAME DO TOQUE RETAL

Para as discussões anteriores sobre a questão dos motivos pelos quais os homens atribuem como fatores que interferem ou impulsionam o homem a cuidar da saúde e por conseguinte em relação ao câncer de próstata, foi necessário compreender o contexto social e intersubjetivo que constituem as significações sociais que configuram a relação do homem com a saúde e por conseguinte as representações atribuídas ao exame do toque.

Um olhar panorâmico sobre os discursos permite observar que existem reações variadas frente a este tema, mas também apresentam representações que se expressam comuns. Observei que as representações do toque retal não estão desconectadas de um contexto econômico, informativo como também das representações sociais da masculinidade e história pessoal que eles vivem ou viveram no que se refere à saúde.

Embora as representações apresentem-se múltiplas, distintas, elas mantêm eixos em comum e recorrentes em torno dos quais se constelam os sentimentos vinculados pertencente ao social, compartilhados e que no processo de socialização destes homens foram instituídas e se mostram como uma unidade da instituição masculina, unidade e coesão interna dentro da complexidade de significações que orientam a vida.

Esta complexidade de significações é recorrente em torno do tema da masculinidade e também sobre a sexualidade e que atuam como facilitadores a exposição de um risco apesar de estarem informados dos procedimentos necessários à prevenção.

Segundo Castoriadis (2002 [1987]), as significações imaginárias sociais são criadas pela instituição de uma determinada sociedade e só existem porque são instituídas e compartilhadas por um coletivo impessoal e anônimo, sendo, portanto, discursos que configuram o modo de ser das pessoas introjetados através da socialização da psiquê nos diversos contextos sócio-históricos.

Estas representações em relação ao exame são sociais porque “há nelas apropriação do que foi incorporado na historicidade destes sujeitos individuais, à medida em que são elaborações imaginárias nas quais os conteúdos sociais são transformados de inúmeras maneiras e devolvidos através do que chamamos de posicionamento subjetivo” (BRASIL, Roberta, 2007,p.26).

a) “Um toque na sexualidade masculina”

Os entrevistados demonstraram que o exame do toque assume diversas conotações para além de um exame físico que tem o objetivo de diagnosticar precocemente o câncer de próstata. O exame para estes homens é significado como algo que toca na sexualidade, na qual provoca insegurança, pois se sentem ameaçados, amedrontados da possibilidade de que os outros os vejam como pouco masculinos.

Embora não seja explicitamente declarado por todos eles, contudo todos afirmam que estas idéias estão presentes nos homens, e o medo da humilhação, de perder o *rank* competitivo que se estabelece entre eles são sentimentos que podem reforçar as definições do que ele entende, significa em ser homem (MEDRADO, 2001). Uma idéia que se mostrou presente e maciça entre eles é a de que o homem terá sua moral afetada pelo toque, pois o mesmo se vê violado numa parte considerada íntima demais.

(...) pelo conhecimento que a gente tem, a gente é, eu tenho o 2º grau, mas também eu tenho o conhecimento de estudos, eu lia muito, então eu acho que isso aí, tem homens que se acha rebaixado por causa disso. (...)Tem colegas meus no trabalho que quando a gente fala, quando conversa sobre isso, eles, dão logo o estalo neles, porque eu não vou fazer, porque o cara não vai fazer isso comigo, porque não sei o quê. Eu digo: olha rapaz, se tu não fizer o problema vai ser teu, se aparecer a doença o problema é teu, é tu que vai. E eu, eu não tenho restrição nenhuma disso, não caiu a minha moral nem pra cima nem pra baixo, continuei o mesmo Joaquim de sempre. (JOAQUIM)

O homem ele ‘pôxa eu tô com uma situação não normal de saúde, a próstata tá apresentando alguma alteração’ e ele com vergonha de ir no médico, deixa progredir, é coisa que não pode acontecer, ele tem que ir imediatamente no médico pra regressão do problema que talvez seja a vergonha que impossibilita, não, não é impossibilita que deixa ele a não ir, talvez com vergonha, com receio talvez do médico passar o toque uma coisa, e ele não quer se assujeitar a isso.(...) Tem muitos amigos aí que já me disseram que se for pra ir num urologista ‘pra fazer esse exame eu não vou’, ele não vai deixar médico nenhum fazer isso nele, o toque retal, retal, que entra pelo reto, eles acham que fazendo esse exame tira a honra do homem, pelo amor de Deus! Isso aí é uma pura ignorância, foi o que eu falei ainda agora, não existe isso! Só na mente de quem não tá preparado. Eu nunca pensei dessa forma. (FABIANO)

Pesquisadora: O que o homem pensa que vai acontecer se fizer o toque?

Jorge: Olha, acho que mais as brincadeiras das outras pessoas se souberem, mas acho que não, o problema é mais social. Acho que a sociedade é, dá margem. Influencia mais do que você mesmo. Ah, não vou fazer porque se souberem vão dizer que eu sou viado, que eu sou isso, que eu sou aquilo, besteira, uma besteira. Ah, eu conheço várias pessoas que fizeram que, mas há brincadeira.

Contudo, as falas remetem existir uma moral, uma personalidade máscula que pode ser ameaçada. Explicitando essas visões, podemos pensar que os homens talvez se sintam ameaçados em sua integridade física e mais do que isso, sente que sua própria identidade pode estar ameaçada.

Os homens desta pesquisa expressaram que estão influenciados por padrões socialmente construídos e sancionados tais como: a referência constante a um padrão sexual masculino, heterossexual, a manutenção do 'grau másculo', o desejo de corresponder às expectativas sociais de ser o provedor, o líder da família, negação do homossexual. Portanto, podemos afirmar que os padrões masculinos encontram-se arraigados na construção e manutenção da identidade masculina e isso produz reflexo no campo da saúde, revelando dificuldades principalmente no que se refere às ações preventivas. O exame do toque mexe com o imaginário masculino no que diz respeito aquilo considerado como a marca da identidade masculina que é a orientação sexual.

É assim, é porque ah um outro homem veio, com a licença da palavra, é, tocou na bunda do outro, fez isso, fez aquilo, aí o cara acha que ele, caiu de personalidade, né e eu acho que eu acredito que não, que a minha personalidade continua a mesma, o meu grau masculino continua o mesmo, não tive nada anormal. [...]Eu acho que isso pra mim não. [...] Acham que a moral do homem vai cair por causa disso.

Pesquisadora: Cair significa que vai se tornar homossexual?

