

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INTEGRAÇÃO DA
AMÉRICA LATINA

PAULA RONDINELLI

A construção da masculinidade a partir de tabus corporais:
considerações no campo da saúde

São Paulo

2013

PAULA RONDINELLI

A construção da masculinidade a partir de tabus corporais:
considerações no campo da saúde

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Integração em América Latina, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Doutorado.

Área de Concentração: Estado, Economia e
Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Renato da Silva Queiróz

São Paulo

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

Candidata: RONDINELLI, P.

Título: A construção da masculinidade a partir de tabus corporais: considerações no campo da saúde.

Aprovada em: _____

Prof. Dr. Renato da Silva Queiroz (orientador):

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Leila Marrach Basto de Albuquerque (Unesp / Rio Claro)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos (EACH / USP)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Renato Seixas (PROLAM / USP)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Afrânio Mendes Catani (PROLAM / USP)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao meu noivo: consciente do motivo pelo qual os autores dedicam suas obras a seus companheiros.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por tudo;

Ao meu amigo, Fabrício Vasselai, pelo incentivo, amizade e pelas piadas constantes com o meu objeto de estudo;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Renato Queiroz, pela confiança, paciência e compreensão;

À CAPES, pela concessão de bolsa de doutorado;

Ao professor Renato Seixas, pela leitura cuidadosa e por suas contribuições com o exame de qualificação;

À professora Leila Marrach que me estimulou e me fez repensar diversos momentos deste trabalho;

À amiga Rosa Montero, cuja companhia é tão deliciosa quanto os seus quitutes;

Aos meus amigos e colegas da UFABC que participaram desta minha trajetória;

Aos membros técnicos do PROLAM, Rodrigo e William, por todo o suporte extra-acadêmico.

“As representações do corpo, e os saberes que as alcançam, são tributários de um estado social, de uma visão de mundo, e no interior dessa última, de uma definição de pessoa. O corpo é uma construção simbólica, não uma realidade em si”

(LE BRETON, 2012)

RESUMO

RONDINELLI, P. *A construção da masculinidade a partir de tabus corporais: considerações no campo da saúde*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

Este trabalho teve como tema a formação da masculinidade a partir de tabus corporais: especificamente o tabu da não violação do ânus. A pergunta central foi de que maneira os homens encaram o exame de toque retal? Há um sentimento de perda de masculinidade? Tal indagação foi norteadada pela hipótese de que sim, isso ocorreria, uma vez que a vinculação do ideal de masculinidade a não violação anal seria um elemento tradicional na formação do homem ocidental moderno. O referencial teórico foi baseado no tripé: o corpo visto sob a ótica da Antropologia, a masculinidade e a saúde homem e a formação da pessoa, também sob o prisma da Antropologia, iluminando a análise dos dados coletados, tomando como conceito-chave a noção de socialização, que remonta à Escola Sociológica Francesa. Foram coletados dois tipos de dados distintos: charges cômicas que abordam o exame de toque retal, além de entrevistas realizadas com homens acima de 45 anos de idade, coletadas na Cidade do México e em São Paulo. O que se observou, a partir das respostas obtidas, é que os homens procuram serviços médicos preventivos, e que cerca de metade deles fazem exames preventivos da próstata, especificamente o de toque retal. Ressalto que esta análise levou à conclusões semelhantes tanto para São Paulo quanto para a Cidade do México. Parte significativa dos entrevistados manifestou ter receio antes de realizar o exame de toque, sinalizando contra o ideal de masculinidade arraigado culturalmente. Assim, a grande maioria dos entrevistados empregou a expressão “tem que fazer”, quando mencionaram o exame de toque. Isso indica que o discurso médico-racional se sobrepôs aos elementos culturais mais tradicionais, alterando de certa forma, a concepção de pessoa masculina. A hipótese levantada no início do estudo foi parcialmente refutada, uma vez que esperava-se encontrar um generalizado mal-estar individual e social manifestado por homens que se submetem ao exame de toque retal. Refutada em parte, porque, individualmente, os homens, brasileiros e mexicanos não apenas se mostraram favoráveis à prevenção e à promoção da saúde, como também fazem uso dos recursos médicos disponíveis.

Palavras-chave: masculinidade, corpo, saúde, socialização.

ABSTRACT

RONDINELLI, P. *The construction of masculinity as from body taboos: considerations in the health area*. Thesis (Ph.D.) – Post Graduation Program in Latin American Integration, University of São Paulo. São Paulo, 2013.

The theme of this work was the formation of masculinity as from body taboos: specifically the taboo of anal violation/non-violation. The main question was: how men react to the digital rectal examination? Is there a feeling of loss of masculinity? Such enquiry was guided by the hypothesis that yes, that would occur, once the binding of the ideal of masculinity to the anal non-rape were a traditional element in the formation of modern western man. This theoretical framework was based on three pillars: the body seen from the perspective of Anthropology, masculinity and human health and the formation of the person also from the perspective of Anthropology, by lighting the analysis of the collected data, taking as a key concept the notion of socialization dating back to the French Sociological School. Two types of data were collected: comic cartoons that bring up the digital rectal exam, plus interviews with men over 45 years old, collected in Mexico City and São Paulo. What was observed, from the responses, is that men look for preventive medical services, and about half of them take preventive prostate examinations, specifically digital rectal. I emphasize that this analysis led to similar conclusions for both São Paulo and Mexico City. A significant portion of the interviewees have expressed fears before the digital rectal exam, signaling against the ideal of masculinity culturally ingrained. Thus, the vast majority of interviewees used the expression "have to do" when mentioned the digital rectal exam. This indicates that the medical-rational speech overlapped the more traditional cultural elements, changing in a way the concept of male person. The initial hypothesis was partially refuted, since it was expected to find a general individual and social malaise manifested by men who undergo rectal exam. Refuted in part, because individually, men, Brazilians and Mexicans, not only were in favor of prevention and health promotion, but also make use of the available medical resources.

Keywords: masculinity, body, health, socialization.

RESUMEN

RONDINELLI, P. *La construcción de la masculinidad a partir de tabúes del cuerpo: consideraciones en el campo de la salud*. Tesis (Doctorado) – Programa de Postgrado en Integración de Latinoamérica de la Universidad de São Paulo. São Paulo, 2013.

Este trabajo tuvo como tema la formación de la masculinidad a partir de tabúes del cuerpo: en concreto el tabú de no violación del ano. La pregunta central es ¿cómo los hombres ven el examen rectal digital? ¿Hay un sentimiento de pérdida de la masculinidad? Tal cuestión se basó en la hipótesis de que sí, que esto se pasaría, ya que la asociación del ideal de la masculinidad a la no violación anal no sería un elemento tradicional en la formación del hombre occidental moderno. El marco teórico se basa en tres pilares: el cuerpo visto desde la perspectiva de la Antropología, la masculinidad y la salud humana y la formación de la persona, también desde la perspectiva de la Antropología, aclarando el análisis de los datos recopilados, teniendo como concepto clave la noción de socialización, que se remonta a la Escuela Sociológica Francesa. Se recogieron dos tipos de datos distintos: historietas cómicas que abordan el examen digital del recto, además de entrevistas con hombres mayores de 45 años, recogidas en la Ciudad de México y São Paulo. Lo que se ha observado, a partir de las respuestas, es que los hombres acuden a los servicios médicos preventivos, y aproximadamente la mitad de ellos hacen los exámenes preventivos de la próstata, precisamente el de tacto retal. Destaco que este análisis dio lugar a conclusiones semejantes tanto para São Paulo como para la Ciudad de México. Parte importante de los encuestados han expresado su temor ante el examen de tacto rectal, señalando en contra el ideal de masculinidad culturalmente arraigado. Por lo tanto, la gran mayoría de los encuestados ha utilizado la expresión "se debe hacer" cuando se menciona el examen de tacto. Esto indica que el discurso médico-racional ha superado los elementos culturales más tradicionales, cambiando de alguna forma el concepto de persona de sexo masculino. La hipótesis al inicio del estudio se ha refutada parcialmente, ya que se esperaba encontrar que se manifestara un malestar general individual y social por parte de los hombres que se someten al examen rectal. Refutada en parte debido a que, de forma individual, los hombres, tanto los brasileños como los mexicanos no sólo estaban a favor de la prevención y promoción de la salud, sino como hacen uso de los recursos médicos disponibles.

Palabras clave: la masculinidad, el cuerpo, la salud, la socialización.

SUMÁRIO

Introdução _____	p.12
Capítulo 1: O corpo na Antropologia _____	p.27
Capítulo 2: Da pessoa ao indivíduo e a força da sociedade _____	p.36
2.1. Mapeamento da noção de pessoa em Antropologia _____	p.40
2.2. Introdução à noção de pessoa em Antropologia _____	p.41
Capítulo 3: A formação cultural do sexo _____	p.47
Capítulo 4: A saúde do homem e as políticas públicas de saúde _____	p.62
4.1. Formação do Estado moderno e as Políticas Públicas _____	p.63
4.2. Movimentos sociais, identidade masculina e cuidados com a saúde _____	p.68
Capítulo 5: O câncer de próstata _____	p.73
Capítulo 6: Charges sobre o exame de toque retal _____	p.79
Capítulo 7: Resultados dos dados coletados sobre a incidência do câncer de próstata no Brasil e no México _____	p. 159
Capítulo 8: Entrevistas _____	p.176
8.1. Entrevistas coletadas na Cidade do México _____	p.177
8.2. Entrevistas coletadas na cidade de São Paulo _____	p.192

8.3. Comparação dos resultados das entrevistas realizadas em São Paulo e na Cidade do México_____p.206

Considerações Finais _____ p.214

Bibliografia _____p.219

Fontes de Dados _____p.226

Anexos _____p.229

Anexo I _____p.230

Anexo II _____p.231

Esta proposta teve como tema a relação entre tabus corporais e a constituição da masculinidade na América Latina. Entende-se aqui que o tabu corporal masculino, por excelência, é a não violação do ânus, como destaca o ensaio de DaMatta (2007). Especificamente, trata-se de investigar a relevância do tabu da não violação anal para a construção da pessoa masculina¹ na sociedades brasileira e mexicana, bem como seus reflexos nos cuidados com a saúde.

O corpo é um objeto que originalmente recebeu atenção secundária na Antropologia. Movimentos corporais nos ritos, na alimentação permitida e no uso de adornos e pinturas no corpo são exemplos de momentos em que o corpo ganha visibilidade em trabalhos clássicos, mas sempre como coadjuvante no estudo das instituições fundamentais dos grupos sociais. O autor que rompe com essa barreira é Mauss (2003a), no clássico ensaio “As técnicas do corpo”. Ali, Mauss percebe o corpo como “o primeiro instrumento do homem”, o que significa dizer que as ações executadas pelo homem só são possíveis por meio do movimento corporal. Isso certamente não seria de grande valia se Mauss não entendesse que as técnicas corporais são envolvidas por dois elementos essenciais: a tradição e a eficácia. A tradição se refere ao modo de transmissão pelo qual a técnica é realizada – imitação -, fato que explica a causa de algumas ações essenciais serem executadas com leves diferenças entre os grupos sociais, como é o caso do andar. A eficácia, por outro lado, responde à evolução dos movimentos, elemento que ganha visibilidade, sobretudo em competições desportivas, uma vez que os

¹ Entende-se que o tabu da violação anal é exclusivo da pessoa masculina. Conforme o conceito de tabu que será tratado posteriormente, o tabu ocorre apenas quando o seu rompimento leva a uma forte sanção social. Nesse sentido, a violação anal da mulher não seria exatamente um tabu, haja vista que o seu rompimento poderia levá-la a ser mal vista na sociedade, mas sua sanção não seria a “desfeminilização”.

movimentos são desenvolvidos com o intuito de atingir maior rendimento. Além disso, Mauss afirma que as técnicas corporais podem variar entre os sexos: o que implica dizer que o modo como uma mulher anda, come ou se senta, a distingue de um homem, em qualquer que seja o grupo social.

Na Antropologia contemporânea, entretanto, o corpo não apenas torna-se um objeto fundamental – inaugurando a subdisciplina “Antropologia do corpo” -, como também chega a se estabelecer como conceito. Viveiros de Castro, DaMatta e Seeger (1979) desenvolveram o conceito de corpo para analisar as sociedades indígenas sul-americanas, sob o argumento de que os conceitos antropológicos tradicionais não eram suficientes para explicar os grupos indígenas brasileiros, uma vez que o corpo tem papel central nessas sociedades.

A noção de construção de pessoa, tomando o corpo como eixo, é fundamental para a proposta aqui apresentada: ainda que em outro contexto, pretende-se também partir do estudo do corpo para a compreensão da formação do homem heterossexual em nossa sociedade. Essa formação se estabelece, entre outros elementos, por meio de tabus sexuais, que, por sua vez, só são passíveis de assimilação por intermédio do processo de socialização. A interiorização de tabus é elemento essencial na construção da pessoa, uma vez que é incitada por mecanismos sociais externos a ela e age de modo tão coercitivo, ao ponto de, como afirma Simmel (1939), tomar forma praticamente instintiva.

Haja vista que a inviolabilidade do ânus é tomada aqui como tabu, é necessário que seja assim considerada a partir da literatura clássica

antropológica². Historicamente, o termo tabu foi utilizado pela primeira vez em relato de viagem pelo Cap. James Cook, fato que introduziu o termo, originalmente polinésio, na língua inglesa (STEINER, 1956). Desde então, seu uso se disseminou até ganhar destaque conceitual na Antropologia. Parte-se, aqui, da definição proposta por Mead (1935), que parece resumir o que a Antropologia compreende pelo termo:

“TABU may be defined as a negative sanction, a prohibition whose infringement results in an automatic penalty without human or super-natural mediation”³. (p.502)

Deve-se ressaltar que antropólogos clássicos impugnaram o termo para compreender ritos, práticas e até a própria estrutura social, como é o caso de Douglas (s/d), que partiu dos conceitos de pureza/impureza para estabelecer o que era permitido ou proibido, no interior de determinado grupo social. Nesse contexto, os elementos considerados impuros pelo grupo eram indicativos de perigo para a pessoa que rompesse com esse limite e, assim, exerciam a função de manutenção da ordem social.

No caso da presente proposta, o que se pretende é pensar os tabus formadores de pessoas, especificamente do homem heterossexual. E é a partir da definição de Mead que o termo tabu se enquadra neste projeto, uma vez que entendo (baseada em DAMATTA, 1997), que o rompimento do tabu da inviolabilidade do ânus resultaria em um tipo de penalidade bastante cruel, sancionada pelo grupo: a desmasculinização da pessoa. A associação desse tabu masculino com o conceito de impureza, proposto por Douglas, parece ser mais do que coincidência, uma vez que o rompimento desse tabu deslocaria a

² O referencial teórico provindo da Antropologia se deve ao caráter de seu objeto: a importância e influência da cultura na constituição da masculinidade.

³ Tradução livre: “TABU pode ser definido como uma sanção negativa, uma proibição cuja violação resulta em uma pena automática, sem mediação humana ou sobrenatural”.

pessoa de seu lugar social. Assim, a violação do ânus pelo homem passa pelo simbolismo da impureza e da desordem social.

Faz muito tempo que a Antropologia compreende que a idéia de gênero é, em larga medida, uma construção social, que não necessariamente se relaciona com o aparato biológico, como pode ser visto no estudo de Mead (2006) “Sexo e Temperamento”. O ensaio de Clastres (2003), “O arco e o cesto”, por sua vez, é um excelente exemplo de que um homem não se configura apenas em razão de processos biológicos, pois que a cultura o regula como um ser social.

Ao contrário do gênero feminino, que tem sido alvo intenso de debates desde meados do século XX, e de outros grupos tidos também como minorias – negros e homossexuais, por exemplo -, os homens heterossexuais foram relegados a um segundo plano de discussão. Foi apenas a partir das duas últimas décadas do século XX que eles tornaram-se objeto de interesse da academia. Oliveira (2002) assinala que isso se deve à relação entre a noção de masculinidade no âmbito da sociedade ocidental, enfatizada por sua história de dominação sobre as mulheres e outros grupos tidos como minorias sociais.

Gutmann (1998) diz que são necessários quatro passos para que se possa compreender o homem: observar o que eles fazem ou pensam; verificar o que eles fazem ou pensam com a finalidade de “ser” homens; o que pensam ou fazem alguns homens tidos como paradigmáticos; e observar a relação homem/mulher, porque é ali que se revela a masculinidade. Esses ensinamentos têm norteado o modo de lidar com a questão de gênero nesta pesquisa.

Segundo Kimmel (1987), o interesse no homem como objeto de estudo foi incitado pelas mudanças nas atitudes e comportamentos que vem adotando: cuidando de tarefas domésticas, passando mais tempo com os filhos e deixando transparecer sentimentos e emoções.

Sentimentos e emoções, para Darwin (2009), são expressos de modo distintos, tanto pelo ser humano quanto pelos animais, embora se trate de uma manifestação inata. No entanto, algumas expressões sentimentais, como o choro, por exemplo, são culturalmente adestradas:

Nos adultos, especialmente do sexo masculino, o choro rapidamente deixa de expressar ou ser causado pela dor física. Isso pode ser explicado porque, tanto em raças civilizadas quanto em bárbaras, manifestar abertamente dor física é considerado sinal de fraqueza e falta de masculinidade. (p.134)

Mishkind (1987), por meio de abordagem quantitativa, observou que os homens estadunidenses⁴ têm apresentado um maior cuidado com a aparência, e que o ideal de corpo idealizado deve ser jovem, musculoso e com roupas da moda. Dentre os fatores que mais incomodam a população masculina figuram a queda/falta de cabelo e a obesidade. O autor explica essa mudança de atitude com o corpo por meio da relação entre homem e mulher, que se desenvolveu a partir do movimento feminista: uma relação mais igualitária, em que a mulher garantiu maior liberdade sexual e um lugar no mercado de trabalho, tornando-se, em larga escala, independente do homem. Diante dessa configuração, o homem teria tido que se adaptar à nova realidade.