Joaquim: Isso. Não, não é tanto assim. É porque o outro, há porque o outro, o médico meteu o dedo na tua bunda. Isso aí já, os caras eles xingam dessa maneira né, já xingam dessa maneira abertamente.

Pesquisadora: O que seria diminuir a masculinidade?

Flávio: (silêncio). A questão é deixar de ser hétero para ser homo ou bissexual. O homem só olha pro outro lado, pro lado sexual. O homem não olha para o caráter, para a responsabilidade. Tem homossexuais que têm caráter, são íntegros, boas pessoas como eu conheço. Mas o que caracteriza ser homem mesmo ainda é a questão sexual. A maioria dos homens não sabem como é o exame, quanto tempo dura. A maioria pensa que vai ficar de quatro, que vai demorar.

Pesquisadora: A preocupação é ficar numa posição de mulher?

Flávio: É isso. De ficar como uma mulher, então a gente não sabe quanto tempo dura o exame, como é a posição e a gente imagina que seja...

Pesquisadora: Como um ato sexual?

Flávio: (risos). É isso mesmo. Então para diminuir o preconceito a gente tem que saber como é tem que ter informação para diminuir o preconceito, porque a gente fica imaginando que vão ficar de quatro, que demora e isso acaba influenciando.

Pesquisadora: Então pelo que o senhor falou retomando essa questão do medo do toque é um medo de se tornar homossexual?

Fabiano: bom, não vamos chegar a esse ponto, mas vamos chegar bem perto. Ele pode dizer assim 'pôxa, o médico introduziu o maior dedo dele no meu ânus, aí ele diz assim, será que eu vou ser gay, será que eu', fica com medo, com receio. Agora quem fica com receio? Aquele cara que é voltado pro lado machista, que ele é homão pro resto da vida.

A ameaça à honra masculina está ligada à ameaça de ter um desejo homossexual. Já foi mencionado anteriormente que a identificação do homem está relacionada à função sexual, especificamente a heterossexual, o que significa dizer que para eles ser homem significa não ser

feminino, não ser dócil, dependente ou submisso, o que equivale a não ser homossexual e a masculinidade é definida enquanto evitar algo.

Não é exagero afirmar que há entre eles um temor em manifestar um lado que considerem como anormal ou que seja um prejuízo da identidade de homem. É interessante notar que estas representações convergem para o ponto de que existem fantasias não somente sobre o exame em si, mas o momento da realização do mesmo, principalmente quanto a figura do médico na qual é representado não como um profissional de saúde que está lá para uma investigação, mas como um homem que tocará uma parte íntima.

Pesquisadora: O homem tem medo de ir ao médico. Por quê?

Flávio: Nesse caso é o medo. É como se o homem fosse deixar de ser homem?

Pesquisadora: Esse medo, o preconceito tá relacionado a como o homem se vê? À masculinidade?

Flávio: Isso. Porque o homem pensa que pode influenciar na masculinidade.

Pesquisadora: O que seria influenciar na masculinidade?

Flávio: É como se o homem deixasse de ser homem.

Pesquisadora: E se tornasse gay?

Flávio: Isso. Isso.(...) Tem muita gente que tem medo pelos comentários que vão traçar deles de que se vai diminuir a masculinidade.

Portanto, a desconfiança em relação ao exame é de que o mesmo pode testar a sua masculinidade e fazer surgir o desejo homoerótico. É parte integrante da masculinidade mostrar que é heterossexual e o homossexual é visto como aquele que assume uma posição feminina. A posição do exame ou ser tocado por um outro homem desperta angústia em muitos deles. Fazer o exame é se submeter a uma posição de passividade, de se assujeitar não a um exame, mas numa posição considerada feminina.

o nosso meio ainda é muito machista, falar sobre isso o pessoal já começa querer te olhar de outra maneira..

Pesquisadora: o pessoal é mulher, homem?

Marcelo: Não, homens. Mulher acho que não por elas entendem a situação, mas homens sempre tem aqueles, aquela situação né?

Pesquisadora: De quê?

Marcelo: Existe um tabu muito grande sobre isso. Se pode ver. Eu acho assim, primeiro que eu vejo assim, aliás no meio que eu vivo, na faculdade, na igreja, no serviço, muitos evitam tá comentando sobre isso, quando comentam geralmente é piada, 'olha tu vai fazer não sei o quê, olha tua idade, já foi fazer o exame, não sei o quê', você já vê que aquilo ali, já existe uma maneira é, tem uma barreira, tem pessoas que vão, ou que foram não comentam. Pelo mesmos as pessoas que eu conheço que tem idade pra cima, nunca ouvi comentar sobre isso.

Pesquisadora: Só comentam em tom de brincadeira?

Marcelo: De brincadeira. Eu acho até se vão escondem e tiram brincadeira depois.

A maioria dos homens parece ainda manifesta um repúdio a atitudes que possam revelar passividade, ou quaisquer nuances de feminilidade ou atributo homossexual. No caso do exame são

diversas as brincadeiras encontradas para abordar o assunto entre eles e geralmente apresentam conteúdos que mexem com a questão da orientação sexual dos mesmos. Fica demonstrado que a utilização das brincadeiras é uma maneira de tornar o exame menos ameaçador.

b) As brincadeiras nas rodadas de homens

As brincadeiras entre os homens são muitas vezes pronunciadas pelo uso de insultos, de desafios de afirmação sexual. Acredito que de certa forma são utilizadas de modo a evitar um estado ansiogênico no qual eles fantasiam em relação ao exame. O desconhecimento sobre como é, acentua ainda mais a idéia de comparar o exame a um ato sexual como foi explicitado em Flávio. Contudo, mesmo para quem acredita não ter preconceito, como por exemplo, Joaquim que considera “graças a Deus não teve uma reação contrária a seu grau másculo” e que “passou no teste” o que de certa forma revela essa incerteza. As brincadeiras então acabam sendo mecanismos de defesa, estratégias para evitar o reconhecimento de uma parte do corpo considerada intocável.

As pessoas inclusive brincam muito sobre isso. Tem homem que não quer ir em médico, justamente porque não quer deixar o homem tocar com o dedo na parte de trás (...) (risos). Olha não tenho idéia de como seja o exame, mas eu acho que a pessoa fica deitada e o médico vai e insere o dedo no ânus. Mas não me incomoda. Agora eu conheço vários homens, colegas meus, pessoas próximas que dizem que jamais deixariam, a gente até brinca.

Pesquisadora: Que tipo de brincadeira?

Flávio: Ah, tipo “égua, tu deixaste o médico colocar o dedo no te cú?”, “foi bom?” “Que tamanho era o dedo dele?” então o problema todo é o ambiente que se vive porque se fica receosos do que os outros vão falar, o preconceito tá em como é a preocupação com que os outros vão dizer. E a gozação provoca desconforto na pessoa que fica preocupada com que os outros vão falar, que deixou pegar, “ah, gostou?” Isso causa na pessoa que vai fazer constrangimento. “Ah, o médico foi lá e ele tá todo enrabado, rasgado”. O que tira os homens do consultório. Mas o que tinha que ter era instrução pra pessoa saber como é. Mas olha isso acontece com pessoas que não têm instrução, uma informação para saber como é, que não tiveram oportunidade de ir ao médico. Por exemplo, lá no laboratório a maioria tira brincadeira, “e aí o dedo dele era grande, era grosso?”

Outra representação presente em seus discursos diz respeito ao medo de se tornar homossexual em função do tamanho do dedo do médico. As brincadeiras giram em torno de expressões se o “dedo era grande, se o médico era um negão, se enfiaram o maior dedo”, linguagem que tem em seu conteúdo a conotação sexual.

Pesquisadora: E porque as pessoas têm preconceito?

Jorge: Ah! A masculinidade, o dedo do médico (risos), o tamanho do dedo, isso rola, rola, esse tipo de conversa. Não rola muito não, mas, vai pro tom da brincadeira, tanto que o Casseta e Planeta, viu o dedo do médico que faz o toque? Mas é um dedão imenso que o médico que tava fazendo, já começa daí, da mídia, da brincadeira, da piada, é verdade. Eu acho que é assim: a maioria que tem esse preconceito na hora H, que a onça bebe água faz,

uma minoria não faz por preconceito, mas na hora que o médico diz ‘você pode estar com câncer’ não quer morrer né?

Pesquisadora: Se fosse necessário fazer o exame?

Márcio: (risos) Eu me apaixonaria pelo médico com aquele dedão. (risos). Não, com certeza não. Eu tenho entendimento de que pode ser uma situação caricata, mas [...] essa necessidade requer esse tipo de procedimento, aí com certeza tendo a necessidade de fazer o exame do toque não teria problema nenhum.

Pesquisadora: O sr. acha que é uma situação caricata por que?

Márcio: (risos) não, na realidade não existe muito tabu em relação a isso porque situações que você tem no ânus, mas não seria constrangedor porque o objetivo é prevenir algo muito grave que é o câncer, então com certeza existe os comentários, brincadeiras, mas com certeza não levo por esse

Pesquisadora: Quais as brincadeiras que surgem?

Márcio: (risos) Não é isso. Porque muitas vezes a pessoa é incubada e quando o médico introduz, gosta daquilo ali e passa a se apaixonar por aquele tipo de atividade no ânus, muda de casaca. Aquele negócio, se apaixonou, não pelo médico, mas já procura outros tipos de atividade anal, né? A gente vê muitos comentários. Nós temos muito diálogo na brincadeira, na bandalheira e quando na rodada, a pessoa comenta que fez o exame do toque né? A tendência né é aquelas brincadeiras né? E aí o cara, o cara por isso que tu tá mais novo agora, tá mudando de atitude né? Mudando de atividade.

As brincadeiras revelam o quanto existe uma preocupação do homem em ser tocado em sua parte inferior e isto pode desdobrar em várias significações, vários medos. O toque envolve penetração e pode ser lido como violação da parte interdita. O efeito disso é que as brincadeiras investem de toda uma rede de significados que prescrevem o lugar social válido que a imagem de homem deve ser seguida.

Isso foi exemplificado no relato de Joaquim que acredita que o exame é importante mas que a honra do verdadeiro homem, que é a virgindade, continua preservada e somente aquele que é frágil e que não enfrenta um exame como esse pode estar suscetível a “perder” a identidade masculina.

ele tem que se conscientizar que aquilo vai ser benéfico pra ele e não maléfico, não vai tirar a virgindade dele como homem, ele vai continuar o mesmo homem de sempre
(JOAQUIM)

A virgindade a que ele se refere diz respeito manter a honra e o caráter heterossexual, apesar da violação. Só não perde a virgindade quem não acredita em si e na masculinidade, mas que corre o risco iminente em ser ameaçada. O medo é de se tornar homossexual e também a possibilidade de ainda ser difamado perante o social na figura do médico.

Essa questão é trazida por Da Matta (1997, apud GOMES, 2003) quando refere que o toque retal mexe com as características identitárias masculinas, pois a parte da frente do homem é o que o diferencia da mulher, enquanto sua traseira a ela o iguala. Assim, o pênis é a marca registrada do masculino, a nádega representa o outro lado da medalha.

Pesquisadora: O que seria essa honra, a moral que os seus colegas têm medo de perder?

Fabiano: A moral, a moral. Veja bem, deixe eu lhe dizer, isso não significa nada, eles acham que o ânus, que todos nós temos é um órgão intocável, para os homens que acha machista, mas o médico é obrigado a colocar a luva, o preparativo, o remédio e introduzir o dedo dele lá a procura de detectar se a próstata tá no tamanho normal ou se tá alterada. Então o homem machista, veja bem, o homem machista pensa assim: ‘eu não vou deixar o médico meter o dedo em mim’ (...)Eu disse que a questão do machista pensar que ele não vai mais ser homem a partir dali, não é nada disso. Aqui na polícia eu conheço vários colegas que têm pavor disso aí, é um pavor, quando fala, ‘eu lá vou, eu lá vou’ outros banalizam assim ‘eu não sou gay, eu não sou não sei o quê, eu não sou fresco’,(...) Agora se essa mentalidade existe dos homens, agora só quem fala isso que teve isso são os machistas que nada é tocado neles na região anal, ele pensa logo que é um desagrado que vá deixar ele ou ele tem medo que o médico saia propagando assim ‘olha eu fiz um exame toque de próstata no fulano’.