No entanto, ainda que as modificações de comportamento do homem ocidental moderno tenham sido expressivas, isso não o liberta de suas obrigações sociais. Em qualquer que seja o grupo em que está inserido, para

⁴ O trabalho de Mishkind (1987) não especifica de que homem estadunidense a pesquisa fala. Ele é, em si, generalizante.

que um homem expresse a sua masculinidade, ele deve valer-se de um gestual específico, de roupas apropriadas e do uso de adornos ou da ausência desses. No que se refere à nossa sociedade, especificamente sobre a aparência, esse quadro compõe socialmente a masculinidade:

“Qualquer fuga do padrão local era considerada um desvio daquilo que deveria ser camisa, calça, meia, gravata, relógio ou sapato de homem. Uma maneira trivial de reforçar uma padronização consistia em perguntar para a pessoa que usava uma peça de vestuário de modelo diferente ou ambíguo se na loja onde havia comprado vendia-se roupa (ou qualquer outro objeto) ‘para homem’.” (DAMATTA, 2007, p.40)

Atualmente, parece surgir um novo ideal de masculinidade também na sociedade brasileira, próximo do homem estadunidense estudado por Mishkind (1987). O adjetivo *metrossexual* tem sido utilizado para designar homens que apresentam cuidados com o seu corpo e com sua aparência. Etimologicamente, *metrossexual*, é a junção dos termos *metrópole* e *sexual*. Garcia (2004, p.11) assim o representa:

“Esse fenômeno sociocultural chamado metrossexual é um homem contemporâneo que tem cada vez mais assumido seu lado feminino, sensível e vaidoso, sem que isso tem (sic) a ver com sua condição sexual que, a rigor, pode ser qualquer uma. Ícone de uma masculinidade mais flexível, tardia a sensibilidade sensual. Não se trata de uma nova forma de sexualidade, mas de um modo de demonstrar uma identidade polimorfa e extrapola as tradicionais vaidades masculinas. O metrossexual, na prática, aponta àqueles que tem menos preocupação sobre sua identidade e muito mais interesse em sua imagem. Estando muito longe do conceito radical e ultrapassado de macho latino, ele partilha funções e atitudes que antigamente eram consideradas femininas. Atividades como dançar ou cuidar de crianças não ameaçam de forma alguma sua masculinidade. Antes pelo contrário, sua atuação positiva com o sexo oposto supera as expectativas de preconceitos.”

É necessário compreender que homens cujos costumes são diferentes dos tradicionais existem, e não são poucos. No entanto, eles não são o foco da investigação. A presente pesquisa trata dos homens de tipo “latino”, referidos por Garcia (2004) como “macho”, aquele homem retratado por DaMatta (2007).

Desse modo, o corpo parece ser o foco em que os elementos constituintes da pessoa se concentram, seja pelo vestuário, seja pelas técnicas corporais, seja pelos tabus que as proíbem de executar determinadas ações. DaMatta (2007) aponta para os tabus constituintes da masculinidade: a ereção peniana e sua disfunção erétil; o cuidado com a face (capaz de representar o caráter do homem); e o vestuário. Esses elementos constituem alguns tabus corporais que fazem do homem ser homem, e sentir-se homem. O autor vai além, ao afirmar que é a inviolabilidade do ânus que representa o tabu, por excelência, da masculinidade. É por isso que seu ensaio tem o sugestivo título “Tem um pente aí?”, referindo-se a uma brincadeira de sua adolescência.

Além dos exemplos de DaMatta (2007), muitos são os exemplos em que o ânus e sua violação – ou possível violação – são alvos de rebaixamento da masculinidade do outro. Uma situação em que isso frequentemente ocorre se dá durante partidas de futebol: após disputas de bola ou na tentativa de provocação do atleta adversário, é corrente o fato de passar a mão nas nádegas de seu oponente. Em geral, o efeito de provocação costuma ser efetivado. Outra situação curiosa é o xingamento “vai tomar no cu”, cuja intenção é claramente desmasculinizadora, haja vista que incita a penetração anal no outro.

Partindo, assim, das considerações de que a violação do ânus em nossa sociedade é um tabu corporal masculino por excelência, a pergunta que aqui se coloca é como o homem lida com práticas médicas que invadem a região anal?

O estudo de Carvalho (2005) elucida o outro lado da questão: de que modo os profissionais da área médica sentem-se ao lidar com o corpo nu? As

profissões do campo da saúde, como a medicina e a enfermagem, têm contato direto com o corpo do paciente e seguem direcionamentos para tratar como “natural” esse corpo. Carvalho (2005) mostrou que tanto enfermeiras quanto pacientes ficam constrangidos por ocasião do banho de leito e de outras práticas hospitalares cotidianas que pressupõem a nudez. A população por ela investigada foi composta apenas de mulheres. A declaração de uma enfermeira sobre o constrangimento em lidar com pacientes nus é bastante instigante: esse constrangimento não se manifesta quando o paciente está desacordado. A leitura que a autora faz desse quadro é a de que o corpo inconsciente é um corpo não sexualizado, o que torna mais fácil lidar com a nudez.

É pertinente traçar aqui um paralelo com o estudo de Hertz (1980) “A preeminência da mão direita”, em que o autor observou, em diferentes grupos sociais, que a mão esquerda deve exercer o papel de coadjuvante da mão direita, ou até mesmo, permanecer inerte. Logo, compreende-se que os grupos sociais interpretam as mãos a partir da polaridade religiosa bem/mal, e que o social se opõe ao biológico. O lado direito remete às idéias de vigor, força e masculino, ao passo que o lado esquerdo remete à fragilidade, à covardia e ao feminino. Torna-se provável, então, que a associação tradicional de nossa sociedade masculino/força/bem, feminino/frágil/mal, seja um elemento adquirido pelo homem via processo de socialização, reafirmando o imaginário de dominação masculino.

Retomando a discussão específica do campo da saúde, o estudo de Carvalho (2005) é bastante instigante para se pensar como lidar com os tabus expressos no corpo do homem e indagar quais as conseqüências que a quebra dos tabus corporais apresenta para a sua masculinidade.

Logo, o problema que se apresenta é: na área da saúde, em que a violação de tabus corporais se justifica racionalmente pelo diagnóstico e tratamento de doenças, há uma desconstrução - ainda que momentânea - do sentimento de masculinidade? Ou seja, a intenção aqui é investigar de que modo as ações consideradas racionais da área médica interferem na manifestação do sentir-se homem.

O estudo está sendo norteado pela hipótese de que a tão temerosa “crise da masculinidade”, tida quase como um consenso na literatura de gênero, é mais superficial do que se acredita, uma vez que o respeito aos tabus do corpo são elementos fundamentais na constituição do homem. E que, nesse sentido, violar o ânus, mesmo que sob a perspectiva da saúde, implica um mal-estar pessoal e social, uma vez que se trata da desconstrução da pessoa.

Justificativa

Como já mencionado, o gênero masculino apenas tornou-se objeto de interesse acadêmico apenas recentemente. Ainda assim, a maioria dos trabalhos centra-se no tema da homossexualidade, apontando para os direitos civis, o que não é interesse dessa proposta. Em levantamento prévio realizado no banco de teses da Capes, observou-se que dos aproximadamente dez mil estudos cujo termo chave é masculinidade, apenas oitenta e dois se voltam para a construção social do homem heterossexual.

A investigação exploratória em documentos oficiais de órgãos de saúde latino-americanos e mundiais indica que a preocupação com a saúde masculina existe, ainda que isso pareça ocorrer apenas no nível do discurso. A *Organización Panamericana de la Salud*, por exemplo, tem um sítio bastante completo com dados oficiais dos Estados americanos. Ali uma seção específica, intitulada *Género y Salud*, apresenta dados sobre problemas exclusivamente femininos. Existe no sítio um documento disponível – *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud* (s/d) - voltado para a discussão sobre saúde e gênero, em que o início do texto aponta para uma possível correção da preferência feminina sobre a masculina:

“Con mucha frecuencia, sin embargo, la formulación y el monitoreo de las políticas de salud no incluyen la dimensión de género, y cuando consideran las diferencias por sexo, tal consideración se circunscribe a las ‘mujeres’ y no a las ‘relaciones de género’”. (p.5)

Algumas páginas adiante há um quadro justificando o motivo pelo qual se deve dar mais atenção à saúde feminina do que à masculina. Em outro documento formulado e veiculado pela UNFPA, que se propõe a analisar a saúde sob a perspectiva de gênero – “Género, Salud e Desarrollo en las Américas” (2005) – o enfoque também recai inteiramente sobre a saúde da mulher. Esses dados são indicativos de que os cuidados de prevenção com a saúde masculina parecem ser de ordem menor. No entanto, não apenas os dados da OMS sobre a América Latina mostram o Brasil e a Colômbia com taxas iguais de morte por neoplasia maligna específica por sexo (próstata/homem e mama/mulher) entre homens e mulheres, como também alguns países como México, Equador, Bolívia e Chile apresentam maior taxa de mortalidade por neoplasia maligna entre homens do que entre mulheres. Laurenti (1998), em estudo sobre a saúde masculina nas Américas, criticou a

falta de projetos voltados especificamente para os homens, em detrimento de uma valorização com as ditas minorias. Isso aponta para a maior necessidade de políticas públicas de saúde voltadas para o homem.

Em um relatório da UNFPA (2005) – Fundo de População das Nações Unidas – existe a sugestão de que se modifique a noção de masculinidade nos países latino-americanos com o intuito de estimular ações de prevenção com conseqüências diretas sobre a saúde dos homens. Isso implica afirmar que, na América Latina, há interferência das características essenciais da masculinidade sobre os exames preventivos. Ora, nesse sentido, é cabível afirmar que a noção de masculinidade tem relações com práticas médicas preventivas e, mais que isso: não é apenas uma característica brasileira, mas latino-americana.

Apontamentos médicos sobre os fatores de risco para o câncer de próstata indicam apenas a hereditariedade e a qualidade de vida, como elementos relevantes para a incidência dessa neoplasia. Deve-se ressaltar que o câncer de próstata pode ser identificado prioritariamente por meio de dois exames – um de tipo laboratorial, a dosagem do antígeno prostático específico, e outro clínico, conhecido como toque retal –, e a taxa de mortalidade alta pode indicar baixa adesão às práticas preventivas.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, essa doença é caracterizada por ser assintomática em seus estágios mais iniciais, porém reconhecida quando realizados os exames de prevenção. Sabendo-se que o câncer de próstata é geralmente tratável quando diagnosticado em estágio não avançado, seria plausível supor que em países com níveis próximos de desenvolvimento socioeconômico e com índices próximos de IDH (Índice de Desenvolvimento

Humano) tivessem taxas aproximadas dessa neoplasia. No entanto, a partir de dados divulgados pela OMS, Brasil e México apresentam discrepante diferença na taxa de morte por neoplasia maligna da próstata. Enquanto o Brasil apresenta uma taxa de 25 em cada 100.000 habitantes, a taxa do México é de 16 em 100.000 habitantes. É importante mencionar que a mediana das taxas de morte por neoplasia maligna de próstata da América Latina é de 25 em cada 100.000. Nesse sentido, a investigação do México se mostra como fundamental, já que sua taxa se apresenta como a mais baixa da América Latina. Por outro lado, a comparação com um país representativo da taxa mediana da região se faz necessário, o que justifica a opção pelo Brasil.

Se, por meio de exercício lógico, é possível descartar a desigualdade de acesso (entre México e Brasil) ao serviço de saúde como fator determinante para as mortes por neoplasia maligna de próstata, então a resposta para a não realização dos exames preventivos pode estar no âmbito cultural. Esses elementos não apenas justificam a relevância do problema deste projeto, como também afirmam a necessidade de se estabelecer um estudo de cunho comparativo.

Nesse sentido, é proposta da tese centrar-se na Antropologia enquanto campo de investigação, porém dialogando com contribuições da Saúde Pública. Ademais, abre portas para se avaliar as práticas de políticas públicas da saúde masculina, tanto no Brasil quanto no México.

Objetivos:

- Apresentar uma leitura antropológica de construção da masculinidade, indicando um viés pouco trabalhado em estudos de gênero;
- Estabelecer uma relação interdisciplinar entre Antropologia e Saúde Pública, de modo que o resultado do estudo seja relevante não apenas para o enriquecimento das disciplinas, mas que também contribua para a formulação das políticas públicas de saúde voltadas aos homens na América Latina.

A. Procedimentos de Pesquisa.

O referencial teórico será composto por quatro capítulos inter-relacionados: o corpo na Antropologia; pessoa, indivíduo e coerção social; a formação cultural do sexo; saúde do homem e políticas públicas na América Latina.

A coleta de dados realizada tem caráter qualitativo. Especificamente, trata-se de entrevistas estruturadas com dezoito homens selecionados aleatoriamente. Foram escolhidos nove homens na cidade de São Paulo e nove homens na Cidade do México, segmentados por escolaridade. Selecionou-se três homens que cursaram até o nível médio, três homens com ensino superior e três homens com pós-graduação. Isso tanto em São Paulo quanto na Cidade do México, uma vez que eu esperava que a escolaridade pudesse exercer influência sobre o modo com que os homens lidam com o exame de toque retal.

Especificamente, escolha dos sujeitos foi realizada de maneira aleatória, a partir de uma abordagem dos homens em espaços públicos, como cafés,

hotéis e universidades. A maioria dos sujeitos era desconhecido, com três exceções referentes à Cidade de São Paulo.

Para definir o número de entrevistados na amostra, foi utilizado o método de amostragem por saturação, descrito por Fontanella, Ricas e Turato (2008), e já indicado por Bourdieu (2004):

“Amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual freqüentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.(...) O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.”
(FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008)

Vale mencionar ainda que existem homens que permitem a penetração anal pelo seu parceiro, em caso de homens não exclusivamente heterossexuais. De modo algum esse fato invalida a pesquisa proposta, uma vez que ou esses homens escondem esse fato de seu círculo social temendo sanções, ou abrem o fato e, geralmente, acabam sendo rotulados como não homens ou como meio homens.

Além disso, outra fonte de dados se mostrou igualmente relevante para o presente estudo: as charges. Em geral, as charges tendem a desmasculinizar o homem que se submete ao ato de exploração da próstata, assim como a outros tipos de exames diagnósticos invasivos da região anal. Embora pareçam uma manifestação tola, as charges revelaram aspectos relevantes – mesmo que estereotipados – do imaginário coletivo.

Certa vez uma professora que participava de uma mesa-redonda, em evento da área de Ciências Sociais da PUC-SP, observou que a tradição dos estudos nas Ciências Sociais era a de proporcionar ao corpo o manto da invisibilidade. Não à toa, outros integrantes do debate a corrigiram e apontaram muitos trabalhos clássicos em que o corpo não apenas estava presente, mas também era objeto de fundamental importância para a compreensão do tema em questão, como os de Bronislaw Malinowski, Margareth Mead, Mary Douglas e Lévi-Strauss.

Talvez, o que aquela professora tenha pretendido dizer era que o corpo humano tinha pouquíssima relevância em si para as Ciências Sociais, e que ele costumeiramente era tomado a fim de se compreender outras questões a ele vinculadas. Se a suposição que faço estiver correta, tendo a concordar com essa professora. Os estudos clássicos – à exceção de Marcel Mauss – tendiam à análise de temas como a sexualidade, no caso de Mead (2006) e de Malinowski (1979), embora sob enfoques distintos; os significados da limpeza e da impureza, no caso de Douglas (s/d); e da tentativa de responder, por parte de Lévi-Strauss (1982), à principal pergunta que dá vivacidade à Antropologia: onde está o limite entre a natureza e a cultura? Ora, se a resposta levi-straussiana é a de que a cultura começa a se sobrepor à natureza a partir do tabu do incesto, isso significa que é no corpo humano que essa fissura se materializa. Da mesma forma, é pelo corpo humano que a sexualidade, tanto em termos de formação de identidade quanto de interesse e/ou relação sexual, se expressa. E o mesmo ocorre com os diferentes significados que são atribuídos aos fluidos corporais, como a urina, a saliva e a menstruação, por exemplo.

Foi Marcel Mauss (2003) quem lançou outros olhares para o corpo humano. Seu texto “As técnicas corporais” mostra como sociedades distintas se servem de diferentes modos de seus corpos. Mostrando que a imitação é o principal meio pelo qual as técnicas do corpo são aprendidas, Mauss primeiro apresenta uma classificação das técnicas, que se dá sob as categorias educação, rendimento, sexo e idade. Em seguida, revela uma apresentação biográfica das técnicas do corpo, utilizadas desde o nascimento das crianças, alcançando até as práticas corporais da idade adulta. Segundo Mauss, o corpo é “o primeiro e mais natural instrumento do homem”, isso porque, para quaisquer ações a serem realizadas, é por meio do corpo que elas se concretizam. E se as técnicas corporais envolvem necessariamente a tradição e a eficiência do gesto, elas também são atos simbólicos e, por isso, passíveis de alterações e interpretações.

O início de seu ensaio é peculiarmente interessante, quando descreve o momento em que tomou consciência das técnicas do corpo como um objeto de análise antropológica: enfermo, na cama de um hospital francês, Mauss reparara que já havia visto o modo de andar de sua enfermeira, porém, não era aquele o modo habitual de uma moça caminhar na França. Após pensar sobre o assunto, recordou que já havia visto aquele modo de andar nas mocinhas estadunidenses, e conclui que, por meio do cinema hollywoodiano, as moças francesas adotavam conscientemente um novo modo de andar, considerado mais sensual. Embora consciente de que as experiências pessoais raramente devam ser relatadas em um trabalho acadêmico, creio que a experiência a seguir relatada seja relevante, haja vista que me fez recordar imediatamente do texto de Mauss: em viagem ao México, estava em pé, parada, aguardando

para atravessar a rua quando uma mulher parou ao meu lado e me perguntou de onde eu era. Respondi que era brasileira e perguntei a ela como ela sabia que eu não era natural do México. Ela logo se adiantou a dizer: “o seu jeito de andar não é mexicano”.

Lévi-Strauss (2003), no texto de apresentação à obra de Marcel Mauss produzida para a publicação de “Sociologia e Antropologia”, revela que o esforço apresentado por Mauss deveria ser encarado com seriedade por organismos internacionais:

“Esse conhecimento das modalidades de utilização do corpo humano seria, no entanto, particularmente necessário numa época em que o desenvolvimento dos meios mecânicos à disposição do homem tende a desviá-lo do exercício e da aplicação dos meios corporais, salvo no domínio do esporte, que é uma parte importante, mas uma parte apenas das condutas consideradas por Mauss, aliás variável segundo os grupos. Seria desejável que uma organização internacional como a Unesco se dedicasse à realização do programa traçado por Mauss nessa comunicação. *Arquivos internacionais das técnicas corporais*, que fizessem o inventário de todas as possibilidades do corpo humano e dos métodos de aprendizagem e de exercício empregados para a montagem de cada técnica, representariam uma obra verdadeiramente internacional: pois não há, no mundo, um único grupo humano que não possa dar ao empreendimento uma contribuição original. Ademais, trata-se de um patrimônio comum e imediatamente acessível à humanidade inteira, cuja origem mergulha no fundo dos milênios, cujo valor prático permanece e permanecerá sempre atual, e cuja disposição permitiria, melhor que outros meios, porque em forma de experiências vividas, tornar cada homem sensível à solidariedade, ao mesmo tempo intelectual e física, que o une à humanidade inteira. O empreendimento seria também eminentemente apto a se opor aos preconceitos de raça, uma vez que, face às concepções racistas que querem ver no homem um produto de seu corpo, mostrar-se-ia, ao contrário, que é o homem que, sempre e em toda parte, soube fazer de seu próprio corpo um produto de suas técnicas e suas representações.” (p.14-5)

Muito embora o alerta de Lévi-Strauss em defesa da necessidade da realização de um inventário das técnicas do corpo não tenha sido levado em consideração, os frutos colhidos a partir do ensaio de Mauss foram de natureza distinta, como a sua clara influência sobre a tese de Margareth Mead “Sexo e Temperamento”. Nessa obra, Mead observa três grupos tradicionais – os Arapesh, os Mundugumor e os Tchambuli – na região de Nova Guiné, a partir

da tese de que o temperamento do homem não é forte por natureza, assim como o da mulher também não é submisso por natureza⁵.

Mais recentemente, em meados do século XX, o filósofo contemporâneo Michel Foucault (1977) se volta para a análise do corpo como objeto de incidência de poder. Compreendendo poder como qualquer tipo de manifestação em que a opinião de uma pessoa se sobrepõe à de outra, observa que o poder pode ser exercido não apenas em sua dimensão mais clássica, imposta por meio da força física, mas que ele pode ser encontrado em quaisquer tipos de relações sociais, mesmo nas mais afetuosas. No caso de sua obra “Vigiar e Punir” (1977), Foucault analisa os mecanismos de vigia e de punição impostos ao indivíduo na sociedade ocidental. Desde o suplício, forma de castigo muito utilizada na Idade Média, o corpo se torna parte de um mecanismo de controle das massas: o corpo é estruturalmente composto de neurônios sensitivos que transmitem a sensação de dor ao cérebro e, castigando-o, pune-se o indivíduo, exibindo-o como exemplo para a sociedade.

O Brasil tem contribuído significativamente para o estabelecimento da subdisciplina de “Antropologia do Corpo”. É provável que sua origem tenha se dado a partir de um encontro promovido pelo Museu Nacional em 1979, cujo tema foi “a construção da pessoa nas sociedades indígenas”. Esse encontro também se mostrou relevante por outros dois motivos: contribuíra com a noção de “construção da pessoa” – elemento fundamental para esse estudo –, assim como atentou também para a importância do *corpo* como categoria de análise compreensiva das populações indígenas sul-americanas:

⁵ Na página 48 deste trabalho serão dados maiores detalhes sobre o trabalho de Mead (2006).

“(…) na verdade, este privilégio da corporalidade se dá dentro de uma preocupação mais ampla: a definição e construção da pessoa pela sociedade. A produção física de indivíduos se insere em um contexto voltado para a produção social de pessoas, i.e., membros de uma sociedade específica. O corpo, tal como nós ocidentais o definimos, não é o único objeto (e instrumento) de incidência da sociedade sobre os indivíduos: os complexos de nominação, os grupos e identidades cerimoniais, as teorias sobre a alma, associam-se na construção do ser humano tal como entendido pelos diferentes grupos e identidades cerimoniais, as teorias sobre a alma associam-se na construção do ser humano tal como entendido pelos diferentes grupos tribais. Ele, o corpo, afirmado ou negado, pintado e perfurado, resguardado ou devorado, tende sempre a ocupar uma posição central na visão que as sociedades têm da natureza do ser humano. Perguntar-se, assim, sobre o lugar do corpo é iniciar uma indagação sobre as formas de construção da pessoa.”

(SEEGÉR, A. *et al*, 1979, p.2-3)

Nesse sentido, o corpo ganha um novo *status* perante os estudos antropológicos: ele passa a ser valorizado como fonte de significados para a compreensão das sociedades. Mais do que uma forma inovadora de observar o indivíduo e a sociedade, a afirmação de que as manifestações corporais são relevantes já estavam subentendidas nos grandes clássicos, mas a partir desse momento elas se transformam em categorias analíticas, assim como, posteriormente, serão consolidadas como objeto de análise.

Segundo Le Breton (2012),

“as representações do corpo, e os saberes que as alcançam, são tributários de um estado social, de uma visão de mundo, e no interior dessa última, de uma definição de pessoa. O corpo é uma construção simbólica, não uma realidade em si.” (p.18)

O corpo como objeto de estudo se afirma inicialmente na Antropologia por meio dos estudos específicos no campo da saúde. Pensar a saúde e a doença como consequências da estrutura social, de seus costumes e, por resultado, de uma manifestação coletiva dos modos de lidar com o corpo, é mais uma forma de se observar a sociedade por meio do corpo do indivíduo. Exemplos são as obras “Pureza e Perigo”, de Mary Douglas, e “As classes sociais e o corpo”, de Luc Boltanski.

Os estudos sobre a saúde realizados sob o enfoque das Ciências Sociais ganham força não apenas no Brasil, como em grande parte da América Latina na década de 1980. É, então, por meio das manifestações de saúde/doença que o corpo se estabelece como fonte para análise. (IANNI, 2011)

Paralelamente, as Ciências Sociais expandem sua visão sobre o corpo, e o enxerga como uma pluralidade de costumes e de manifestações culturais que extrapolam as linhas delimitadoras do campo da saúde: moda, educação, disciplina, punição, preocupação com melhoria da qualidade de vida, estética e modelo de corpo, cuidados restritivos com a alimentação e o estabelecimento de uma regra subliminar que incita as pessoas a praticarem atividade física – em prol de um estilo de vida dito saudável -, são alguns dos itens que chamam a atenção para a compreensão de nossa sociedade no atual momento histórico (GOLDEMBERG, 2002)⁶. Um exemplo bastante significativo é a obra de Freyre (1987) “Modos de homem e modas de mulher”, em que o autor relaciona o modo de vestir do homem como “apolíneo”, ao passo que o modo da mulher seria “dionisíaco”; além disso, o modo exuberante pelo qual a mulher se veste seria indicativo das condições financeiras do homem; por isso, Gilberto Freyre afirma que, em festas e reuniões sociais, quanto mais vultosos o vestido e as jóias que vestem a mulher, teoricamente, em melhores condições financeiras encontra-se seu marido.

Outra obra de extrema relevância na área é “O tabu do corpo”, escrita por José Carlos Rodrigues. Rodrigues apresenta um panorama sobre o corpo na Antropologia, sob o enfoque estruturalista, analisando-o em obras clássicas,

⁶ GOLDENBERG, M. *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002, p.414.

como em Malinowski, Mary Douglas e Lévi-Strauss. Além disso, lembrando Durkheim, observa que o tabu é um processo coletivo e com características sagradas, por expressar os princípios da vida coletiva.

Um dos desdobramentos contemporâneos dos estudos sobre o corpo remete, também, à questão da tatuagem. Foi apenas recentemente que a tatuagem deixou de ser uma marca característica de indivíduos que passavam pela prisão, para tornar-se um adorno corporal que, muitas vezes, implica em empoderamento de si. O artigo de Le Breton (2010), “Firmar o rasgar su cuerpo: las nuevas generaciones”, mostra que as marcas corporais ganham significados:

“La piel es el eterno campo de batalla entre sí mismo y el otro, y sobre todo del otro en sí mismo: la relación con el mundo de cualquier hombre es una cuestión de piel, y da solidez o no de función contenedora.

La piel es una pantalla en la que se proyecta la identidad soñada por medio de tatuajes, *piercing* y otros innumerables modos de escenificación de la apariencia que rigen en nuestras sociedades. (...) Algunas marcas realizadas deliberadamente pasan a ser signos identitarios expuestos sobre sí mismo: tatuajes, *piercing*, implantes, incisiones.” (p.72-3)

Especificamente no caso de adolescentes, as tatuagens e piercings surgem como uma manifestação de autonomia sobre o próprio corpo, além de uma forma de embelezamento, ao mesmo tempo em que se apresenta contraditoriamente, como mecanismo individualizador, marcador da oposição à norma social vigente e uma moda que se expande para uma grande quantidade de jovens.

No caso específico latino-americano, há poucos estudiosos trabalhando na área da Antropologia do Corpo. Um dos poucos exemplos é o da pesquisadora mexicana Elsa Muñiz, vinculada à Universidad Autónoma

Metropolitana, que organiza um congresso bianual cujo tema centra-se nos estudos culturais sobre o corpo: trata-se do evento “El cuerpo descifrado”. O ano de 2011 marcou a quinta edição do evento e os trabalhos apresentados focaram-se nas seguintes subáreas: disciplinamento do corpo; padrões estéticos; violência, mortificação, tortura e a guerra; a subversão, a dissidência e o protesto. A menção a este congresso se dá pelo seu alcance em reunir estudos dessa temática em toda a América Latina. Outro exemplo é o grupo de estudos argentino “Antropología del Cuerpo⁷”, vinculado à Universidade de Buenos Aires, que também se mostra particularmente atraente pela qualidade dos estudos dedicados ao tema, assim como pelos cursos oferecidos na área. Além desses, a Universidad Nacional de Rosario, na Argentina, sediou o Primeiro “Encuentro latinoamericano de investigadores sobre cuerpos y corporalidades en las culturas”, no ano de 2012.

⁷ red.antropologiadelcuerpo.com

DA PESSOA AO INDIVÍDUO E A FORÇA DA SOCIEDADE

“Se perguntarem agora o que advirá da Antropologia quando o progresso econômico tiver transformado todos os povos em cidadãos modernos do mundo, poder-se-ia responder que nesse momento, a Antropologia terá progredido suficientemente para que possamos construir a Antropologia de nós mesmos, o que provavelmente não teria sido possível se a existência de sociedades diferentes não nos tivesse forçado a sair de nós próprios a fim de olhar de maneira científica o homem enquanto ser social.”

(DUMONT, 1985)

Pensar a formação da pessoa e/ou do indivíduo em nossa sociedade implica necessariamente em discutir a influência da sociedade sobre o ser humano. Essa é uma discussão sobre a qual a Sociologia clássica, especificamente as obras de Durkheim e Weber, se debruça, e que passa também ao interesse da Antropologia, notadamente daquela que deriva dos ensinamentos da Escola Sociológica Francesa, iniciada com Durkheim e Mauss.

Marcel Mauss é provavelmente o antropólogo com quem mais tenho identificação. Não apenas por ter reconhecido e contextualizado a importância do corpo para a compreensão humana de cunho social – como já esclareci na introdução e ratifiquei no primeiro capítulo –, mas também por ter iniciado os estudos na área de formação da pessoa, ou “a noção do eu”. Longe de desconsiderar sua maior contribuição à Antropologia, “O ensaio sobre a dádiva”, cito aqueles dois ensaios pelo impacto que me causaram para a compreensão da formação do homem e da sociedade. Em seguida, destaco a linha teórica que fundara junto com seu tio, Émile Durkheim: a Escola Sociológica Francesa. Os ensinamentos de Durkheim sobre a organização social sempre me fizeram mais sentido do que os de Weber: as ações sociais, propostas por Weber, dão lugar a um indivíduo que age em função de sua

racionalidade. O que Weber não afirma, mas Durkheim sim, é que as ações podem ou não ser racionais e frutos ou não de vontade individual, mas o que importa é que elas só são realizadas quando aceitas no bojo de uma lógica delimitada pela sociedade.

Creio que seja por isso que costumo ouvir nos corredores acadêmicos que “Durkheim está ultrapassado”: menosprezar as ações individuais em detrimento de uma organização social maior, pouco explicaria a nossa sociedade moderna (ou pós-moderna, como preferem alguns). Mas deve-se levar em conta que a racionalidade é fruto de um sistema de significados que apenas ganha sentido à luz de determinada lógica social. E que as ações sociais são apenas aquelas socialmente permitidas, ou então, elas sequer têm espaço para serem pensadas naquele espaço. Esse quadro apenas se modifica a partir de um momento de crise, denominado por Merton (2002) como rebelião: a rebelião leva os indivíduos que estão fora da estrutura social a pensar e colocar em prática uma nova estrutura social. Isso, é claro, supõe o estranhamento das metas e normas existentes, tidas como puramente arbitrárias.

Por outro lado, até mesmo a reflexão weberiana abre espaço para a possibilidade da formação da pessoa via tradição social. Para Weber, o objeto de investigação sociológica deve ser a ação social:

“Por ‘ação’ entende-se, neste caso, um comportamento humano (tanto faz tratar-se de um fazer externo ou interno, de omitir ou permitir) sempre que e na medida em que o agente ou os agentes o relacionem com um *sentido* subjetivo. Ação “social”, por sua vez, significa uma ação que, quanto a seu sentido visado pelo agente ou os agentes, se refere ao comportamento de *outros*, orientando-se por este em seu curso.”

Weber (1999) classifica a ação social em quatro tipos distintos: a) de modo racional referente a fins; b) de modo racional referente a valores; c) de modo afetivo, especialmente emocional; d) de modo tradicional. É exatamente este último tipo que abre espaço para a concordância com Mauss, sobre a formação da pessoa:

“O comportamento estritamente tradicional – do mesmo modo que a imitação puramente reativa – encontra-se por completo no limite e muitas vezes além daquilo que se pode chamar, em geral, ação orientada ‘pelo sentido’. Pois frequentemente não passa de uma reação surda a estímulos habituais que decorre na direção da atitude arraigada. A grande maioria das ações cotidianas habituais aproxima-se desse tipo, que se inclui na sistemática não apenas como um caso-limite mas também porque a vinculação ao habitual pode ser mantida conscientemente, em diversos graus e sentidos.” (p.15)

É fato que minha simplificação da lógica weberiana pareça a um só tempo simplória e arrogante. Simplória sim, mas de nenhum modo arrogante: pretendo apenas demonstrar o motivo pelo qual acredito que o pensamento durkheimniano ainda tem validade para se analisar a nossa sociedade, principalmente no que se refere à compreensão de comportamentos tradicionais. Aplicando essa lógica à proposta de pesquisa, entendo que se trata de identificar um aspecto, cuja transição da formação da pessoa para a individualização esteja ocorrendo nesse momento histórico.

A hipótese de minha pesquisa é a de que o homem do gênero masculino não é dono de seu corpo, mas que ele pertence à sociedade. É ela quem determina os modos de andar, de sentar, as brincadeiras das quais participar quando criança, de como se vestir e de quais atitudes tomar em relação ao gênero oposto, apenas para exemplificar. Quando digo que o homem masculino é formado socialmente, isso implica afirmar que as suas vontades

individuais acabam no limite imposto pela sociedade. Não há sombra de dúvida de que a lógica desse raciocínio também pode ser estendida para as mulheres.

2.1. *Mapeamento da noção de pessoa em Antropologia.*

A existência de trabalhos antropológicos interessados na constituição da pessoa não significa necessariamente a existência de uma Antropologia da Pessoa. Isso significa que a formação da pessoa em determinado grupo social não constitui, em si, um interesse tradicional da disciplina, ao contrário do que se passa com o parentesco, as alianças de casamento e os rituais religiosos, por exemplo.

No entanto, de modo algum esse fato significa a inexistência de estudos clássicos e, portanto, fundamentais para a compreensão da constituição da pessoa. Dois trabalhos com viés antropológico sobre a noção de pessoa inauguraram tradições distintas. Em linhas gerais, a primeira se deu com Marcel Mauss, no texto “uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do ‘eu’”, que considera a noção de pessoa como construção socialmente variável; e com, Malinowski, que desenvolve uma análise da pessoa como um agregado de papéis sociais, carregados de direitos e deveres para com o grupo em que o indivíduo está inserido.

Após esse momento inaugural, outros estudos fundamentais foram levados a cabo, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina, especificamente os trabalhos de Victor Turner (1974), “O Processo Ritual”, e de Louis Dumont (2006), “Homo Hierarquicus”, que merecem atenção. Ademais, outros estudos clássicos passam pelo tema, ainda que de modo não central,

como o de Mary Douglas (s/d), “Pureza e Perigo”, e de Pierre Clastres (2003), “A sociedade contra o Estado”.

É possível que a década de 1970 tenha sido a mais frutífera para o desenvolvimento dessa temática. A reunião proposta para se pensar a formação da pessoa, ainda que imersa na Psicologia, resultou em uma coletânea de textos, organizada por Ignace Meyerson (1973), que marcou os estudos sobre a construção da pessoa. Seguindo o mesmo caminho, o Museu Nacional do Rio de Janeiro também organizou um encontro para a discussão do mesmo tema, como já mencionado, cujos textos reunidos ganharam uma edição da revista do Museu Nacional (1979). Participaram do evento Anthony Seeger, Roberto DaMatta, Eduardo Viveiros de Castro, Renate Brigitte Vietler e Manuela Carneiro da Cunha.

2.2. *Introdução à noção de pessoa na Antropologia.*

“A indulgência de meus ouvintes é grande, pois o tema é realmente vasto e eu não poderei, nestes cinquenta e cinco minutos, dar-lhes uma idéia de como tratá-lo. Trata-se nada menos do que explicar como uma das categorias do espírito humano – uma dessas idéias que julgamos inatas – nasceu e muito lentamente cresceu no curso de muitos séculos e através de muitas vicissitudes, a ponto de ainda hoje ser flutuante, delicada, preciosa e estar por ser elaborada. É a idéia de ‘pessoa’, a idéia do ‘eu’.” (MAUSS, 2003, p.369)

Marcel Mauss, logo no início de sua fala, já apresenta o seu enfoque, o de que a noção de pessoa “nasceu e muito lentamente cresceu no curso de muitos séculos e através de muitas vicissitudes”, ou seja, como se trata do resultado de uma construção social sobre o ser humano. Em sua apresentação, o que Mauss pretende demonstrar “é a série de formas que esse conceito [a categoria do eu] revestiu na vida dos homens em sociedade, segundo seus direitos, suas religiões, seus costumes, suas estruturas sociais e

suas mentalidades” (p.371). O primeiro ponto tratado é o de personagem: em exemplo sobre os Pueblo, destaca-se uma noção de pessoa que ao mesmo tempo se confunde com seu clã, representando papéis socialmente designados, e que também se individualiza nos cerimoniais pela posição hierárquica que ocupa, carregada com os respectivos simbolismos, como títulos, máscaras, prenomes e funções sociais.

Passa-se, então, ao próximo momento da construção da noção de pessoa ou da “persona”, matriz da idéia que temos atualmente na sociedade ocidental moderna. Essa noção tem berço latino, mais precisamente romano, e se dá a partir de um grupo, possivelmente remanescente de um clã local. Esse pequeno grupo participava de cerimônias e rituais locais que propiciavam a ele um nome que lhes atribuíam certos privilégios. O último momento teria sido a aquisição de prenomes, nomes e sobrenomes, de modo que o sobrenome indicava o lugar da pessoa em relação aos seus ancestrais e, por isso, não era passível de mudança. (MAUSS, 2003)

Segundo Mauss (1974), o complemento para a noção de pessoa seria resultado do cristianismo, que teria resultado em uma moral social, sobre a qual a noção de pessoa tem fundamento. “É a partir da noção de um que a noção de pessoa foi criada, penso que a propósito das pessoas divinas, mas ao mesmo tempo, a propósito da pessoa humana, substância e forma, corpo e alma, consciência e ação.” (p.236) Essa sua idéia foi, posteriormente, desenvolvida por Louis Dumont em “O Individualismo” (2006), trabalho que reúne os resultados de sua pesquisa na Índia.