Essa virgindade a qual Fabiano retrata diz respeito ao que todos consideram como sendo a moral, honra do homem que é ameaçada pela introdução do dedo que remete à idéia de um pênis. É pelo órgão genital, no caso o pênis e pela atividade sexual que o homem toma consciência, representa sua identidade. E esta está inscrita na convicção de que o homem confirma o gênero quando prova sua virilidade. As falas dos sujeitos sobre essa questão de representar o ânus como uma parte interdita do homem remete ao que foi socialmente fabricado ou criado em correspondência com as instituições da sociedade considerada acerca do corpo masculino que envolve antes de tudo de oposição ao corpo feminino. (GOMES, 2006b)

Observei no estudo de Gomes (2006b) que há semelhança quanto a essa identificação de fazer o exame está numa posição feminina. O pênis é a marca do ser homem, a nádega é o outro lado e tocar essa parte pode comprometer a masculinidade. A interdição de partes do corpo reflete que culturalmente há uma regulação do que pode e o que não pode ser mostrado e revelam uma lógica de que quando se percorre lugares interditos pode levar a um questionamento de seu caráter masculino.

Assim, a cartilha da assunção da masculinidade é austera e este processo deve levar a uma introjeção de comportamentos que são dignos de serem definidos como dominantes. Estas disposições masculinas incutidas desde a infância ligam-se às idéias mais difusas e delimitam a região que constitui um lugar de sentido estruturante e significação social. (MACIEL JÚNIOR, 2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi compreender o que poderia ser motivo para as dificuldades existentes na população masculina quanto ao cuidado com a saúde, particularmente aquele centrado na prevenção do câncer de próstata. Como vimos, este tipo de câncer tem tomado proporções preocupantes, tornando-se uma questão de saúde pública porque tem crescido exponencialmente e consistindo na segunda causa de morbi-mortalidade no país entre os homens por câncer e também em nosso Estado. Dados do Ministério da Saúde (2007) e de estudiosos da área da saúde demonstram que existe uma variedade de alcances e limitações que os homens têm no cuidado com a saúde.

Os trabalhos voltados para essa temática do câncer de próstata, na área das ciências humanas e sociais não são frequentes, contudo aqueles que foram utilizados nesta dissertação se mostraram importantes. Em sua maioria, os trabalhos são de ordem quantitativa e utilizaram questionários no intuito de explorar e descrever os fatores envolvidos para essa pouca atitude preventiva dos homens, sendo poucos os que utilizaram a metodologia qualitativa e voltaram-se para a vivência do homem com câncer.

A proposta deste trabalho intencionou refletir sobre a relativização do enfoque epidemiológico do risco, isto é, trazer para o cenário da discussão as representações envolvidas, para isso utilizei a metodologia qualitativa através do Método de Explicitação do Discurso.

Em resumo, as considerações de Castoriadis acerca das representações imaginárias possibilitaram compreender que o fluxo de significações provém de diferentes formas e estas adquirem sentidos variáveis, não rígidos, mostrando-se relativamente independente do campo simbólico, mas não desprendido dele. O fluxo representativo presentificado nos discursos das pessoas reflete trajetórias e imagens construídas subjetivamente, mas que são entrelaçadas com o mundo social-histórico de significações sustentadas por formas instituídas.

As discussões sobre a masculinidade também foram necessárias, porque possibilitaram pensar as questões referentes a ser homem e mulher eminentemente como construções sociais e não pertencente somente à esfera biológica, buscando entender o papel importante das representações do masculino, principalmente, no cenário da saúde.

Considerando que este trabalho consistiu numa pesquisa de cunho qualitativista, trabalhei com uma amostra pequena no intuito de captar mais profundamente possível o ponto de vista do outro, as cenas do cotidiano que escondem particularidades dos cenários sociais que as compõem.

Nesse contexto, foi preciso levar em conta a multiplicidade de visões de mundo que coexistem e o relativismo cultural envolvido, o que culminou caracterizar a amostra a partir de uma dada população com um determinado perfil sócio-econômico e de mesmo universo etário.

Dessa maneira, a partir da análise dos discursos obtidos através da pesquisa de campo em forma de entrevistas concluiu-se que para os sujeitos entrevistados cuidar ou não cuidar da saúde, prevenir ou não do câncer de próstata são possibilidades que não decorrem apenas do nível de informação, o que indica não poder ser um principal indicativo para que alguém se previna da doença.

Observei nos discursos do grupo pesquisado que o exame do toque retal assume para eles significados os mais variados, tais como medo de fazer o exame, a ida ao médico que significa o recebimento de uma doença da qual acreditam que exigirá sofrimento, ameaça à vida, medo de morrer.

Além disso, entre outros fatores, emergiu também que a relação dos homens e cuidado com a saúde tem ligação com os sentidos vinculados à idéia de masculinidade. Nas entrevistas um aspecto que a maioria dos participantes apontou foi que eles não vão ao médico porque mantém-se ainda a idéia de que por serem fortes podem agüentar uma dor, não são frágeis, cuidam-se através de medicamentos e tratamentos rápidos e não pensam que são suscetíveis a doenças.

Colocam-se na posição de provedores e responsáveis únicos pelo lar, por exemplo, e sugere que ainda se caracteriza entre eles seguir um modelo de masculinidade incorporado do modelo hegemônico, apesar de estarem num movimento de construção de um modelo não determinado, o que necessariamente não corresponde a um caráter fixo apesar de se posicionarem numa condição de privilégio.

Tornou-se fundamental, segundo eles, assumir novas posições e aspirações de suas companheiras, o que tem colocado muitos homens em situação de assumir novos posicionamentos. Se presentificou que a manutenção das prerrogativas hegemônicas tem custos. Entre eles as implicações nos problemas de saúde, pois a prevenção e o cuidado se tornam incompatíveis com as idéias presentes nos discursos de força, poder, autonomia, entre tantos outros, que são contraditórios com as imagens que o exame suscita que é a doença, a fragilidade, submissão, perda da masculinidade e passividade.

Destaque também foram as representações associadas ao toque que remeteram sempre à ameaça da sexualidade e a possibilidade que alguns homens admitem de que a pessoa torna-se homossexual, o que ficou ilustrado nas exemplificações das brincadeiras que surgem no meio do que eles chama de “rodadas”, nas quais tem sempre um conteúdo sexual.

As imagens construídas individualmente permitiram a manifestação da singularidade de cada um. Contudo, destacou-se também a dimensão do papel da criação sócio-histórica implicadas no processo de interiorização das representações do coletivo. Assim, do encontro entre os fatores sociais e subjetivos, as representações do toque foram apresentadas como expressão dos valores que caracterizam este grupo de homens, trazendo à tona as idéias produzidas em torno de contextos sociais.