A obra de Dumont é fortemente dedicada à Marcel Mauss. Em “O individualismo” (2006), Dumont procura estabelecer o limite em que a formação

social da pessoa é reduzida, em substituição à noção de indivíduo. O autor encontra a explicação sob a alçada do cristianismo: teria sido nos primeiros séculos do estabelecimento da igreja, na Europa, que o indivíduo passara a ganhar importância. E, justiça seja feita, esse indício já havia sido apontado por Mauss.

Em todo caso, sua pesquisa sobre a sociedade de castas na Índia serviu de base para a compreensão da diferença entre pessoa e indivíduo. A pessoa está imersa na ordem social e, portanto, vive em função dessa ordem, ou ainda, trata-se de alguém no mundo. Por sua vez, na Índia, eram sábias as pessoas que abriam mão do mundo e viviam em situação “extramundana”. A abdicação da vida social configurava uma representação em que o viver fora do mundo, alheio ao grupo social, traria benefícios de cunho individual (DUMONT, 2006). Creio ter sido essa a grande contribuição de Dumont para o debate aqui exposto. Na Europa, teria sido por influência do cristianismo que o individualismo surgira primeiro por meio da Igreja Católica e, posteriormente, encontrando seu auge com Calvino.

DaMatta (1981) apresenta um quadro bastante esclarecedor, apontando as características de indivíduo e pessoa, o que acentua as suas diferenças (p.175):

INDIVÍDUO	PESSOA
Livre. Tem direito a um espaço próprio.	Preso à totalidade social, à qual se vincula de modo necessário
igual a todos os outros	complementar aos outros
tem escolhas, que são vistas como direitos fundamentais	não tem escolhas
tem emoções particulares	
a consciência é individual	a consciência é social
faz as regras do mundo onde vive	recebe as regras do mundo onde vive
não há mediação entre ele e o todo	a segmentação é a norma

Como anteriormente mencionado, o debate sobre a Antropologia da Pessoa ingressa no Brasil por meio de um seminário proposto pelo Museu Nacional, no Rio de Janeiro. Cada apresentação ganhou um artigo, constituindo o número 32 do Boletim do Museu Nacional, série de Antropologia, em maio de 1979.

Ainda que o texto inicial de abertura da coletânea seja “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras”, creio que o texto de Cunha (1979) apresenta uma reflexão que não se pode descartar:

“A sessão de hoje leva o título de ‘A construção da Pessoa nas sociedades indígenas do Brasil’. Título que se quis abrangente, mas que pode causar certa perplexidade, pois, a menos de tomar os termos em acepção lata, ele coloca, me parece, como não problemática, a existência de uma categoria de pessoa nas sociedades indígenas. Se, por certo, uma sociedade não se pode pensar em seu acervo de papéis, de *personae*, se ela dispõe também de um ideário sobre o que constitui a individualidade de um homem, não é claro que ela tenha necessariamente uma categoria ou simplesmente uma noção de pessoa. Esta, como escreveu há uns tantos anos Ignace Meyerson, ‘não é um estado simples e uno, um fato primitivo, um dado imediato: a pessoa é mediata, construída e perplexa. Não é uma categoria imutável, co-eterna ao homem, é uma função que se elabora diversamente através da história e que continua a se elaborar diante de nós’ (MEYERSON, 1973, p.8). Categoria histórica e cultural, portanto. Coisas que Mauss já havia aliás mostrado, quando retraçava a emergência da pessoa, ligando-a a condições de tempo e espaço, e inserindo-a em modos de organização, de ação e de pensamento.”

Essa reflexão de Manuela Carneiro da Cunha apresenta os limites para o estudo da pessoa: pensar a construção da pessoa não significa o mesmo que admitir previamente a existência de uma noção de pessoa em dado grupo social. Esse alarme é importante para estimular o pensamento sobre a disciplina, porém, os trabalhos apresentados nesse seminário, e o de Cunha incluso, ressaltam a existência da noção prévia de pessoa, e que essa noção é

marcada pela tradição do grupo social e do momento histórico em que vive, exatamente como previa Marcel Mauss.

Para pensar a “construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras”, Seeger, DaMatta e Viveiros de Castro buscaram primeiro compreender e estruturar a noção de pessoa como categoria antropológica. “Na concepção da pessoa como agregado fixo de papéis assume-se, na verdade, um nódulo fixo, por baixo da variação infinita de papéis que os indivíduos, de sociedade para sociedade, ao longo da história puderam assumir.” (p.5) O argumento central dos autores no artigo é afirmar que os conceitos-chave da Antropologia clássica não respondem às necessidades analíticas das sociedades indígenas brasileiras. Para isso, apresentam a proposta de “corporalidade” como categoria de análise, uma vez que ela permitiria a compreensão da formação da pessoa nos grupos indígenas sul-americanos.

Ainda que os outros expositores desse seminário não indiquem a mesma necessidade apontada pelos autores previamente citados, os trabalhos de Vietler (1979) e de Cunha (1979) passam necessariamente pela compreensão da corporalidade para chegar à formação da pessoa.

“A noção de pessoa entre os Bororo” é o título da exposição de Vietler (1979). “Se quisermos enveredar pela pesquisa da noção de pessoa, é necessário estabelecer os elementos constitutivos do ‘eu’ social a partir de um contexto espaço-temporal muito fluido e variável. Coisa que escapa à eficácia explicativa dos modelos estruturais” (p.21). Segundo a autora, entre os elementos constitutivos da pessoa bororo está o nome:

“Se para nós o feto já constitui uma referência social, para os Bororo esta só é outorgada ao indivíduo por ocasião da cerimônia de nomeação. O bebê recebe um nome pessoal, um rosto (ele é enfeitado com uma touca de plumas de pato que recobre todo o seu corpo com exceção do rosto), um *le* (ponta do meu corpo, rosto, nome de vida) associado à perfuração do lábio inferior dos meninos e dos lóbulos de orelhas de meninos e meninas, à outorgação de enfeites nas partes moles da cabeça (labretes, brincos) e à formação de cabeça (touca de plumas, kiogoaro – enfeite no occipício e colares). Nominador e nominado se devem, além de respeito, a comida – que circula entre a choupana da mãe do bebê e a da mulher do seu nominador, o seu tio materno. (...) Pela nomeação a criança é associada a um código de hospitalidade de vitalidade tribal pois *Nomem est Numen*, razão pela qual os nomes devem ser cuidadosamente selecionados segundo contingências variáveis no tempo e no espaço, o que também explica a outorgação não de um mas de vários nomes a uma mesma criança.” (p.24-6)

Além desse primeiro nome, os Bororo também ganham da sociedade os nomes de caça e dos heróis míticos, marcando seu lugar na sociedade.

O último texto do seminário é de Viveiros de Castro, “A fabricação do corpo na sociedade xinguana”. Segundo o autor:

“a fabricação subordina a natureza informe aos desígnios da cultura: produz seres humanos. A metamorfose reintroduz a imprevisibilidade na ordem humana: transforma os homens em animais ou espíritos. Ela é concebida como uma modificação de essência, que se manifesta desde o nível da gestualidade até, no limite, o nível da mudança de forma corporal. (...) A fabricação é a criação do corpo; mas do corpo *humano* (da pessoa, portanto) e, nesta medida, apoia-se em uma negatividade: numa negação de possibilidades do corpo ‘não-humano’.” (p.41)

Nesse sentido, pensar a força do corpo social, expressa no corpo da pessoa, se apresenta como forma legítima de estudo antropológico. Ora, se a corporalidade se apresenta como categoria analítica para a compreensão das sociedades indígenas sul-americanas, sustento que a importância adquirida pelo corpo em nossa sociedade também faz com que ele seja uma chave relevante para a compreensão de nosso universo.

Para pensar o ser humano, sempre evoco os ensinamentos de Marcel Mauss (2003): devemos fazer uma análise “cultural, psicológica e biológica”. Se o próprio Mauss deixou a cargo de biólogos e de psicólogos a responsabilidade sobre as suas respectivas áreas, eu nada teria a contribuir a partir de outro ângulo, que não o da Antropologia. Logo, é sob esse enfoque, embora ciente de que as variáveis biológicas e psicológicas sejam igualmente importantes, que a sexualidade será tratada neste capítulo.

A vinculação de papéis sociais distintos para homens e mulheres é uma associação praticamente automática em nossa sociedade. Durante minha pesquisa de mestrado, investiguei quais os desdobramentos de um ideal feminino, em que a mulher seria dócil, materna e submissa por natureza, que retornara em nossa sociedade no final do século XX, por meio de um novo movimento religioso denominado de Nova Era. De fato, esse problema aguçava a minha curiosidade, haja vista que os esforços das mulheres ocidentais na década de 1960 em prol do direito de igualdade entre homens e mulheres, muito marcaram a minha formação. Mesmo após anos da defesa de minha dissertação, sempre pensava no sentido da equiparação, não apenas econômica e de direitos sociais, mas de temperamento – para usar termo de Margareth Mead –, ou seja, as mulheres não seriam dóceis, submissas e maternas por natureza. Porém, recentemente, essa pergunta tem apresentado outra formulação para mim: se as mulheres não teriam aquelas características impressas biologicamente, por que os homens seriam mais racionais, dominadores e violentos por natureza? Com exceção de que a violência pode ser explicada pela produção maior de testosterona, os outros atributos não têm explicação biológica para tanto.

É óbvio que essa questão nada tem de original. Basta conhecer um pouco de Antropologia para poder encontrá-la formulada de diferentes maneiras. Mas, uma coisa é entender que homens e mulheres podem tomar papéis distintos de nossa referência social em locais isolados e em épocas distantes, e outra coisa é escapar da armadilha do pensamento evolucionista abrigado em nosso umbigo, de que em nossa sociedade os papéis de homens e mulheres também foram culturalmente construídos e que, por isso, um homem não é masculino “por natureza”.

Ainda assim, ao ler etnografias, não é incomum observar a existência da divisão sexual do trabalho, por exemplo. O ensaio de Clastres (2003), “O arco e o cesto”, é um excelente exemplo de que um homem não é resultado apenas da natureza, mas é a cultura que o regula como um ser social. Esse autor observou que tanto o arco como o cesto eram símbolos identificadores de gênero entre os Guayaki. Nessa sociedade, o homem era reconhecido como homem porque caçava, e a mulher era assim reconhecida porque coletava. Longe de simplificar a divisão sexual do trabalho dos Aché entre homens/caça e mulheres/coleta, o fato de interesse aqui se dá na análise do autor sobre duas pessoas do sexo masculino, porém portadores do cesto, ou seja, coletores. Um deles rejeitava o arco, tinha os cabelos mais compridos do que os outros homens e assumiu o papel de mulher no grupo; o segundo era viúvo e, por não ter nenhuma habilidade com o arco, era incapaz de suprir as necessidades de uma família; portanto, para sobreviver só lhe restava a coleta. Este segundo homem partia para a coleta com o cesto carregado no peito, assim como os homens faziam com o arco, na tentativa de reafirmar sua posição masculina perante o grupo. Segundo Clastres, esse último era

desrespeitado por todos, inclusive pelas crianças, uma vez que se mostrava incapaz de exercer o papel de homem. O primeiro, ao contrário, foi assimilado pela tribo como mulher, servindo, inclusive, de parceiro sexual para alguns caçadores.

Margareth Mead (2006), por sua vez, estudou três tribos distintas da Nova Guiné: os Arapesh, os Mundugumor e os Tchambuli. O objetivo de sua investigação era compreender se de fato o temperamento das pessoas varia de acordo com o sexo, e sua hipótese era de que não: o temperamento seria um elemento culturalmente determinado. A convivência com as três tribos, escolhidas ao acaso, como Mead gosta de frisar, proporcionou a resposta que ela esperava encontrar. Entre os Arapesh, o comportamento observado foi materno e dócil, tanto por parte dos homens quanto das mulheres. O comportamento oposto foi identificado entre os Mundugumor, de modo que tanto homens quanto mulheres se mostravam agressivos e competitivos. Já entre os Tchumbali, os homens eram mais passivos, sensíveis e voltados às artes, ao mesmo tempo que as mulheres eram os motores da economia, responsáveis pelo sustento da tribo, e sexualmente mais ávidas. Tanto que, segundo Mead, quando uma jovem mulher se tornava viúva, representava um problema para o grupo, uma vez que “se ela tem uma vulva”, ela teria dificuldade de conter as suas necessidades sexuais.

Esses exemplos observados por Mead reiteram a sua hipótese de que o temperamento de uma pessoa não é vinculado ao seu sexo, ou seja, trata-se de um fator cultural que, portanto, não é determinado por elementos biológicos. Em todo caso, antes desse estudo de Mead, Malinowski, em “A vida sexual dos selvagens”, já relatava que, entre as tribos do norte da Melanésia, as mulheres

apresentavam grande furor sexual. Logo, as informações apresentadas por Mead e Malinowski revelam que, ao contrário do que argumentam os homens ocidentais, nem sempre o homem é a parte inquieta numa relação de cunho heterossexual.

O modo pelo qual o temperamento e o papel sexual são atribuídos a um indivíduo depende exclusivamente das escolhas selecionadas pelos diferentes grupos. Mead mostrou como o processo de socialização – embora não com essas palavras – especificamente trabalhado durante a primeira infância, é responsável pela assimilação dos indivíduos pelo grupo. Entre os Arapesh das montanhas, por exemplo, aprende-se desde muito cedo que as brigas e os sentimentos de raiva e ódio não são tolerados pelo grupo. Já entre os Mundugumor, onde o sistema de organização de parentesco é dado pela corda⁸, o filho rivaliza com o pai visando a obtenção de novas esposas, enquanto as filhas rivalizam com a mãe pela atenção do pai. Nesse esquema, meninos e meninas são formados a partir do princípio de competitividade.

Não é necessário um raciocínio extraordinário para inferir que, se em sociedades de tipo tradicional as pessoas assimilam o leque de valores selecionados pelo seu grupo por meio da educação, aqui compreendida em amplo sentido, o mesmo ocorre em sociedades mais complexas. Deve-se levar em consideração que nas sociedades modernas, caracterizadas, dentre outros valores, pela racionalidade e pela busca da liberdade, há a presença marcante da idéia individualista.

⁸ Corda – Sistema de descendência Mundugumor, caracterizado pela descendência das filhas à linhagem paterna e pela descendência dos filhos à linhagem materna. “Uma corda é composta de um homem, suas filhas, os filhos de suas filhas, as filhas dos filhos de suas filhas; ou, se a contagem começar pela mulher, a corda é composta de uma mulher, seus filhos, as filhas de seus filhos, os filhos das filhas de seus filhos, e assim por diante.” (MEAD, 2006, p.178)

Como mostrou Dumont (1985), as análises sociais podem partir de dois princípios: o primeiro entende que o homem é um ser social e, por isso, compreender a sociedade em que se vive seria praticamente o mesmo que compreendê-lo; o segundo entende que o indivíduo seria a menor unidade da sociedade, e a configuração da sociedade se daria como resultado da interação de indivíduos. Nesse sentido, no primeiro enfoque, a pessoa seria resultado da sociedade, e no segundo, a sociedade resultado da interação entre os indivíduos. Não tenho intenção de me posicionar frente a esse “duelo sociológico”, mas tenho clareza de que o ponto de vista da Escola Sociológica Francesa, embora não responda a todas as necessidades de compreensão do indivíduo moderno, certamente responde àqueles traços culturais que a sociedade tende a enxergar como “naturais”. Especificamente no caso da construção do gênero, o enfoque de Mauss e Durkheim tende mais a elucidar do que a confundir.

Aquilo que Mead (2006) propôs como tese, foi uma idéia largamente difundida na segunda metade do século XX: passou-se a diferenciar o mecanismo biológico, por meio do qual o ser humano nasce, do componente cultural, através do qual é formado. Nesse sentido, o termo *sexo* passou a designar a categoria biológica determinada por seu nascimento: sexo feminino se refere àquelas pessoas que possuem vulva ao nascer, e sexo masculino àquelas portadoras de pênis. Já o termo *gênero* passa a expressar a representação das características e/ou comportamentos sociais adquiridos e transmitidos segundo a determinação de seu sexo.

A tradição da sociedade ocidental se apóia na idéia de que a mulher seria um ser frágil, dependente do homem, cuja tarefa máxima se daria na vida

privada, cuidando da casa e da família. Por outro lado, ao homem seriam atribuídas as funções de sustentabilidade econômica do lar, de modo que ele exerceria uma vida pública, não apenas na esfera do trabalho, mas também nos campos social e político (DEL PRIORE, 2009). No Brasil, segundo Singer (1980), foi na década de 1920 que ocorreu o primeiro movimento de mulheres: o movimento feminino. Esse movimento foi organizado por donas de casa das camadas média/alta da sociedade, em conjunto com as paróquias de bairros, para qualificar as mulheres das camadas mais subalternas para o mercado de trabalho. Assim, eram oferecidos cursos de corte, costura, bordado e outras ocupações tidas como tipicamente femininas. Esse foi o momento em que as mulheres começaram a exercer mais fortemente sua autonomia financeira no seio da família. Ainda que nada científica, creio que a letra da música de Noel Rosa (2002), composta em 1936, ilustre alguns efeitos desse movimento sobre os homens:

“Você vai se quiser...
Pois a mulher
Não se deve obrigar a trabalhar,
Mas não vai dizer depois
Que você não tem vestido
Que o jantar não dá pra dois

Todo cargo masculino
Desde o grande ao pequenino
Hoje em dia é da mulher
E por causa dos palhaços
Ela esquece que tem braços
Nem cozinhar ela quer

Os direitos são iguais,
Mas até nos tribunais
A mulher faz o que quer
Cada um que cate o seu
Pois o homem já nasceu
Dando a costela à mulher”

O temor da mulher que “esquece que tem braços”, de Noel Rosa, tende a se intensificar durante todo o século XX, especificamente após a década de 1960. O chamado movimento feminista tinha por objetivo o reconhecimento de igualdade das mulheres perante aos homens, em termos econômico, político e social. Iniciado entre as mulheres estadunidenses, esse movimento logo se estendeu por todo o Ocidente moderno, invadindo, inclusive, a área acadêmica dos estudos sociais. Uma das hipóteses apresentadas pelas feministas acadêmicas era a de que as próprias instituições sociais seriam as responsáveis pela disseminação da visão masculina de mundo, uma vez que teriam sido criadas por homens (RONDINELLI, 2002). É fato que as mulheres e as outras chamadas minorias adotaram os movimentos sociais para, ao menos em parte, conquistarem seus direitos específicos, mas isso não aconteceu com os homens. Como mostraram Saffioti e Almeida (1995), os movimentos sociais, especificamente o feminista, busca os seus direitos em um mundo organizado em prol dos benefícios masculinos. No entanto, direitos particulares de cuidado com a saúde nunca seriam objeto de interesse masculino, haja vista que quaisquer tipos de fragilidade não respondem à masculinidade normativa, conforme opinião de Gomes (2008).