Os entrevistados consideram que apesar de todos estes fatores atuarem como impedimentos para o homem cuidar de si, eles percebem uma flexibilidade destas regras que tradicionalmente definem os papéis relativos aos tributos sociais dos homens, o que tem levado alguns a considerarem a possibilidade de mudança, tratando o tema como uma possibilidade de transformação.

eu acho que essa questão do machismo tá ligada, é cultural sabe? Eu penso que é cultural, é a maneira que você, os nossos avós criaram os nossos pais e os nossos pais, as nossas [...] Mas eu acho que a mentalidade das pessoas mudou, mas em relação ao exame que tá ligado muito ao machismo ainda tá, e que isso pra mim, no meu entendimento é histórico, vem da história das pessoas e tudo mais e que as pessoas não conseguiram se livrar disso, de se desatrelar dessa coisa, do preconceito, sabe? “Égua não, tu é doido, eu sou homem, se me tocar aqui, não sei o que, eu acabo, como o pessoal diz, gostando, eu acabo não sei o que”. Tem muito isso. Eu acho que a gente trás é de geração pra geração. **(Raul)**

Essas considerações sobre o papel da história e da transmissão entre gerações de papéis representam dentro do contexto teórico adotado o quanto o processo de socialização do indivíduo é atravessado pelas significações sociais e representações imaginárias produzidas no meio social, num constante processo de entrelaçamento da história da sociedade com a do indivíduo definida e orientada em seu papel sexual e profissional, nas suas motivações idéias e valores.

No caso destes homens foi observado que apesar de não se reconhecerem portadores de atributos ditos eminentemente machistas, demonstram que isso provoca desvantagem para sua saúde. O modelo hegemônico padrão, mesmo fora dos padrões na forma, os valores tradicionais ainda se presentificam.

Em geral afirmam não adotar cuidados em relação ao câncer de próstata ou mesmo uma preocupação com o corpo à exceção de Fabiano e Joaquim. O cuidado com a saúde tende a se manifestar mediante o aparecimento de um incômodo e uma dor insuportável e não através de medidas preventivas. Os agravos em geral são percebidos como transitórios e que não geram ameaças e nem faz com que busquem cuidados específicos, havendo, portanto, uma pouca preocupação com o risco de agravo com a saúde.

Que forças atuam no impedimento ou dificuldade para os homens cuidarem de sua saúde adequadamente? A lógica da proteção não perpassa a partir de informações do discurso científico sobre os agravos provocados pela doença, ou mesmo as condições de acesso, pois esta convicção em sua maioria contrastou com o nível de informação dos sujeitos. Muito presente para estes homens é a relação identificada com o modelo de masculinidade interiorizado, pois as expectativas de prevenção chocam-se com as características de um modelo de masculinidade no qual a exposição ao risco apresenta-se como um de seus traços mais disseminados, o que faz com que a auto-imagem construída torne-se inadequada à expectativa de prevenção e vida saudável.

A diversificação dos cenários sociais, os rearranjos subjetivos, o contato com modos de vida diferenciados e a visão de saúde e doença, de estilos de vida, do lugar do homem na sociedade, entre outros são fatores que têm influência no processo de mudança em relação ao compromisso maior com a saúde. Tal discussão é fundamental para avaliar as limitações das propostas no campo da saúde preventiva centrada na decisão racional individual e considerar que as mudanças também perpassam pelo modo como estes cuidados são representados.

Há de se considerar que mudanças estão em curso, mas sua velocidade e alcance são variáveis e não atingem da mesma maneira a população. Podemos ainda considerar que existem homens que caminham em direção ao relaxamento das prescrições coercitivas para o gênero masculino e já pensam na possibilidade de cuidar mais de si e talvez aderir a realização de exames invasivos como o do toque, porém não é linear.

Estas representações múltiplas sugerem que o caminho da prevenção pode ser variado e complementar através do levantamento nos diferentes setores de saúde, hospitais, das demandas, crenças, representações e práticas populares que poderão fornecer um quadro mais amplo dessas necessidades.

Assim, apesar de um predomínio de representações sobre a masculinidade reificadas, fundamentadas em construções sociais que categoriza a identidade do que é ser homem e mulher, existe por parte deles dúvida quanto a este papel tradicional, o que sugere indícios de um momento de transição ou no mínimo de avaliação.

A incursão ao universo masculino provocou em mim inquietações que acredito serem desafios a serem enfrentados a longo prazo. É inegável que não há como conectar particularidades individuais dos homens a uma política única de atenção, como o fez a Política Nacional de Atenção de Saúde. Ela é necessária para que seja articulada com as particularidades de cada grupo de homens para elaboração de estratégias adequadas. Além disso, é importante favorecer aos homens a possibilidade de parar e refletir sobre este conteúdo para que tomem um posicionamento.

Os resultados aqui apresentados não têm a pretensão de serem generalizados, contudo ilustram representações que coexistem entre nós para que então possamos criar estratégias que de fato possam atingir esta população concretamente. Acredito que por ser um tema que suscite linhas de investigação variadas, muito há de se discutir ainda, mas como os prazos exigem limites outros projetos virão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC DA SAÚDE. **Câncer de próstata.** Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/sobre.php#Quem>. Acesso em: 13 jun. 2008.

ANGERAMI-CAMON. Valdemar Augusto. **E a psicologia entrou no hospital.** São Paulo: Pioneira, 2003.

ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra; MEDRADO, Benedito. (Orgs.). **Homens e Masculinidades.** Outras palavras. 2ª ed. Rio de Janeiro: editora 34, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação. Rio de Janeiro, 2002.

AUGRAS. Monique. “Mil Janelas”: Teóricos do Imaginário. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.107-131, 2000.

BADINTER, Elizabeth. **XY. Sobre a identidade Masculina.** (1992). 2ª ed. Tradução de Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BARRETTO, André Maurício Lima. **A dimensão imaginária do risco de morte em práticas sexuais desprotegidas entre homens homoeroticamente orientados.** 1998. 213f. Tese (Doutorado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica (PUC-RJ), Rio de Janeiro, 1998.

_____. Aceitação e recusa de limites na prática sexual entre homens: o papel do imaginário. In: CARDOSO, Marta rezende. (Org.). **Limites.** 1ª ed. São Paulo, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc. **Falas Masculinas ou ser homem em Fortaleza:** múltiplos recortes da construção da subjetividade masculina na contemporaneidade. Fortaleza, 2002. Disponível em: http://cendoc.nepo.unicamp.br/iah/textos/textos/pesquisadores/Jose%20Marcos/pos_graduacao/falas_masculinas.pdf. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Câncer de Próstata: Consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação e Vigilância. **Estimativa 2006:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação e Vigilância. **Estimativa 2008:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Princípios e Diretrizes. Brasília, ago. 2008.