É necessário ressaltar que a dualidade criada e socialmente imposta – homens/mulheres – apresenta, na realidade, especialmente na atual, nuances muito mais delicadas do que essas duas categorias são capazes de abarcar. O que caracteriza um homem? E o que caracteriza uma mulher? Essas deveriam ser questões de fácil resposta. O trabalho de Margareth Mead, mencionado anteriormente, já demonstra que o temperamento não é fator delimitador. A

“bagagem biológica”, como muitos autores gostam de chamar a bolsa escrotal e o pênis, para os homens, e vagina, útero e ovários, para as mulheres, também traz muitos problemas. Gostaria de citar, sobre o assunto, o trabalho de Fausto-Sterling (2002), “Dualismos em duelo”.

A apresentação deste artigo é iniciada a partir de uma polemica ocorrida nos Jogos Olímpicos de 1988 que, creio, vale a pena descrever. Desde a divisão bipolar do mundo – socialista e capitalista – havia rumores de que alguns atletas socialistas se travestiam para competir entre as mulheres e (como se isso fosse lógico), ganhar mais medalhas para o seu bloco representante, provando, portanto, a sua superioridade. Desde então o COI (Comitê Olímpico Internacional) instaurou um “exame de sexo”, com o objetivo de revelar se as mulheres eram de fato mulheres, o que se dava por meio da verificação visual da existência de seios, quadris largos e vaginas nas atletas participantes das Olimpíadas. Não sem motivo, esse exame era alvo de muitas reclamações por parte das mulheres, uma vez que consideravam este método “observador” extremamente invasivo e constrangedor. Devido aos constantes ataques, o COI manteve o exame de sexo, mas modificou o método pelo qual era feito; a partir de então, passou a adotar critérios biológicos como base: para a Genética, mulher é qualquer ser humano que possui os cromossomos XX em seu código; e homens são aqueles cujo código é marcado pela presença dos cromossomos XY. Logo, o COI pede às atletas que levem à competição o exame genético antecipadamente feito. No entanto, pressupondo que algumas atletas pudessem esquecer a prova de que seriam mulheres de fato, o comitê coloca à disposição das mulheres um “escritório central de feminilidade”, para que haja certificação de que as mulheres seriam realmente mulheres.

Infelizmente, foi desse modo que Maria Patiño – atleta espanhola de corrida com obstáculos – descobriu que aos olhos do COI ela não era mulher: “ela podia parecer mulher, tinha a força de uma mulher e nunca tivera razão para suspeitar que não fosse mulher, mas o exame revelara que as células de Patiño continham um cromossomo Y e que seus lábios ocultavam testículos. Além disso, ela não tinha nem ovários e nem útero”. (FAUSTO-STARLING, 2002, p.11) Sem compreender o que estava acontecendo, Patiño foi posteriormente diagnosticada com a “síndrome de insensibilidade ao andrógeno”. Simplificadamente, significa dizer que seu corpo produzia regularmente testosterona, porém havia um impedimento para que as células captassem os sinais masculinos. Logo, se seu corpo não respondia a testosterona, mas ao estrógeno produzido na puberdade por qualquer indivíduo com o cromossomo Y. Isso fez com que o corpo de Patiño desenvolvesse seios, quadris e cintura visivelmente femininos. Após preparar sua defesa e confrontar a Federação Internacional de Atletismo Amador, a atleta se submeteu a exames de medição de ombros e estruturas pélvicas para definirem se sua condição de feminilidade era suficiente para competir. Assim, foi readmitida à seleção espanhola de atletismo – na categoria feminino –, ainda que o COI não a tenha reconhecido como mulher.

O caso de Patiño apresenta uma reflexão fundamental: como é possível ser mulher para um órgão oficial e não ser mulher para outro? Como é possível se entender como mulher uma vida inteira e, de repente, um exame biológico lhe diz que você é um homem? É por isso que a idéia de gênero, como um sexo culturalmente constituído, tende a responder melhor às questões sociais do que os limites puramente biológicos.

No auge do movimento feminista, muitos outros movimentos sociais surgiram em prol de reconhecimento civil, como é o caso da população negra buscando igualdade com a população branca, e dos homossexuais em relação aos heterossexuais. Em todo caso, parece haver um único tipo de ser humano que tende a não sofrer discriminações: homem, branco, de alto poder aquisitivo, heterossexual, cristão e ocidental. De modo algum nego que esse ideal seja normativo em nossa sociedade – até porque o meu lado feminista não permitiria. Assim, é indiscutível que na literatura sobre o movimento feminista, ou naquela que derivou dele, há um imperativo: a masculinidade é constituída a partir das relações estabelecidas socialmente com as mulheres, e ela se dá a partir de condições comportamentais de superioridade masculina em detrimento da feminina. Segundo Judith Butler (2007) é nessa esfera relacional que os trabalhos sobre gênero apresentam reais contribuições para o debate.

Não há como não invocar aqui um dos mais clássicos conceitos antropológicos, o de alteridade: é por meio do contato e da estranheza com o outro que a noção de identidade é construída. Ou seja, é a partir da alteridade que se diz ao indivíduo e/ao seu grupo quem ele é, e qual a sua importância, constituindo-se a partir do estabelecimento das relações de oposição ao outro. Assim é entre tribos indígenas, entre negros e brancos, entre homossexuais e heterossexuais e, sem dúvida, entre homens e mulheres. (CLASTRES, 2004; TODOROV, 2010)

A formação da identidade masculina ocidental tende a se estabelecer em função da negatividade: homem *não* chora; homem *não* aceita a desonra; homem *não* leva desaforo para casa; homem *não* foge de briga; homem *não*

deve ter proximidade corporal com outros homens; homem *não* deve ser emocional, e assim por diante. Tantos imperativos sociais me levam a pensar que também não deve ser fácil tornar-se um homem: há muitas coisas que, aos homens, não é permitido fazer. Restrepo (1998, p.12) observa isso muito bem:

“Não obstante querer romper o véu que oculta a ternura num campo de não ditos e de completa invisibilidade, ainda surgem muitos temores ao enunciar um discurso sobre ela. Em primeiro lugar, quando é um homem que se atreve a falar do tema – como é o meu caso – aparece de imediato o fantasma da efeminação. A ternura só é reconhecida como parte do amor maternal ou na relação da criança com seu ursinho de pelúcia. Na sexualidade também não tem cabimento: em vez de ser considerada um ato de ternura, é concebida como uma conquista. Alguns ditames da nossa cultura proíbem ao homem falar da ternura ou abrir-se à linguagem da sensibilidade, pois em sua educação insistiu-se em que deve mostrar dureza emocional e autoridade a toda prova”.

Machado (2004) apresenta duas faces da masculinidade, principalmente a da latino-americana, que tendem a ser complementares: os *homens honrados* e os *bichos danados*. Homens honrados são aqueles que se entendem como pais de família, supridores das necessidades materiais do lar e que, portanto, agem a partir da ótica de domínio sobre suas mulheres e/ou filhos. Já os bichos danados se referem a homens jovens, irresponsáveis e “donos” do lugar onde vivem. Ambos tendem a se utilizar da violência, seja para a manutenção de sua honra, seja para a manutenção do domínio territorial.

“O principal é pensar que atributos masculinos de longa duração derivam de formas patriarcais ocidentais que, apesar de sua diversidade no espaço e no tempo, alcançaram um amplo espectro geográfico e temporal. Tais características giram em torno da centralidade do poder masculino e de sua prerrogativa quanto ao exercício do controle em nome do grupo parental.” (MACHADO, 2004, p.57)

Especificamente no caso do homem mexicano, Paz (2006) afirma que há duas possibilidades de ele se constituir como homem: “*chingar* ou ser

chingado” (p.74). O termo se refere aos atos de “humilhar, castigar e ofender”. Ou o inverso”. Segundo o autor, o termo *chingar* define parte da vida do homem mexicano, assim como qualifica as relações do homem com o resto do grupo em que está inserido. Logo, a incorporação do *chingar* remete ao exercício do poder e da violência, que Paz (2006) aponta como um dos atributos do macho.

Não é à toa que a violência surge como o elemento mais recorrente nos estudos sociais relacionais sobre gênero (NAHOUM-GRAPPE, 2004; MACHADO, 2004). O homem, para manter a disciplina da mulher, recorre muitas vezes ao embate corporal; o homem cristão, para manter a sua posição religiosa como central, precisa destruir as outras; o homem branco, para manter o seu lugar social, precisa rebaixar o negro. Isso nada mais expressa do que os mecanismos de manutenção de poder, já descritos por Foucault (1977). O mesmo ocorre com os homens heterossexuais em relação aos homossexuais. Por quê? Mesmo um homem branco, ocidental, cristão e de alto poder aquisitivo é discriminado apenas por uma escolha: com quem decide manter relações sexuais. Embora pareça tolo, há dois pontos fundamentais que devem ser levantados: o primeiro se refere ao fato de um homem permitir que outro homem entre em contato com seu corpo; e o segundo se dá a partir da não dominação da mulher, uma vez que ela não é a sua escolha. Logo, sob a ótica tradicional da nossa sociedade, o homem homossexual deixa de ser homem duas vezes. E o caso dos bissexuais? E dos transgêneros? Esses parecem impor um nó ainda maior à compreensão tradicional da masculinidade.

Mesmo no que se refere à afirmação da masculinidade, ela também se constrói, segundo DaMatta (1997), em função de referências externas: “entre nós, assim, os homens são superiores até um certo ponto e os machos até outro”.

Kimmel (1987) revela que o comportamento dos homens vem sendo recentemente modificado. Segundo ele, nos Estados Unidos, os homens têm ampliado as suas participações na esfera doméstica, de modo a auxiliar as mulheres nos serviços do lar e na educação e cuidado com as crianças. Sem dúvida esse fato vem se mostrando significativo entre homens das camadas médias e altas da sociedade ocidental moderna. Mas, a pergunta que fica é: na medida em que os homens participam mais da vida privada de sua família, as suas concepções de masculinidade têm mudado? Será que eles deixam de se sentirem *homens honrados* ou *bichos danados*? Será que essa tendência de dividir as responsabilidades domésticas, assim como a maioria das mulheres hoje divide a responsabilidade do sustento material, significa respeitar a mulher como um ser igual, e não como alguém quem se toma como propriedade? Em outras palavras: essa tendência de modificação do comportamento masculino relativo às tarefas mencionadas implica em uma nova concepção de masculinidade? Implica em redução da violência? Implica em se considerar como um ser portador de um corpo frágil, que necessita de cuidados tanto quanto a mulher, as crianças ou os idosos? Suspeito que não. Caso contrário, não haveria tantos clamores pela “mudança das concepções de masculinidade⁹”.

⁹ Como pode ser visto no discurso de apresentação da OPAS no Seminário “A Saúde do Homem das Américas” e no artigo de Belló *et al* (2008).

Connell (2003) entende que a masculinidade também se constitui a partir do corpo, particularmente a partir de práticas corporais. Entende que o processo corporal, ao pertencer aos processos sociais, faz parte da história individual e coletiva, e é possível objeto de política.

Los cuerpos, en su carácter de cuerpos, son importantes. Envejecen, se enferman, disfrutan, se reproducen, dan a luz. Tanto la experiencia como la práctica poseen una dimensión irreductiblemente corporal; es imposible no considerar el sudor, por ejemplo. (...) Una de las pocas cosas apremiantes que resultaron de la bibliografía de rol masculino y de los libros que tenían como tema a los hombres fue la catalogación de los problemas a los cuales se enfrentan los cuerpos de los hombres: desde la impotencia y el envejecimiento hasta los peligros a la salud relacionados con el trabajo que realizaban, las lesiones violentas, la pérdida del orgullo deportivo y la muerte prematura. Peligro: el rol sexual masculino puede resultar dañino para la salud.” (p.81)

Também partidário da tese que a masculinidade se constitui a partir do corpo, Roberto DaMatta (1997, p.36) analisa a brincadeira “Tem um pente aí?”¹⁰, prática corrente em sua infância, cujo atitude do agente da brincadeira era passar a mão no traseiro do colega:

“Era mais um modo histriônico e um tanto grosseiro de tratar os outros, pois se constituía num gesto ritual, destinado a moldar nossa masculinidade. Ou seja, a brincadeira era um modo ritualizado, posto que ambíguo, arbitrário, repetitivo e socialmente aprovado, de chamar a atenção para uma parte sagrada do corpo masculino: o traseiro. Um pedaço do corpo que, naquela cultura, era tido como especial, tinha de ser colocado à parte e, sendo tabu, só poderia ser tocado em circunstâncias especiais, por pessoas especiais. Ademais, se a pessoa era verdadeiramente Homem (com agá maiúsculo, como se dizia), deveria ser uma área do corpo absolutamente insensível a qualquer toque ou passe”.

¹⁰ Brincadeira já descrita na Introdução deste trabalho.

***A SAÚDE DO HOMEM
E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE***

4.1. *Formação do Estado Moderno e Políticas Públicas.*

A formação do Estado Moderno ocidental originou um tipo de sistema de governo sem precedentes na história: a democracia. Trata-se de um tipo específico de regulação do Estado caracterizado pelo conjunto de instituições em que a luta pelo poder é regulada pela deliberação da maioria, incluindo-se, nesse quadro, as próprias regras de regulamentação desse processo. Segundo Dahl (2001), algumas vantagens do regime democrático em relação a outros tipos de governo são: evitar a tirania; garantir os direitos essenciais do cidadão; propiciar a liberdade geral; e, ao mesmo tempo, proteger interesses fundamentais.

Nos países europeus em que a formação do Estado se deu de modo mais acelerado, esse processo foi acompanhado pela inserção dos ideais liberais em sua estrutura. O liberalismo político encontrou seu maior defensor em John Stuart Mill (2010), especificamente com sua obra “Sobre a liberdade”, uma apologia da capacidade de escolha de cada indivíduo. Este autor argumentava que a liberdade só seria possível à medida que o Estado e a sociedade minimizassem suas influências sobre seus membros. A inserção dessas idéias na estrutura do Estado só poderia seguir um caminho: cada indivíduo seria responsável por si, isentando o Estado ou a sociedade de qualquer responsabilidade sobre as suas condições de vida. No entanto, logo ocorreu a compreensão de que havia um equívoco nessa lógica, uma vez que as condições das quais os indivíduos partem no início de sua vida, influenciados pela cultura familiar e local, são determinantes em seu processo

de escolha, o que aponta para um quociente muito menor de liberdade para esse indivíduo do que pretendia a teoria liberal.

A partir daí, ocorre a implantação de um novo modelo de organização do Estado que pretende suprir as diferenças de condições de vida existentes na sua população. Para tanto, o Estado passa a financiar o que se entende por elementos básicos para a vida do indivíduo, apresentando reflexos na estrutura de base social, o que inclui a formação familiar e de gênero (DRAIBE, 2007). Esse processo tem início com a educação pública e obrigatória e, ao longo do tempo, passa a abranger os campos da saúde e da previdência, sem deixar de mencionar a sua influência na estrutura de base social (DRAIBE, 2007). Tal modelo de prática governamental foi denominado de Estado de Bem-Estar Social e começou a ganhar força em todo o continente europeu durante o século XIX. Após a Segunda Guerra Mundial são estabelecidas normas mais rigorosas dos direitos sociais, especificamente as políticas de educação, de saúde e de previdência. (TILLY, 2006)

Seguindo a mesma lógica, esse modelo teve ingresso nos países latino-americanos. Porém, aqui, as condições econômicas e sociais de propiciar o bem-estar social eram bastante distintas daquelas vigentes na Europa, resultando em um tipo de prática governamental bastante diferente da europeia, o que leva muitos autores a afirmarem que o Estado de Bem-Estar Social jamais foi implantado na América Latina. O trabalho de Draibe (2007) mostra que existem tipos de bem-estar social distintos, incluindo muitos países que atravessaram o processo de desenvolvimento tardiamente, descrevendo a grande maioria dos casos latino-americanos.

O caso da América Latina é bastante particular, pois o processo governamental que priorizou a implantação dos direitos sociais recebeu o rótulo de populismo. Segundo Calderon e Jelin (1987), o populismo é marcado principalmente pelo papel que o Estado toma para si, na posição de ator social. Trata-se de um tipo de Estado que menos reage às manifestações da sociedade do que as constrói, resultando em um “Estado ‘produtor’ da sociedade” (p.1). Na América Latina, alguns dos direitos sociais foram implementadas pelo Estado antes da própria manifestação da sociedade, como é o caso brasileiro do direito à previdência social. Isso implica necessariamente a observação de que o populismo “constituiu um reconhecimento, da perspectiva do poder, da existência sócio-política das classes subalternas; implicou igualmente na extensão de seus direitos de cidadania, tanto políticos quanto sociais” (p.4).

É nesse contexto que a saúde se reafirma como objeto de responsabilidade do Estado. É claro que com o decorrer dos anos, muitos foram os formatos que o vínculo saúde-estado tomou, mas o fato é que esse modelo é a base de todo o sistema público de saúde na América Latina até os dias de hoje.

No entanto, ainda que tenham atravessado uma fase voltada ao neoliberalismo na década de 1990, e tendendo a minimizar as responsabilidades do Estado sobre os seus cidadãos, os projetos governamentais na América Latina tendem a retomar a atenção à população, financiando tantos projetos sociais, que alguns governos – como o de Luís Inácio da Silva, no Brasil, e de Michele Bachelet, no Chile – chegam a ser classificados como populistas pela mídia local. Em todo caso, longe de entrar

no debate sobre se a América Latina passa por um momento neopopulista, o fato é que a educação, a saúde e a moradia continuam a ser, se não financiadas pelo Estado, ao menos parcialmente subsidiadas.