BRASIL, Roberta Gilet. **Forjando-se mulher:** um estudo sobre as representações imaginárias de gênero das jovens do Benguí. Belém - Pa. 157p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social). Universidade Federal do Pará, 2007.

BRETANI, Maria Mitzi et al. **Bases da Oncologia.** 2ª ed. São Paulo: Tecmedd, 2003.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero:** Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CASTORIADIS, Cornélius. et al. **A Criação Histórica e a instituição da sociedade.** A criação histórica. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora, 1992.

CASTORIADIS, Cornélius. **A instituição imaginária da sociedade** (1982). 5ª ed. Tradução de Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

_____. **As encruzilhadas do labirinto. Os domínios do homem.** (1987) Vol. II. 2ª ed. Tradução de José Oscar de Almeida Marques. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

CHAUÍ, Marilena. *Convite à Filosofia.* São Paulo: Ed. Ática, 1997.

CONDURU, Marise Teles; ALMIR, José. **Elaboração de Trabalhos Acadêmicos - Normas, Critérios e Procedimentos.** Belém: EDUFPA editora, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº. 016/00:** Sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao2000_16.doc>. Acesso em: 8 out. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 out. 2006.

COSTA, Rosely Gomes da. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **REBEP**, Campinas, v. 20, n1, jan./jun. 2003. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n1_2003/vol20_n1_2003_7artigo_p79a92.pdf. Acesso em 15 jun. 2006.

COUTINHO, Joana. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata (Estudo exploratório). **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, Portugal, ano/v. II, n. 1: 107-115, 2001. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Disponível em: <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-II-1/coutinho107-115.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2007

CUESTA, Diego Ivan Lucumi & ARANA, Gustavo Alonso Cabrera. **Creencias de hombres de Cali-Colombia sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer em la próstata. Informe Final**. Colômbia, 2002. Disponível em: <http://ris.bvsalud.org/finals/Final ReportCOL%203085.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer em la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. **Colomb Méd**, Colômbia, 34: 111-118, 2003. Disponível em: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/prostata.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2007.

_____. Creencias de hombres de Cali, Comlombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de um estudo exploratório. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2(5): 1491-1498, Set.-Out., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/22.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2007.

EVANGELISTA, ROBERTO. **Câncer e imaginário masculino**: a expressão da doença para o homem. 192f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(1):105-109, jan.-mar. 2005. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_arttext. Acesso em: 15 jun. 2007.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8 (3): 825-829, 2003. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000300017&script=sci_arttext. Acesso em: 16.jun.2007

_____. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2006a. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=241. Acesso em:

15 ago. 2006a.

_____. As arranhaduras da masculinidade: Discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2006b. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=352. Acesso em: 15 ago. 2006b.

_____. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2007.

GOMES, Romeu; SCHRAIBER, Lília Blima; COUTO, Maria Thereza. O homem como foco de Saúde Pública. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ano-vol. 10, n. 1, Janeiro-Março, 2005. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010101.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2007.

GRUBITS, Sonia; NORIEGA, José Angel Vera (orgs.). **Método Qualitativo**. Epistemologia, complementaridades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 10(1):35-46, jan.-mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2007

LEITÃO, Carla Faria; FRISON, Vitória Luísa. Análise do discurso: uma possibilidade metodológica para as pesquisas qualitativas em psicologia clínica. **Cadernos de Metodologia**, PUC, Rio de Janeiro, (1): 61-71, 1994.

LIMA, Ana Cláudia Feitosa et al. Conhecimento dos trabalhadores de uma universidade privada sobre a prevenção do câncer de próstata. **Cogitare enfermagem**; Curitiba, 12(4):460-465, out.-dez. 2007. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10071>. Acesso em: 15 mar. 2008.

LOSADA, Manuel. O Imaginário Radical de Castoriadis: seus Pressupostos. **Imaginário e Educação: Reflexões teóricas e aplicações**. Campinas, SP: Editora alínea, 2006.

MACIEL JÚNIOR, Plínio de Almeida. **Tornar-se homem**: o projeto masculino na perspectiva de gênero. 2006, 184f. Tese. (Doutorado em Psicologia). PUC/SP, São Paulo, 2006.

MEDRADO, Benedito. **O masculino na mídia**. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira. 148 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC/SP, São Paulo, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

MIRANDA, Paulo Sérgio et al. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de Medicina - UFMG. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Belo Horizonte, v. 50 (3): 272-275, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n3/21658.pdf>. Acesso em: 15 jun 2007.

MOTA, Murilo Peixoto. Gênero, sexualidade e Masculinidade: Reflexões para uma agenda de pesquisa com adolescentes no contexto de uma experiência. **Gênero**, Niterói, v. 1, n.1, p. 41-52, 2000. Disponível: <http://www.ipas.org.br/arquivos/rocinha.doc>. Acesso em: 15 jun 2007.

NASCIMENTO, Marcos Roberto do. **Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença**. 2005. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br>. Acesso em: 15 jun. 2007.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. Questões Metodológicas sobre a Análise do Discurso. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto alegre, v. 4, n. ½, p. 103-108, 1989.

_____. A análise do discurso em questão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.10, n.2, p. 317-331, 1991.

_____. **Como conhecer usuários através do Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS)**. IHC, Curitiba, out. 2004. Disponível em: <http://www.serg.inf.puc-rio.br/ihc/papers/IHC2004/047-056-IHC2004-.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2008.

_____. O campo da pesquisa qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso subjacente (MEDS). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 20 (1); 65-73, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a09v20n1.pdf>. Acesso em: 18 ago 2008.

_____. Celulares: “um presente do céu” para mães de jovens. **Psicol. soc**;19(3):108-116, set.-dez, 2007a. Disponível em: www.scielo.br/pdf/psoc/v19n3/a15v19n3.pdf. acesso em: 18 ago. 2008.

_____. Escritores de blogs: interagindo com os leitores ou apenas ouvindo ecos? **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, 27 (4), 664-679, 2007b. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a08.pdf>. Acesso em: 18 ago 2008.

_____. O uso de entrevistas on-line no método de explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2008, No prelo.

NOLASCO, Sócrates. A violência é masculina. **Revista Isto É**. Edição 1662. 08 ago. 2001a. Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1662/1662vermelhas.htm>. Acesso em: 16 mar. 2008.

_____. O apagão da masculinidade? **Trabalho e Sociedade**. Rio de Janeiro, 1(2), 2001b. Disponível em: http://www.iets.org.br/biblioteca/O_apagao_da_masculinidade.pdf. Acesso em: 16 mar. 2008.

OLIVEIRA, Pedro Paulo de. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

PASSOS, Izabel Cristina Friche. A construção da Autonomia social e psíquica no pensamento de Cornélius Castoriadis. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei v.1, n.1, , jun. 2006.

PAULIN, Luis Fernando. Método qualitativo no campo sócio-histórico: definições e aplicação a propósito do estudo de uma instituição de saúde. In: GRUBITS, Sonia; NORIEGA, José Angel Vera (orgs.). **Método Qualitativo. Epistemologia, complementaridades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004.

PASQUARELLI, Maria Luiza Rigo. **Normas para a apresentação de trabalhos acadêmicos**. [ABNT/NBR-14724] 2a ed. Osasco: [EDIFIEO], 2004.

PITTA, Danielle Perin Rocha. **Iniciação à teoria do imaginário de Gilbert Durand**. Rio de Janeiro: Atlântica editora, 2005.

RAMOS, Courado; CARVALHO, João Eduardo. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre as campanhas de prevenção ao câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 12(5): 1387-1396, 2003.

SAFFIOTTI, Heleieth. **O poder do macho**. (1987), 2ª ed. São Paulo: Moderna, 2001.

SANTOS, Ana Elizabeth Lole dos. **Masculinidades e saúde reprodutiva: a experiência da vasectomia**. 2006. 124f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social) Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2006.

SANTOS, Rosita Barral & BRUNS, Maria Alves. **Homens com câncer de próstata**. Um estudo à luz da perspectiva Heideggeriana. 2006, 243f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo. Riberão Preto/ SP, 2006.

SCHRAIBER, Lília; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia. Homens e saúde na pauta da Saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 10 (1): 7-17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 14 jun. 2007.

SCOTT, Joan. **Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica**, 1988. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html. Acesso em 21 jun. 2008.

SOARES, Vera Lúcia pena Carneiro (Org.). **Referências Bibliográficas: Normalização - ABNT-NBR 6023/2002**. Belém: Unama, 2004.

SBU (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA). **Câncer da próstata**. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/portal>. Acesso em: 14 jun. 2007.

SOUZA, Airle Miranda de; MATOS, Evandro Gomes. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In: GRUBITS, Sonia; NORIEGA, José Angel Vera (orgs.). **Método Qualitativo. Epistemologia, complementaridades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004.

THEIJE, Marjo. São metade macho, metade fêmea: sobre a identidade de gênero dos homens católicos. **Antrhopológicas**, Recife, ano 6, v. 13(1): 47-56 (2000). Disponível em: [www.ufpe.br/revistaanthropologicas/internas/volume13\(1\)/Artigo%204.pdf](http://www.ufpe.br/revistaanthropologicas/internas/volume13(1)/Artigo%204.pdf). Acesso em: 15 jan. 2008.

TURATO, Egberto. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. 2ª ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

VARELLA, FLÁVIA; POLES, CRISTINA. Check up. A cura pela prevenção. **Revista Veja**, Edição 1655, 28 de junho de 2000. Disponível em: http://veja.abril.com.br/280600/p_118.html. Acesso em: 01 nov. 2008.

VEJA, Revista. Nunca deixe de fazer. **Veja sua saúde**. Edição 1, 28 de março de 2001. Disponível em: http://veja.abril.com.br/especiais/saude/p_078.html. Acesso em: 01 nov. 2008.

WANG, May-Lin; JABBLONSKI, Bernardo e MAGALHÃES, Andréa Seixas. Identidades masculinas: limites e possibilidades. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 12(19): 54-65, jun. 2006.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica e Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as resoluções do Conselho Federal de Psicologia -CFP- nº 016/2000 sobre toda pesquisa em Psicologia com seres humanos e Conselho Nacional da Saúde -CNS- nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos)

PESQUISA: Representações imaginárias atribuídas ao Exame Toque Retal por homens belemenses.

O propósito desta pesquisa é conhecer os significados que os homens atribuem ao Exame do Toque Retal, uma das técnicas utilizadas na prevenção e detecção do câncer de próstata, pois é importante compreender como os mesmos vivenciam e lidam com o cuidar de si. Para isso, gostaria de convidá-lo a participar deste estudo. A sua participação será responder a uma entrevista que poderá ser feita em um ou no máximo dois encontros, referente ao tema proposto, sendo que o senhor definirá as datas e os horários. Estas entrevistas têm como um de seus instrumentos um gravador, pois as gravações são importantes para que eu possa ter suas respostas preservadas do modo como foram ditas para que eu possa ao dar continuidade ao meu estudo transcrevê-las, analisá-las e posteriormente arquivadas. À você, será garantido o sigilo e em caso de se mostrar incomodado e desejando parar com a entrevista, o senhor tem o direito de interrompê-la. Em caso de recusa em participar não haverá nenhum problema.

As informações coletadas serão utilizadas para fins de pesquisa acadêmica do Mestrado em Psicologia Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará - UFPA, sendo que as informações serão publicadas, mas se tomará o cuidado de que o senhor e as pessoas que venham a ser citadas tenham suas identidades preservadas. A pesquisa terá como principal investigadora eu, Ana Paula Felipe de Souza Marques, a qual ficará disponível para maiores informações, se necessário for. Podendo ainda ser localizada pelo telefone xxxx-xxxx e está sob orientação do Prof. Dr. André Maurício Lima Barretto, docente do curso de Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social na UFPA.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará, de Belém, no dia ___/___/2008, portanto, está em acordo com as normas estabelecidas para se realizar pesquisa com pessoas.

DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG nº. _____ declaro que compreendi as informações que li e que me foram explicadas sobre a pesquisa em questão. Discuti com a psicóloga Ana Paula Marques sobre a decisão de autorizar a minha participação neste estudo, ficando claros para mim, quais os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem utilizados, as garantias de confidencialidade e dos esclarecimentos permanentes. Além disso, reconheço ser livre para participar deste estudo, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento em caso de não cumprimento das garantias estabelecidas ou quaisquer outros problemas decorridos da participação neste estudo.

Belém-Pa, _____ de _____ de 2008.

Assinatura da Participante.

Assinatura do Pesquisador.