Talvez seja o momento de esclarecer que a América Latina está longe de ser um agrupado uniforme de países, apresentando condições políticas, econômicas e sociais semelhantes. Ao contrário: o termo América Latina foi cunhado pelos Estados Unidos, para designar todos os países que se encontram ao sul do Rio Grande, sem interesse em classificá-los a partir de suas semelhanças ou diferenças (FURTADO, 1970). É provável que uma das dificuldades no estudo dessa região reside, ao menos em parte, nas diferenças estruturais entre os países. Ora, como agrupar em uma mesma categoria países com sistemas colonizadores distintos, com modos de vida distintos, com PIB distintos, com graus de desigualdade distintos, existindo ainda diversas outras diferenças? É claro que responder a essa questão crucial para os estudos sobre América Latina não é a pretensão desse trabalho. Por outro lado, é fato que os sistemas de saúde da maior parte dos países latino-americanos não respondem às necessidades de sua população. Por isso, identificar as suas fragilidades e, acima de tudo, as suas particularidades, pode ser o elemento-chave para se repensar o sistema de saúde pública na América Latina.

Em todo caso, pensar a saúde pública por meio das Ciências Sociais não é uma tarefa simples, e se torna muito mais difícil quando se fala em América Latina, resultando em pouquíssimos trabalhos sobre a região. No entanto, foram recentemente editados trabalhos específicos que procuram apresentar o estado da arte da saúde coletiva na América Latina: Nunes

(1985), Minayo e Coimbra (2005) e uma edição especial do periódico *Ciência e Saúde Coletiva* (2003).

É de especial importância observar que essas poucas obras apontam à existência de problemas sociais que causam impacto sobre a saúde coletiva. Especificamente, esses problemas são classificados por meio das categorias drogas e violência, o que não acontece sem motivo: a maior parte da mortalidade por causas externas ocorre em função desses dois elementos. E, particularmente, essa taxa de mortalidade caracteriza o gênero masculino. Ou seja, comparativamente, as mulheres são bem menos afetadas por esses problemas.

Nesse sentido, o recorte de gênero é necessário para se compreender a realidade dos problemas sociais na América Latina. Curiosamente, até o final do século XX, drogas e violência eram os poucos alvos de preocupação em saúde coletiva em relação ao homem. Seria injusto deixar de mencionar que também se fazia objeto de interesse a saúde sexual masculina, especialmente após a década de 1980 com a emergência da AIDS, e o cuidado com a paternidade. Por outro lado, é impossível negar que essas preocupações apenas se estendem socialmente porque são alvos de interesses das mulheres: qualquer mulher quer segurança para as relações sexuais e quer um pai presente e atencioso em caso de maternidade.

4.2. *Movimentos Sociais, identidade masculina e cuidados com a saúde.*

Devido ao forte movimento feminista configurado na segunda metade do século XX, as mulheres sempre foram o alvo dos debates sobre gênero, na sociedade ocidental moderna. Falar sobre gênero implicava em discutir o papel da mulher na sociedade, quase sempre em antagonismo ao homem, figura idealmente detentora de poder:

Da mesma forma como a raça/etnia e a classe social, o gênero constitui um eixo ao longo do qual o poder é distribuído e/ou exercido. Sobretudo quando se fala em termos de categorias sociais de gênero masculino e feminino, convém lembrar que na busca do exercício do poder, trava-se uma luta permanente em razão da distribuição desigual de suas oportunidades. Isso constitui um importante elemento da categoria gênero. Gênero diz respeito à construção social do masculino e do feminino, modelos difundidos ideologicamente como opostos e, portanto, como complementares. (SAFFIOTI, ALMEIDA, 1995, p.196)

Ao contrário do gênero feminino e de outros grupos também tidos como minorias – negros e homossexuais, por exemplo -, os homens heterossexuais foram relegados a um segundo plano na discussão. Foi apenas a partir das duas últimas décadas do século XX que eles tornaram-se objeto de interesse da academia em nossa sociedade. Oliveira (2002) afirma que isso se deve à relação entre a noção de masculinidade na sociedade ocidental e sua história de dominação sobre os outros grupos sociais. Devido a tal hegemonia, os homens teriam historicamente construído uma sociedade voltada aos seus interesses, como mostrou Connell (2003).

O discurso da dominação masculina talvez seja o argumento mais utilizado pelo movimento feminista para reivindicar a igualdade entre os gêneros. Há, a propósito, uma passagem no texto de Saffioti e Almeida (1995, p.198) bastante reveladora:

“Os homens constituíram uma realidade sem gênero. A pretensa objetividade reflete, assim, o ponto de vista dominante, ou seja, masculino. Sob o pretexto de se tratar de uma perspectiva não-situada ou de um prisma universal, os homens impõem uma ‘objetividade’ que nega, em afirmando, sua dominância.”

Ora, essa lógica justificaria teoricamente a escassez de políticas de saúde voltadas à população masculina: se as políticas públicas seriam constituídas por meio da ótica masculina, então elas já se constituiriam em função das necessidades do homem, o que resultaria no esforço das mulheres e das chamadas minorias para conseguirem inserção no espaço das políticas.

O início das políticas de saúde para a mulher remonta à década de 80, com o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Este programa foi criado a partir de profissionais da saúde coletiva, em conjunto com ativistas do movimento feminista. Seu objetivo era proporcionar à mulher um cuidado maior do que aquele apenas voltado ao viés de mulher reprodutora (SHRAIBER, FIGUEIREDO, 2011).

Entretanto, especificamente no âmbito da saúde esse raciocínio não é tão lógico. Ora, uma vez que a fragilidade é uma característica tida como oposta à concepção de masculinidade, o homem não precisaria formular programas de saúde pensando em suas necessidades porque, teoricamente, ele não teria quaisquer necessidades. Ainda que se trate de um raciocínio essencialmente normativo, essa lógica – ou quebra de lógica – refuta o argumento de que o homem constrói as políticas sociais voltadas para si.

A década de 1980 também viu emergir o conceito de equidade, que ganhou relevância na área da saúde entre as décadas de 80 e 90 do século XX. Isso se deve, em primeiro lugar, à busca por reformas das políticas públicas de saúde em grande parte do planeta, incluindo o Brasil, que objetivavam a otimização da alocação dos recursos destinados à área da saúde, assim como também buscavam sua eficácia. (VIANA, FAUSTO, LIMA, 2003). É nesse contexto que o tema da equidade ganha visibilidade e passa a ser incorporado ao campo da saúde: todas as pessoas, independente de corpo, gênero ou condições sociais, deveriam ter o direito a receber tratamento.

Juntamente ao conceito de equidade, o campo da saúde desenvolveu um discurso de promoção à saúde, que busca fortalecer a idéia de autonomia do indivíduo. Não à toa, esta proposta se dá no contexto das sociedades capitalistas neoliberais, cuja perspectiva minimiza a responsabilidade do Estado, ao mesmo tempo que responsabiliza os indivíduos sobre si mesmos, como mostrou Czeresnia (2009).

Ao contrário do que parece, prevenção e promoção da saúde não apresentam o mesmo significado. Segundo Czeresnia (2009), o termo prevenção carrega o sentido de evitar o surgimento de doenças específicas, ao passo que o termo promoção da saúde apresenta significado mais amplo do que o da prevenção, uma vez que objetiva o incremento da saúde e do bem-estar geral do indivíduo.

Shraiber e Figueiredo (2011) mostraram que a falta de adesão de homens aos serviços de saúde, particularmente os de tipo preventivo, é característica masculina, ao menos na sociedade brasileira: “mais do que os tratamentos das doenças, a valorização do cuidado tem sido reiteradamente

apontada como questão a se criticar no modo como os homens lidam com sua saúde”. (p.20)

A tese de Figueiredo (2008) também pretende compreender os pacientes do sexo masculino e sua relação com o serviço de saúde, na cidade de São Paulo. Parte do resultado de sua pesquisa indicou que alguns entrevistados ressaltam que as necessidades de exames preventivos – não apenas os que violam o ânus – põem em xeque a autonomia e a independência dos homens. Isso exporia as fragilidades e vulnerabilidades dos homens, correndo o risco de tornarem-se dependentes e fracos, características tradicionalmente associadas ao feminino. Consideração essa reiterada por Oliveira (2002, p.241): “afastar-se da feminilidade (...) constitui de modo fundamental a integridade da honorabilidade masculina”.

Segundo Gomes (2008), os motivos pelos quais os homens pouco procuram os serviços de saúde são: 1) jornada de trabalho – o horário de atendimento dos serviços de saúde coincidem com o horário do turno de trabalho, dificultando o acesso; 2) medo de realizar exames preventivos e encontrar algum problema de saúde; 3) vergonha da exposição do corpo a outro homem ou mesmo mulher – especificamente no caso dos exames preventivos para o câncer de próstata, “eles falaram das resistências a mostrar partes do corpo tão íntimas, consideradas interditas” (p.55); 4) a falta de unidades de saúde especificamente voltadas para o cuidado do homem; 5) o modelo hegemônico de masculinidade.

O artigo de Sarti (2006) relata um caso em que um homem procura um hospital público, na cidade de São Paulo, para se queixar do sofrimento decorrente de abuso sexual. No momento da triagem, o atendente percebeu

que o protocolo de atendimento para abuso sexual era exclusivamente feminino. Primando pela autonomia de “burocrata de linha de frente”, o atendente dispensou o homem, afirmando que apenas mulheres poderiam alegar abuso sexual. Enquanto o homem se afastava do hospital, o caso se tornou o principal objeto de comentário, até cair no conhecimento da assistente social que, após repreender o atendente, o obrigou a encontrar o homem que já havia deixado o local. Esse relato é curioso, pois representa a quebra da lógica organizacional de um hospital perante um caso que é tratado como típico da mulher, no qual não se enquadram os homens, que teoricamente seriam fortes, viris e dominadores.

Como já mencionado anteriormente, a mortalidade por câncer de próstata é relevante em toda a América Latina. Segundo o INCA (2009), no Brasil, os tipos mais incidentes de câncer masculinos são o de pulmão e o de próstata, “acompanhando o mesmo perfil de magnitude observada para a América Latina” (p.03). As mesmas tendências são apontadas pela Estimativa 2012 (INCA, 2011). Nesse sentido, faz-se necessária uma descrição sobre o que é o câncer de próstata, quais os métodos preventivos e quais tratamentos podem ser utilizados em caso de desenvolvimento da doença. Para tanto, pretendo tratar do assunto de modo bastante didático, haja vista que essa tese pertence ao campo das Ciências Humanas, e não das Ciências Médicas.

5.1. A próstata.

Trata-se de uma glândula, específica dos indivíduos do sexo masculino, cuja principal função é produzir o sêmen, líquido que contém os espermatozoides (INCA, 2012; SAÚDE DA PRÓSTATA, 2012). Apresenta o tamanho de uma noz, pesando de 10g s 15g em indivíduo jovem, e localiza-se em ambiente composto pelos sistemas urinário e genital, abaixo da bexiga, além de ser atravessado pelo canal uretral. (SROUGI, 2003)

5.2. O câncer de próstata.

Segundo o INCA (2012), o câncer de próstata é o segundo principal tipo de neoplasia maligna que atinge a população masculina, apenas atrás do câncer de pele não-melanoma. O INCA ainda afirma que a neoplasia maligna de próstata é o tipo de câncer mais prevalente em homens no mundo, e que

sua taxa de incidência em países desenvolvidos chega a ser seis vezes maior do que em países subdesenvolvidos. Ademais, considera-se também como um “câncer da terceira idade”, uma vez que é a partir dos 65 anos de idade que ocorrem 75% dos casos mundiais.

Para Srougi (2008), o câncer de próstata é uma doença que atinge 18% da população masculina brasileira. São três os fatores que aumentam os riscos de desenvolvimento do câncer de próstata: as características raciais do homem, o local onde vive e a existência de casos na família. Especificamente, homens negros apresentam maior predisposição a desenvolver câncer de próstata.

Além disso, a incidência de câncer de próstata é particularmente alta em países escandinavos, intermediária no Brasil e nos Estados Unidos e baixa em países do extremo oriente. Em parte, isso se explica pela alimentação: o consumo de soja no Japão e Coreia é cerca de 90% maior do que nos Estados Unidos. Alimentos como tofu, missô e leite de soja são ricos em duas substâncias – genisteína e daidzeína – que, no organismo humano, são dotados de atividades estrogênicas, e os estrógenos são potentes contra o crescimento do câncer de próstata. Outra variação se dá a partir da incidência solar: a vitamina D inibe o desenvolvimento das células cancerígenas da próstata, o que responde a altíssima incidência de câncer de próstata nos países escandinavos e norte da Europa. (SROUGI, 2003)

5.3. Diagnóstico do câncer de próstata.

Segundo Srougi (2003), o câncer de próstata se mostra assintomático nas suas primeiras fases, aquelas em que é potencialmente curável. Nesse

sentido, apenas é possível detectar o câncer de próstata em sua fase curável a partir de avaliações periódicas anuais. Para tanto, o médico urologista pode se valer do exame de toque, da medição de dosagens no sangue do antígeno prostático específico (PSA) e, se necessário, do ultra-som transretal.

5.3.1. O exame de toque – realizado através do ânus, permite avaliar as características da próstata. Se irregular e endurecida, pode indicar quadro de câncer de próstata;

5.3.2. O Antígeno Prostático Específico – Proteína produzida exclusivamente pela próstata que, quando elevada (acima de 4,0 ng/ml) pode indicar quadro de câncer de próstata. No entanto, o exagerado crescimento benigno da próstata também pode elevar os níveis de PSA no organismo.

5.3.3. O ultra-som transretal – O ultra-som transretal é realizado através do ânus e permite visualizar áreas lesionadas, típicas de câncer. É utilizado principalmente para orientar biópsias na próstata.

Tabela 1. Risco de ter câncer de próstata, unindo o PSA e o exame de toque¹¹.

Risco de ter câncer de próstata pelo nível de PSA no sangue		
Risco de câncer		
Nível de PSA	Toque normal	Toque alterado
Desconhecido	10%	40%
Menor que 4	5-8%	25%
Entre 4 e 10	15%	80%
Maior que 10	40%	95%

¹¹ Retirada de Srougi (2003), p.56.

5.4. A detecção precoce e o rastreamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem apresentado um debate sustentado por importantes órgãos¹² relacionados à pesquisa voltada à área da saúde que merece atenção: trata-se da discussão sobre os benefícios/prejuízos causados pelo rastreamento para a procura por neoplasia maligna em seu estágio inicial. Rastreamento se refere àquele estágio inicial em que as pessoas são aparentemente saudáveis e não apresentam nenhum sintoma. Já em relação à detecção precoce, permanece o consenso da necessidade de se realizar exames preventivos, compreendendo detecção precoce como “o diagnóstico de câncer em indivíduos que apresentam sintomas ou sinais iniciais da doença” (INCA, s/d, p.1).

O debate ocorre, segundo Schersten (1999), devido ao fato de muitos homens detectarem, via PSA, um estágio bastante inicial de câncer de próstata. Tal detecção leva a procedimentos de combate ao câncer que, se em estado inicial, pode ser muito mais prejudicial do que o próprio câncer, como é o caso da quimioterapia. Outro fator que deve ser levantado é se com o diagnóstico precoce há a redução da mortalidade. Andriole (2005) mostra que dois grandes institutos de pesquisa – o European Study of Screening for Prostate Cancer e o Prostate, Lung, Colorectal and Ovary – ainda não obtiveram conclusões sobre se a detecção precoce reduz os níveis de mortalidade por câncer de próstata. Nesse sentido, o INCA, por meio do

¹² Canadian Task Force on Preventive Health Care; U.S. Preventive Service Task Force; International Network of Agencies for Health Technology Assessment; Health Technology Assessment são alguns dos institutos que se posicionam contra o rastreamento do cancer de próstata.

documento “Rastreamento para o câncer de próstata – Diretrizes” se posiciona claramente contra o rastreamento:

“Por não haver, até o momento, evidências científicas de que o rastreamento do câncer de próstata possa produzir mais benefício que dano, o Instituto Nacional de Câncer recomenda que não se organizem ações de rastreamento para o câncer da próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento, sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática. O INCA continuará acompanhando o debate científico sobre este tema, podendo rever sua posição quando estiverem disponíveis os resultados dos estudos multicêntricos em curso.” (INCA, s/d, p.03)

Segundo Gomes *et al.* (2008) existem dois tipos de prevenção ao câncer de próstata: a prevenção primária e a prevenção secundária. A prevenção primária se refere às informações que o indivíduo deve receber sobre a importância de realizar os exames preventivos. Já a prevenção secundária diz respeito ao ato de realização dos exames preventivos. Há dois tipos de exames que, segundo Srougi (2003), são complementares: trata-se do PSA e do exame de toque retal. Para ele, ambos os exames apresentam uma média de erro de aproximadamente 20% cada um, mas que, somados, a margem de erro cai para menos de 5%.

Recentemente, há uma discussão interessante sobre a validade do uso dos exames preventivos, especialmente do PSA. Isso porque algumas vezes o PSA pode apresentar resultado fora do normal e o homem iniciar tratamento invasivo. Em alguns casos, pode haver pequenos problemas na próstata, mas que não evoluirão para um câncer, o que faz, nesse sentido, o tratamento invasivo completamente dispensável.

**CHARGES SOBRE O EXAME DE
TOQUE RETAL**

Em grande parte das entrevistas que realizei no Brasil, era corrente algum tipo de anedota, mencionada por parte do entrevistado, sobre o exame de toque retal. Particularmente, compreendi que esse elemento pode ser de maior relevância do que aparenta à primeira vista. Para tanto, busquei na internet não apenas piadas, mas também charges, tanto brasileiras quanto mexicanas, que tratem o exame da mesma forma: com humor. Nesse sentido, antes de analisar o conteúdo das charges, pretendo apresentar o modo pelo qual a piada é tão significativa para este estudo.

Para Malinowski “as palavras não dizem simplesmente algo sobre o estado das coisas; em nove entre dez casos, as palavras têm consequências: elas alteram o estado das coisas” (*apud* LEACH, 1983, p.140). É nesse sentido, para além da simples interpretação textual, que se pretende compreender o significado das charges e/ou da piada: trata-se de identificar o que as palavras modificam quando utilizadas neste contexto. Une-se, aqui, à interpretação da palavra a interpretação do riso: a palavra associada ao riso provavelmente pode provocar mais modificações nas coisas do que podia supor Malinowski.

Segundo Dahia (2008), o efeito do riso pode encobrir uma situação de constrangimento vigente. Seu estudo teve como enfoque as piadas racistas e observa que:

“Inscrito na fronteira entre realidades distintas – o psíquico e o social, o consciente e o inconsciente, o jocoso e o sério -, o riso é capaz de articulá-las de forma a contribuir para o encobrimento e consolidação do racismo aqui vigente. Isso porque o riso derivado da piada racista é portador de uma ambiguidade que, dificultando uma definição precisa de sua natureza, permite a ele transitar entre distintas realidades. *O discurso jocoso parece ser uma das possibilidades*

peculiares ao brasileiro de resolver conflitos identitários na vivência de suas relações sociais [grifo meu]". (p.697-8)

A lógica exposta por Dahia (2008) pode ser diretamente transferida das piadas racistas para o caso das piadas e/ou charges de exame de próstata. Na grande maioria das charges o que se encontra é a produção da desmasculinização durante e/ou após a feitura do exame. Nesse contexto, a piada parece servir como uma espécie de catarse¹³, em que ao rir de si mesmo, o indivíduo exorciza o significado social – para aceitar o discurso médico-racional – do ato de penetração anal e assim tornar mais fácil a adesão ao exame.