Anexo 1

APÊNDICE 2

Roteiro de entrevista

I. Perfil:
1. Idade:
2. Relacionamento afetivo-sexual: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outros. _____
3. Nº de filhos:
4. Grau de escolaridade: () 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo
5. Atuação profissional:
6. Religião:
7. Onde mora?
8. Renda familiar:
9. Plano de saúde:
II. Blocos Temáticos:
Hábito de cuidar da saúde 1. Levantamento acerca do hábito de prevenção de doenças- check up 2. Se vai ao médico ou costuma procurar ajuda médica para cuidar da saúde 3. Se está realizando algum tratamento de saúde
Sobre o câncer de próstata (prevenção) 4. Há histórico de doença na família? 5. Realiza acompanhamento com urologista para prevenção do câncer da próstata? 6. Já foi detectada alguma doença da próstata? Em que período da vida? Qual tratamento foi realizado? 7. Tem conhecimento sobre o câncer de próstata? 8. Sabe quais são os modos de prevenção e detecção da doença?
Sobre o exame do toque 9. Já realizou o exame alguma vez? Se sim, o que representou isso para você? Se não por quê? 10. O que representa o exame do toque retal?
O homem e a saúde 11. Ser homem e a procura para cuidar da saúde 12. Ser homem e a relação com o toque

Anexo 1

Exames do Check up 1

OS EXAMES BÁSICOS...

Hoje em dia vigora a filosofia do "check-up personalizado". Os médicos só estabelecem a lista de exames a ser feitos depois de uma minuciosa consulta clínica e da avaliação do histórico familiar de doenças e do estilo de vida do paciente. Alguns testes, no entanto, são básicos

ÁCIDO ÚRICO Em excesso, essa substância aumenta os riscos de lesões articulares e pedras nos rins	GLICEMIA A análise das taxas de açúcar no sangue é importante para a detecção do diabetes	SANGUE OCULTO NAS FEZES Investiga a existência de possíveis lesões intestinais, que podem resultar em câncer
COLESTEROL E TRIGLICÉRIDES O acúmulo de gordura no sangue pode entupir as artérias e levar a infartos ou derrames	MAMOGRAFIA As máquinas mais modernas possibilitam a identificação de tumores malignos em fase inicial	TESTE ERGOMÉTRICO Feito com o paciente sob esforço (numa esteira ou bicicleta ergométrica), mede a capacidade de irrigação das artérias coronárias
COLONOSCOPIA Imagens detalhadas do intestino ajudam a flagrar pequenas lesões no órgão antes que elas possam vir a se transformar em tumores malignos	PAPANICOLAU E COLPOSCOPIA Esses exames são imprescindíveis para a identificação de infecções e lesões pré-cancerosas no útero	TOQUE RETAL Exame clínico em que o médico consegue identificar alterações no tamanho e na consistência da glândula prostática
DENSITOMETRIA ÓSSEA Feito com regularidade, o exame garante a prevenção da osteoporose	PRESSÃO ARTERIAL Manter a pressão dentro da normalidade reduz o risco de doenças cardiovasculares	TSH Alterações nos níveis do hormônio TSH podem indicar problemas na glândula tireóide
ELETROCARDIOGRAMA Feito com o paciente em repouso, é o registro da atividade elétrica do coração	PROTEÍNA C-REATIVA ULTRA-SENSÍVEL, OU PCR Os índices elevados de PCR no sangue indicam a probabilidade de infartos ou derrames	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL Ao captar imagens minuciosas do útero e dos ovários, o exame é recomendado para a prevenção de câncer nesses órgãos
	PSA Usada na prevenção ao câncer de próstata, a dosagem da proteína PSA no sangue pode indicar a presença de um tumor	RAIO X DO TÓRAX Imagens detalhadas dos pulmões são importantes para o diagnóstico de doenças pulmonares, como o câncer e o enfisema pulmonar

Fonte: Protocolo de Medicina Preventiva da Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo

Fonte: Varella et al. Check up: A cura pela prevenção. Revista Veja (2000)

Anexo 2
Exames do Check up 2

...E QUANDO FAZÊ-LOS	
PARA HOMENS E MULHERES	
A PARTIR DOS 20 ANOS COLESTEROL E TRIGLICÉRIDES FREQUÊNCIA • A cada cinco anos • A cada dois anos para pessoas com um ou mais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão e diabetes	A PARTIR DOS 40 ANOS ÁCIDO ÚRICO FREQUÊNCIA • Anualmente
PRESSÃO ARTERIAL FREQUÊNCIA • Anualmente	COLESTEROL E TRIGLICÉRIDES FREQUÊNCIA • A cada cinco anos • A cada dois anos para pessoas com um ou mais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão e diabetes
A PARTIR DOS 35 ANOS COLESTEROL E TRIGLICÉRIDES FREQUÊNCIA • A cada cinco anos • A cada dois anos para pessoas com um ou mais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão e diabetes	COLONOSCOPIA FREQUÊNCIA • A cada cinco anos
ELETROCARDIOGRAMA E TESTE ERGOMÉTRICO FREQUÊNCIA • Anualmente	ELETROCARDIOGRAMA E TESTE ERGOMÉTRICO FREQUÊNCIA • Anualmente
GLICEMIA FREQUÊNCIA • A cada três anos • Anualmente para pessoas com histórico de diabetes tipo 2 na família ou com um ou mais fatores de risco para a doença, como obesidade e sedentarismo	GLICEMIA FREQUÊNCIA • A cada três anos • Anualmente para pessoas com histórico de diabetes tipo 2 na família ou com um ou mais fatores de risco para a doença, como obesidade e sedentarismo
PRESSÃO ARTERIAL FREQUÊNCIA • Anualmente	PRESSÃO ARTERIAL FREQUÊNCIA • Anualmente
RAIO X DO TÓRAX FREQUÊNCIA • Anualmente para fumantes	PROTEÍNA C-REATIVA ULTRA-SENSÍVEL, OU PCR FREQUÊNCIA • A cada dois anos
TSH FREQUÊNCIA • A cada cinco anos	RAIO X DO TÓRAX FREQUÊNCIA • Anualmente para fumantes
	SANGUE OCULTO NAS FEZES FREQUÊNCIA • Anualmente
	TSH FREQUÊNCIA • A cada cinco anos
	SÓ PARA HOMENS
	A PARTIR DOS 40 ANOS
	PSA FREQUÊNCIA • Anualmente
	TOQUE RETAL FREQUÊNCIA • Anualmente

Fonte: Varella et all. Check up: a cura pela prevenção. Revista Veja (2000)