No entanto, a charge apresenta mais elementos que devem ser analisados, do que apenas o riso ou a comicidade: a imagem é de fundamental compreensão do todo. Segundo Leite (2006), ao analisar uma imagem, há casos em que o texto escrito e o imagético se complementam, o que também ocorre no caso da charge. A autora ainda observa que nas Ciências Humanas a imagem é costumeiramente desmerecida em relação ao texto escrito. Usualmente as imagens tendem apenas a ilustrar o que o texto escrito afirma. Mas, a observação cuidadosa da imagem pode revelar aspectos que não são imediatamente visíveis.

As observações de Leite (2006) são bastante pertinentes. No entanto, no que se refere ao vídeo e à fotografia, estes recursos já têm sido utilizados nas Ciências Humanas, em especial na Antropologia, dando, inclusive, origem à sub-disciplina Antropologia Visual.

¹³ Observação da Profª Drª Leila Marrach de Albuquerque durante conversa informal (jul. 2012).

Como o objeto de observação aqui são as charges, após levantamento bibliográfico pude encontrar apenas um trabalho que contemplasse sua análise, no âmbito das Ciências Sociais.

Segundo Pilla e Quadros (2009, p.2):

“a compreensão dos recursos chargísticos requer um entendimento contemporâneo ao momento em que se estabelece a relação discursiva entre interlocutores, pois somente assim é possível perceber as estratégias utilizadas pelos atores sociais envolvidos no contexto da produção”.

Esses autores entendem que a charge pode ser analisada a partir do método de análise do discurso. O que significa dizer que a charge deve ser lida a partir da dimensão relacional estabelecida entre imagem e texto e deve, então, refletir acerca dos significados sociais produzidos.

Nesse sentido, busquei unir os ensinamentos de Leite, sobre a imagem, com a visão de Pilla e Quadros, sobre análise de charges, para realizar a leitura do material selecionado.

Assim, para cada charge foi realizada uma análise pontual, levando em consideração os seguintes elementos: desenho, plano de fundo, tipo de letra escolhido, quais os personagens, se há protagonista, como se estabelece a relação entre texto escrito e imagético e como se estabelece a comicidade na charge.

A coleta desses dados foi realizada por meio da internet, especificamente por meio do mecanismo de busca “google”, que permitiu acesso a sítios brasileiros e mexicanos, além de contar com o auxílio de pessoas conhecidas para me fornecer algumas das charges apresentadas.

CHARGE 1.



<<http://portaldocatita.blogspot.com.br/2011/01/toque-retal.html>>

A charge 1 apresenta uma placa bastante visível, onde se lê “Exame de Próstata”, em fonte negritada e de tamanho grande, seguida por uma seta, indicando que havia uma sala reservada apenas ao exame de próstata. Essas características revelam que o contexto da charge trata do exame de próstata e que qualquer interpretação que se venha a fazer da charge, deve ser contextualizada a partir do ato da feitura do exame. Ademais, esta placa se localiza em uma sala de espera de um consultório médico, onde os sofás e o chão são pintados de cor azul, sugerindo que o local é reservado ao público masculino.

O segundo momento de análise é centrado na figura do médico. Na charge, ele é um homem negro, alto e com mãos grandes. O discurso popular reflete que os homens negros têm pênis maior do que os brancos e os do extremo oriente. Ainda que o pênis do médico não seja, de modo algum, utilizado para fazer o exame, esse recurso apresenta peso significativo na compreensão da charge. Aliado ao fato de ser negro, há a particularidade do tamanho das mãos: as mãos são grandes e os dedos são bastante grossos. Ora, é por meio da inserção do ânus dedo indicador no ânus do paciente que a próstata é avaliada, e esse é o mote da comicidade da charge.

Como complemento de compreensão da charge, há também a relação dos homens à fala do médico: “quem é o próximo?”. As reações são diversas: um homem sai correndo, outro desmaia, um terceiro se assusta tanto que seus olhos quase saltam do rosto, um outro pula pela janela e o quinto, retratado como homossexual – devido ao modo como se sentar com as pernas cruzadas, técnica corporal tipicamente feminina em nossa sociedade, além de usar uma

calça cor-de-rosa, cor tradicionalmente voltada à representação do feminino – se mostra interessado em fazer o exame.

CHARGE 2.



<<http://portaldocatita.blogspot.com.br/2011/01/toque-retal.html>>

Nesta charge, a fala do médico é fundamental para sua interpretação: “se você tem plano particular, é o mindinho, mas se for convênio...”. O texto é escrito com uma letra média, porém grande o suficiente para caber no espaço reservado à porção escrita da charge.

A imagem tem como pano-de-fundo um consultório médico e é composta por um personagem principal e um coadjuvante. O personagem protagonista é o médico, caracterizado pelo jaleco branco e pela sua localização na figura, já que é ele quem fala e quem provoca a reação no outro personagem e a reação de comicidade no leitor. O personagem coadjuvante é o paciente, indicado pela sua posição na maca e pela sua reação em resposta à ação do médico.

Embora não haja inscrições indicando o exame de próstata, como na charge anterior, a posição de joelhos sobre a maca e sem calças, indica que o paciente está prestes a se submeter ao exame. Soma-se a isso a posição do médico, em pé, atrás do paciente, e com dois dedos levantados, esperando uma resposta do paciente para decidir qual dedo usaria no exame.

O tema central desta charge não é o exame de próstata, mas sim uma crítica aos baixos valores que os convênios pagam aos médicos, por consulta. Nesse contexto, o exame de próstata é um meio para a crítica: se houvesse um plano particular, por parte do paciente, o médico usaria o dedo mindinho, fazendo-o sofrer menos, caso contrário, seria utilizado o dedo indicador, dedo maior e mais grosso que o mindinho, com que o paciente sofreria mais em função de seu convênio médico.

CHARGE 3.

<<http://www.versaude.com.br/gs162.html>>

Esta charge tem como assunto principal a troca de lugares entre médico e paciente. Trata-se de uma charge de tipo diferente das anteriores, haja vista que ela não contém texto escrito. No entanto, a partir do texto imagético é possível observar e compreender a temática.

A situação explícita na figura se passa em um consultório médico e é composta por dois personagens: o médico e o paciente. A comicidade e a compreensão da charge se revelam por meio da interação dos dois personagens, que se mostram de igual relevância na composição da situação. Ou seja: não há personagem protagonista ou coadjuvante.

O cenário é inteiro branco, transmitindo a sensação de assepsia, que pode ser interpretada tanto como um local limpo, apropriado à feitura do exame de próstata, quanto como um meio de manter o foco sobre a temática tratada na charge.

A figura apresenta o médico, indicado pela roupa de cor branca, na posição de joelhos sobre a maca, além de estar sem calças, subentendendo que está à espera para realizar a avaliação de sua próstata. Por outro lado, há também a figura do paciente, que se coloca na posição do médico para fazer o exame nele. Esse fato está caracterizado no ato de o paciente colocar a luva e se posicionar atrás da maca, posição usualmente utilizada pelo médico para realizar o toque retal.

A troca de lugares entre médico e paciente, tema dessa charge, pode instigar a interpretação de que fazer o exame de próstata tem uma conotação negativa para quem é submetido a essa prática, o que levaria o paciente a querer submeter o médico a essa mesma situação.

CHARGE 4.



<<http://www.reclamando.com.br/?system=news&action=read&id=20371&eid=319>>

O tema central da charge nº 4 é o receio de se submeter ao exame de próstata.

A cena se passa em uma sala de espera de um consultório médico, da especialidade urologia. Colocado sobre uma parede cinza claro, está grafada em um cartaz, letras negritadas e em caixa alta, a onomatopéia “Psssiu”. Esse tipo de grafia chama a atenção para o cartaz, que leva à interpretação da imagem e, à conseqüente compreensão da mensagem chargística. A imagem revela uma enfermeira fazendo um sinal que indica silêncio, levando a mão direita próximo à boca, com o dedo indicador levantado. No entanto, essa não é a imagem que se quer transmitir: a relevância da imagem está no tamanho do dedo indicador – bastante grande -, que poderia ser utilizado para fazer o exame de próstata.

A idéia de que o exame de toque retal irá ser realizado fica implícita a partir da conjunção de dois elementos: o dedo indicador da enfermeira aliado ao que está escrito na porta do consultório médico: “Dr. R. Déda Urologista”. A escolha de “Déda” como nome remete ao “dedo”, reafirmando a imagem do dedo da enfermeira em destaque no cartaz, e a apresentação do médico como urologista não deixa dúvidas de que se trata de um caso onde o homem submeter-se-á ao exame da próstata. A cena se completa com um homem sentado na sala de espera, olhando para o cartaz e expressando em sua face o temor quanto à consulta que está por vir.

Logo, a comicidade da charge se dá a partir da união de três elementos geradores: o cartaz da enfermeira, o escrito na porta do consultório e o homem aguardando na sala de espera.

CHARGE 5.



<<http://www.reclamando.com.br/?system=news&action=read&id=20371&eid=319>>

A charge nº 5 busca chamar a atenção dos homens para o exame de câncer de próstata. Trata-se de um modo jocoso para incentivar os homens a se submeterem ao exame de toque retal.

A charge é simplesmente composta de uma figura associada a um texto escrito. Provavelmente devido à simplicidade da figura – não há cenário ou detalhes a serem observados –, o texto é grafado com letra de tamanho regular e não é negrito. Em todo caso, ao olhar apenas para a figura, não é possível saber do que se trata a charge: aqui, o texto escrito é fundamental para sua compreensão. Assim, logo na primeira visualização da charge, o leitor é direcionado ao texto escrito para poder interpretá-la.

A figura é composta de um caranguejo com uma garra bem grande e olhos tristes, acompanhada do seguinte texto: “vocês homens reclamam mas, pensem, o que é o exame de próstata para um caranguejo?”. Esse dizer leva à interpretação de que a penetração anal, utilizada para fazer o exame de toque retal em um homem, é bastante simples, se comparada à penetração de uma garra de caranguejo.

Logo, a comicidade está na imagem da garra associada ao texto escrito.

CHARGE 6.



<<http://www.reclamando.com.br/?system=news&action=read&id=20371&eid=319>>

A charge nº 6 apresenta o tema do exame de toque retal subentendido.

Seu cenário é composto de cores neutras – não influenciando na interpretação da charge. Essa charge ganha sentido apenas a partir da união da figura com o texto escrito.

O texto escrito é localizado na parte inferior da figura, grafado com fonte de tamanho pequeno, porém negrito. O texto é composto de uma fala, em discurso direto, identificada pelo travessão que antecede as palavras. A comicidade da charge é mais visível no texto escrito do que na imagem: “- Não tenha medo. Em nossa clínica de urologia, nós escolhemos os pacientes a dedo!”. Logo, o uso da palavra “dedo”, associado à “urologia” faz clara alusão ao exame de toque retal, haja vista que o dedo indicador do médico urologista é utilizado para utilizar o exame de toque de próstata.

A imagem da charge se resume à apresentação de dois personagens: protagonista e coadjuvante. Nesse caso, o médico é o protagonista, uma vez que é ele quem provoca a reação no outro. Logo, o coadjuvante é o paciente. A figura mostra o médico abraçando o paciente: enquanto o médico expressa um sorriso de tranquilidade no rosto, o paciente apresenta uma expressão de preocupação, provavelmente porque necessita se submeter ao exame de toque.

CHARGE 7.



<<http://www.reclamando.com.br/?system=news&action=read&id=20371&eid=319>>

A charge nº 7 é uma sátira à pessoa que se submete ao exame de toque retal. Ela é composta de um texto escrito aliado a uma figura. O texto escrito é redigido em caixa alta, não negrito, ocupando boa parte da charge. É principalmente por meio do texto escrito que ocorre a compreensão da charge:

“o toque retal é importante porque permite informações sobre volume, consistência, irregularidades, limites, sensibilidade e mobilidade da próstata”.

“Relaxa... aposto que vai sair feliz do exame”.

Trata-se, portanto, de um diálogo entre dois homens, bebendo em uma mesa, em que um apresenta justificativas racionais pelos quais qualquer homem deve fazer o exame de toque, enquanto o outro homem responde a ele com base no preconceito do exame.

O fundo branco expressa uma neutralidade que não interfere na interpretação da charge, assim como a toalha da mesa e as cadeiras.

Observando os dois personagens da charge, torna-se difícil observar qual deles é o protagonista, uma vez que ambos apresentam a mesma significância para a charge.

CHARGE 8.



<<http://www.reclamando.com.br/?system=news&action=read&id=20371&eid=319>>

O tema da charge nº 8 é a desmasculinização decorrente do exame de toque retal.

A charge se passa em um consultório médico, pintado de branco, cor neutra, e sem influência sobre sua compreensão. A maca e os degraus, que também fazem parte do fundo da figura, são pintados de azul claro, cor que, ainda que neutra, é representativa do sexo masculino em nossa sociedade. Trata-se, portanto, de um consultório reservado ao público masculino.

Os textos escritos são grafados em caixa alta, com letras em tamanho médico e não negritadas. Nesse caso, o texto escrito divide a atenção com a figura.

A figura central é composta por dois personagens, ambos apresentando igual relevância para a compreensão da charge. Nela, ambos dialogam, de modo que o médico, identificado pelo jaleco branco, responde ao paciente. A identificação do paciente, por sua vez, se dá pela sua própria fala, quando se dirige ao outro personagem por “doutor”. Além disso, na figura se observa um homem mexendo no cinto, se preparando para tirar as calças. Esse fato, associado com sua fala de que irá passar pelo exame de toque, reforça a sua situação de paciente.

A comicidade dessa charge se dá em função do diálogo: “Doutor, depois do exame digital eu...” “não, não... não vai precisar arranjar um namorado”. O diálogo traduz o temor presente no imaginário masculino segundo o qual, ao haver penetração na região anal, o homem torna-se homossexual, ou menos homem.

CHARGE 9.

EXAME DE PRÓSTATA DESMISTIFICADO

<<http://www.joildo.net/imagem/exame-de-prostata-desmitificado/>>

A charge nº 9 também faz alusão ao exame de toque retal. Trata-se de uma charge em preto e branco, com cenário altamente detalhado. Ela se passa na sala de espera de um consultório médico e conta com quatro personagens: dois homens conversando, um homem entrando na sala e o médico, que expõe apenas a sua mão.

A charge apresenta quatro pontos diferentes de discussão relacionados ao exame de próstata: a vergonha de ir a uma consulta com um urologista; o constrangimento de se submeter ao exame de toque; a piada de que, ao se submeter ao exame de próstata, o homem pode acabar gostando, o que expressa uma conotação homossexual; e outra piada sobre o tamanho do dedo do urologista, já que é por meio dele que se dá a penetração anal.

A parte escrita da charge é composta de um título e de duas falas, que estabelecem um diálogo entre os personagens. O título é grafado com fonte de tamanho grande, caixa alta e negrito. Já as falas são escritas com fonte pequenas e sem negrito, ainda que mantenham a caixa alta. O título “exame de próstata desmistificado” suscita o leitor a evocar o imaginário popular sobre o exame para ampliar a compreensão da charge.

No que se refere aos personagens, não é possível identificar qual deles exerce o papel de protagonista, haja vista que ambos têm a mesma importância na charge.

CHARGE 10.



<<http://blogdomaha.blogspot.com.br/2009/01/o-exame-de-prstata.html>>

A charge nº 10 se apresenta no formato de uma pequena história em quadrinhos. É composta por três quadrinhos que se vinculam linearmente, representados em branco e preto, e o tema é apresentado inicialmente por meio do título: o exame de próstata.

O título é escrito em caixa alta, com letras grandes e negritadas. Logo, o primeiro olhar se volta diretamente para o título.

A idéia de que se trata de um local reservado ao exame de próstata é reforçada pela placa afixada na recepção do consultório médico, que diz: “Dr. Prozano Alves” “Exames de próstata”. Esse texto é grafado com letra tamanho pequeno, caixa baixa e não negritado. Desse modo, não chama atenção como o título, mas se mostra de grande importância para ressaltar a idéia do chargista.

O fundo da figura é altamente detalhado, apresentando uma sala de espera de consultório médico.

Ao todo, a história conta com seis personagens: a recepcionista, três pacientes sentados na sala de espera, um paciente deixando o consultório médico e o próprio médico.

O primeiro quadro mostra três homens aguardando a consulta. O segundo quadro apresenta um homem saindo da consulta, mostrando dores evidentes em sua região anal, indicadas na figura pelas estrelas, o que parece incitar a curiosidade dos homens na sala de espera. A história termina quando, no terceiro quadro, apresenta-se o motivo pelo qual o paciente do quadro anterior sai com dores do consultório: o tamanho do dedo indicador do médico.

Como esse dedo é apresentado em tamanho muito grande, os pacientes que estão sentados na sala de espera se assustam bastante.

CHARGE 11.



<<http://saraiva13.blogspot.com.br/2012/03/o-que-nao-tem-remedio-remediado-esta.html>>

A charge nº 11 se refere ao conforto do paciente durante o exame de toque retal. Esta charge, a exemplo da anterior, é elaborada a partir da união de quadrinhos. Nesse caso, foram utilizados apenas dois deles.

Diferentemente da charge anterior, esta não apresenta título. Mas há um texto escrito no primeiro quadro: “Le prometo que lo haré lo menos desagradable posible”. Este texto é grafado em caixa alta, com letras pequenas e negritado.

Os dois quadrinhos remetem a um consultório médico, como sugere o médico colocando a luva no primeiro quadro, e pela posição do paciente ajoelhado na maca, no segundo; o fundo da figura não contém desenhos e nem apresenta informações sobre o local em que se passa a história.

A primeira figura apresenta um médico colocando uma luva e se posicionando atrás de seu paciente, representado pelas nádegas descobertas. A segunda mostra o médico com o seu dedo indicador em posição de futura penetração no ânus de seu paciente, indicado pela posição ajoelhada na maca.

A comicidade da charge se dá pela junção do texto escrito, quando o médico afirma que fará o exame de modo mais agradável possível, com a figura do segundo quadro, que existe um músico tocando violino, enquanto o paciente se submete ao exame de toque retal.

CHARGE 12.



<http://meubloguezinho-dudu.blogspot.com.br/2010_10_01_archive.html>

A charge nº 12 apresenta duas possíveis temáticas: 1) o medo de se submeter ao exame de toque retal, ou 2) o temor do personagem quanto a um possível câncer de próstata.

Esta charge não tem título, mas o texto escrito localizado na parte inferior do quadro ganha a atenção inicial do leitor. O texto escrito é grafado em fonte grande, não negritada e em caixa baixa.

A figura apresenta um homem ajoelhado ao lado de sua cama, supostamente rezando. O fundo da figura é desenhado de modo a imitar um papel de parede, o que não influencia a compreensão da charge, haja vista que o papel de parede apenas reforça a idéia de que o personagem está em seu quarto.

“E juro que vou deixar de fumar, beber, comilanças, mulheres e até mesmo minha gula por bacon se você me deixar fazer xixi”. A frase é enunciativa de que o paciente está com dificuldade para urinar, um dos sintomas do câncer de próstata. Logo, como foi dito no início dessa descrição, trata-se de um caso em que o paciente está atento à possibilidade de ter câncer de próstata. Assim, ou ele está com medo de submeter ao exame, ou ele está com medo do fato de ter desenvolvido o câncer.

A comicidade da charge reside no fato de que o homem promete levar uma vida mais saudável se conseguir urinar.

CHARGE 13.



(Charge doada por conhecidos)

A charge nº13 busca reforçar a noção de masculinidade, a partir da não penetração no ânus.

Essa charge não tem título, e é por meio do texto escrito que se expressa a sua mensagem, ainda que o texto imagético a reforce.

A imagem apresentada representa uma sala de espera de um consultório médico. O fundo da imagem também ganha importância nessa charge, uma vez que os detalhes auxiliam a sua compreensão, como é o caso da especialidade do médico, que ganha visibilidade a partir de um pequeno quadro pendurado na porta, onde se lê: “Dr. Paulo Pinto UROLOGISTA”. O sobrenome “Pinto” faz uma clara alusão ao pênis e ao termo urologista, grafado em caixa alta.

“Este urologista entende da saúde de homem...” “Até o supositório que ele prescreve é de macho. Um supositório que a gente coloca pela uretra!!!” O texto escrito é grafado com letras pequenas e em caixa baixa, embora negritadas. Ainda que a grafia do texto seja discreta, ele não apenas é fundamental para o entendimento da charge, como também é principalmente a partir dele que se dá a comicidade: ora, o termo macho está intimamente relacionado à não violação anal, uma vez que o paciente “macho” acha bom que o urologista prescreva um supositório para ser colocado na uretra.

A charge é composta por três personagens: a recepcionista e dois pacientes na sala de espera, um deles o “macho”, protagonista, e o outro o receptor, que se assusta com a fala do primeiro.

CHARGE 14.



(Charge doada por conhecidos)

O tema da charge nº14 é o medo de se submeter ao exame de toque retal.

A charge apresenta uma união de textos imagético e escrito, de modo a complementarem-se. O texto escrito é dividido em duas partes: a primeira contextualiza a figura, esclarecendo que ela foi recortada de um jornal; a segunda relata o que estava escrito nesse recorte. O texto “anúncio recortado de um jornal” é prévio a “famoso ator de cinema procura urologista que aceite dublê na hora do exame de próstata”.

O texto escrito remete à idéia de que um ator bastante conhecido publicamente está em busca de um médico urologista que aceite dublê no momento de se submeter ao exame de próstata. Ora, esta fala apresenta a noção de medo e/ou constrangimento com respeito ao exame.

O texto imagético, por sua vez, representa o local onde os classificados do jornal são encomendados para posterior anúncio e é identificado pelo texto escrito “jornal classificados”. A figura mostra dois personagens: uma moça representante do jornal e o ator, e ambos aparecem em primeiro plano. O ator é representado como um homem de tipo “bonitão”, forte, com topete e nariz avantajado. Já o fundo da figura é marcado pela cor cinza, neutra, que não interfere na compreensão da charge.

A comicidade da charge se dá em função do texto escrito: ao procurar um dublê para que se submeta ao exame de toque retal em seu lugar, o ator apresenta receio e/ou constrangimento em fazê-lo.

CHARGE 15.**Chiste: examen de la próstata**

Un ciego, durante el **examen de la próstata** :

- Disculpe doctor, ¿puedo agarrar su pene mientras me examina?

El doctor sorprendido le pregunta:

-¿Por qué quiere agarrar mi pene? ¿Es usted homosexual?

- No. Es sólo para asegurarme de que lo que me está metiendo es el dedo

<<http://www.elproximotonto.com/2012/07/chiste-examen-de-la-prostata.html>>

A charge nº15 apresenta o receio de um homem em ser penetrado pelo pênis de outro.

A charge tem o título “Chiste: examen de la próstata”, grafado em fonte de tamanho pequeno, caixa baixa e negrito. O título também é escrito em vermelho, bastante chamativo, o que prende imediatamente a atenção do leitor.

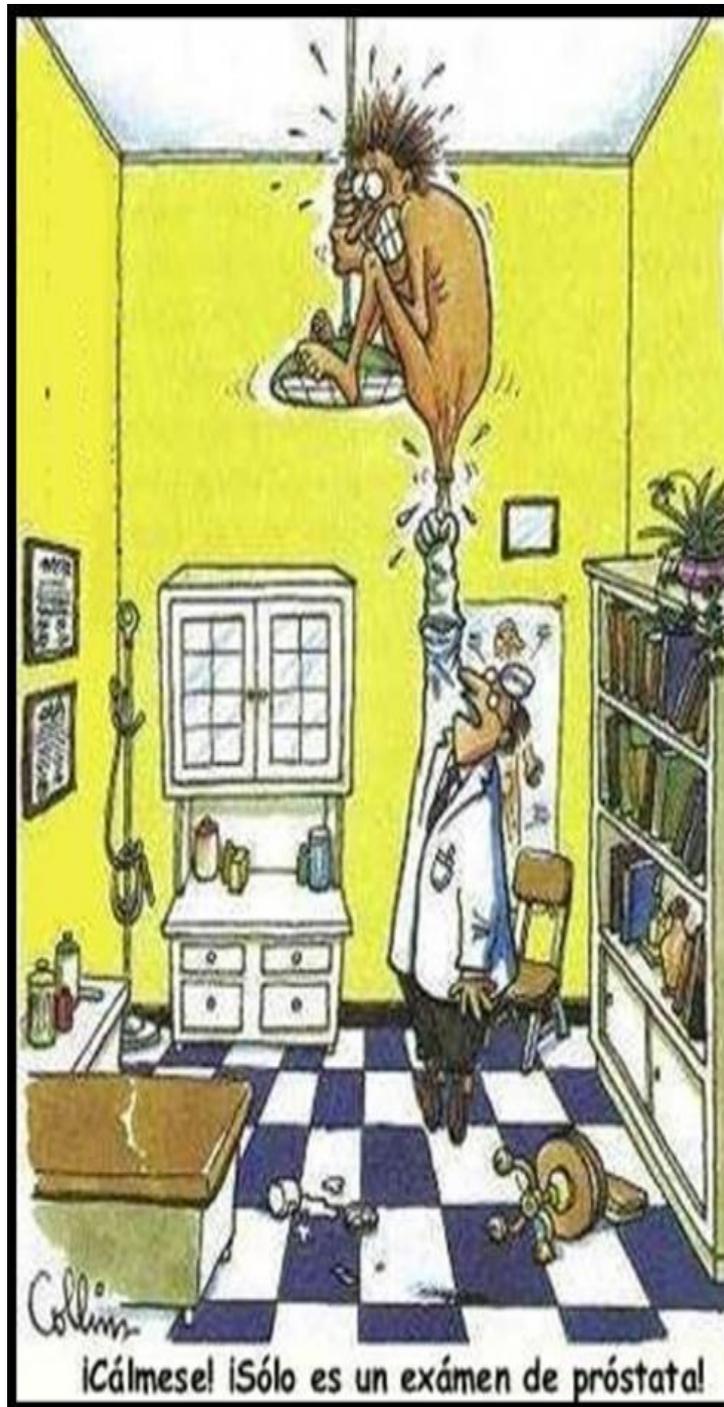
Esta charge apresenta uma característica bastante diferente das outras vistas até o momento: trata-se de uma anedota, cuja parte textual escrita é complementada pela imagética.

A figura mostra um consultório médico, onde o paciente está sem as calças, na posição usual para se submeter ao exame de toque retal. O médico, por sua vez, está em pé, atrás do paciente, colocando sua luva para realizar o exame. O fundo da figura é branco, não interferindo na compreensão da charge.

Há nela dois personagens: o paciente e o médico. Os detalhes da charge, e em especial os do personagem paciente, são fornecidos por meio do texto escrito. Somente se toma conhecimento de que o paciente é cego pelo texto grafado, assim como os seus temores também são explicitados no texto.

A comicidade da charge reside também na interpretação do texto escrito: trata-se do medo do paciente em ser penetrado na região anal, pelo pênis do médico. Assim, segurando o pênis do médico, o paciente teria certeza de que ele introduziria apenas o dedo para examinar a próstata.

CHARGE 16.



A charge nº16 apresenta uma situação em que o paciente está apavorado com o exame de toque retal.

A charge se passa em um consultório médico, que se supõe de urologia, devido ao exame de próstata. Trata-se de uma charge com o texto imagético bastante detalhado, inclusive o fundo da figura, que auxilia na compreensão da mensagem transmitida. A charge conta com um texto escrito, que complementa o que a visibilidade da imagem apresenta. O texto é escrito em caixa baixa, letra pequena e negrito e se localiza na parte inferior da figura, ocupando uma pequena porção do quadro.

A imagem é composta por dois personagens, ambos com o mesmo grau de relevância para a compreensão da charge: um médico e um paciente. Na figura, o médico está submetendo o paciente ao exame de toque retal, e o paciente pendura-se no lustre, apavorado com o exame, como se vê pela sua expressão.

A comicidade da charge está presente na conjunção da figura com o texto escrito. Na figura, o dedo do médico está penetrando o ânus do paciente, que está em pânico, agarrado ao lustre; e o médico diz “Cálmese. Sólo és un exámen de próstata”.

CHARGE 17.



<<http://chistesdiarios.wordpress.com/2007/01/20/examen-de-prostata-1/>>

O tema da charge nº17 é o medo de se submeter ao exame de toque retal.

Trata-se de um texto imagético que, por si só, é imediatamente compreendido. Representa o interior de um consultório médico, onde são apresentados dois personagens: um médico e um paciente. Soma-se à figura um pequeno texto inscrito em uma placa, que indica quem é o médico: “Dr. Baigorria” – sobrenome comum no México – “Proctologo”, especialidade médica conhecida no Brasil como proctologia. A figura transmite a mensagem de que o médico fará um exame de toque retal no paciente, logo, a sua especialidade médica deveria ser urologia e não proctologia. Ainda assim, esse equívoco não interfere na compreensão da charge. O fundo da figura é detalhado e colorido, recriando a parede de um consultório médico, cuja identificação se dá por meio dos diplomas e da placa com o nome e a especialidade profissional.

A figura retrata um senhor bastante magro e pequeno, contrastando com o médico, alto e forte. Assim, são dois os personagens da charge: o paciente e o médico. Percebe-se que o paciente aguarda pela realização do exame de toque retal porque já se encontra sem calças e encostado na maca. Identifica-se o médico por meio do uso do jaleco, da sua posição atrás do paciente e pelas luvas.

A comicidade da charge se dá em função do contraste do exagerado tamanho da mão do médico com a delicadeza das nádegas do paciente.

CHARGE 18.



<<http://www.humordaterra.com/2011/09/24/ja-fez-exame-de-prostata/>>

A charge nº18 apresenta um mineiro se submetendo a um exame de toque retal. Esta charge assume a forma de uma história em quadrinhos e grande parte da percepção do leitor para a compreensão do quadro advém do texto escrito, de modo que o texto imagético tem nela apenas a função de complementação.

Supõe-se que a história se passa em um consultório médico, devido ao diálogo estabelecido entre médico e paciente, haja vista que a figura não apresenta indicativos desse fato: trata-se de um fundo de cor amarronzada, parecendo madeira, não característico de um consultório.

O texto escrito é redigido em caixa alta, mas o estilo de fonte utilizado é pequeno e não negrito. A fonte apenas aumenta de tamanho no último quadrinho, quando o desfecho da história requer maior atenção do leitor.

Os personagens da história são médico e paciente. O médico representado com óculos, camisa branca e gravata, e o paciente sem roupa. No entanto, apenas se tem certeza dos papéis representados por meio da leitura do texto escrito: “Fique calmo, exame de próstata é rápido”, “Num tã guentano dotô, vô gritá”. Esta fala do primeiro quadrinho revela quem é cada personagem. O primeiro explica como é o exame de próstata; logo, ele é o médico. Além disso, o outro personagem chama o primeiro de “dotô”, certificando o leitor da divisão de papéis estabelecida na charge.

A comicidade ocorre por meio do último quadrinho, onde o paciente não mais se contém e grita: “ô trem bãõ sô”, mostrando que sentiu prazer com o exame de toque retal.

CHARGE 19.



<<http://www.meusnervos.com.br/exame-da-prostata/>>

O tema da charge nº19 é o constrangimento de se submeter a uma penetração anal.

Esta charge, assim como a anterior, também apresenta formato de história em quadrinhos. Ela não tem título, mas existe texto escrito nos dois quadros. O texto escrito é redigido em caixa alta, com fonte pequena e não negritada. Ele é fundamental para a compreensão da charge, uma vez que o quadro final apenas ganha sentido se precedido do diálogo redigido.

A charge apresenta dois personagens: um médico e um paciente. Apenas é possível diferenciar o médico do paciente por meio do diálogo, uma vez que não há marcas de identificação na imagem.

O texto imagético é feito em branco e preto, com o fundo completamente branco, remetendo à neutralidade, essencial para a compreensão da charge. Por outro lado, a figura do segundo quadro é tão expressiva que dispensa qualquer palavra.

A comicidade da charge se dá por meio da imagem do segundo quadro. Ora, se para realizar o exame de próstata é necessário introduzir o dedo indicador no ânus do paciente; no caso dessa charge, o dedo acabou sujo ou queimado.

CHARGE 20.



<<http://gestaodelogistichospitalar.blogspot.com.br/2011/06/humor-tecnicas-de-exame-de-prostata.html>>

A charge nº20 tem como tema o dedo do médico utilizado para fazer o exame de toque retal.

A charge se passa em um congresso devotado às técnicas para fazer o exame de próstata. Ela é composta por texto escrito e texto imagético, e ambos se complementam.

A charge contém um texto escrito que serve como título, e depois é completada por uma fala do presidente da mesa. O título é grafado em caixa alta, de tamanho grande e negrito, enquanto a fala do personagem é também grafada em caixa alta, porém sem ser negrita e de tamanho pequeno. O título contextualiza a situação em que se passa a charge, e a fala do personagem é o elemento ativador da reação da plateia.

O texto imagético, por outro lado, retrata um anfiteatro, com fundo detalhado e colorido. A charge é composta de muitos personagens: o presidente da mesa, um conferencista e aquelas que estão no auditório.

A comicidade da charge ocorre a partir da junção da fala do presidente da mesa com a atitude dos participantes, expressa pela figura. Assim a frase: “Quem tiver perguntas levanta el dedo” é seguido pelo ato dos participantes levantarem os seus dedos, e esses são todos de formatos bastante estranhos, além de serem muito grandes e grossos, aludindo ao pênis.

CHARGE 21.



<<http://www.meusnervos.com.br/exame-da-prostata-02/>>

A charge nº21 tem como tema o prazer do paciente durante o exame de toque retal.

Esta charge tem o formato de uma história em quadrinhos e conta com três quadros distintos, porém interligados. A compreensão da charge depende da união dos textos imagético e escrito.

A imagem é feita em branco e preto, com o fundo branco e, portanto, neutro. A figura retrata um homem ajoelhado sobre uma maca e sem calças, posição típica dos que se submetem ao exame de toque retal. A imagem não oferece qualquer indício de que o paciente se encontre no consultório médico, o que fica subentendido a partir do momento que ele adiciona o termo “doutor” à sua fala.

O texto escrito é grafado em caixa alta, tamanho pequeno e não negrito. Acrescenta-se que a charge não tem título. O texto assim se apresenta:

1º quadro – “Poxa doutor! Mais devagar com esse dedo aí!”

2º quadro – “Mas também não precisa ser tão devagar.”

3º quadro – “Isso! Assim tá bom...”

Logo, a compreensão da charge se dá em decorrência do texto escrito, ainda que o texto imagético apresente função complementar. O texto escrito deixa claro que o paciente está gostando de se submeter ao exame de próstata, e a figura reforça esse entendimento.

CHARGE 22.



A charge nº22 também tem como tema o prazer em se submeter ao exame de toque de retal.

Apresenta-se como uma história em quadrinhos, com dois quadros constituintes. Nessa história, texto escrito e imagem são complementares, embora o texto escrito seja fundamental para a compreensão da charge.

O título da charge, “campanha do exame de próstata”, é grafado com letras grandes, em caixa alta e negrito, e a sua mensagem apresenta a idéia de que se trata de uma charge incentivadora do exame de toque retal. A outra face do texto escrito é centrada nos diálogos que ocorrem entre os dois personagens presentes na figura. Os diálogos são redigidos com fonte em caixa alta, de tamanho pequeno e não negrito.

A figura mostra dois homens conversando em torno da mesa, possivelmente em um bar. Essa percepção se deve à imagem de um copo contendo líquido amarelo, identificado pela fala de um dos personagens como suco de laranja e seguido pela fala “parou de beber?”. A figura é colorida, mas seu fundo é branco, neutro.

No entanto, a charge apenas é compreendida pelo diálogo: “Incrível!! Tomando suco de laranja! Parou de beber?” “Parei de beber, de fumar, de cheirar, descobri outros prazeres!” “Que prazeres?” “Exame de próstata”. Logo, a comicidade da charge se encontra no fato de que o exame de toque retal tenha se tornado fonte de prazer para o personagem.

CHARGE 23.



<www.pernadepautupa.wordpress.com>

A charge nº23 tem como tema a mudança de opção sexual de um homem após se submeter ao exame de toque retal.

O local onde a charge ocorre é na entrada da sala da casa dos personagens. A figura é colorida, com o fundo detalhado: no espaço interno da casa há tapete, rodapé e quadro na parede; do lado externo, é possível ver a calçada e a rua.

A compreensão da charge somente é possível a partir da junção dos textos escrito e imagético. O texto escrito é grafado em letra tamanho grande, caixa alta e negrito. O diálogo: “Querido? É você?!” “Sim, querida. O exame de próstata foi maravilhoso, me transformou em outra pessoa!”, por si só não transmitiria a idéia que o autor da charge quer transmitir. É necessário ver o texto imagético para poder compreendê-la.

A figura mostra dois personagens: marido e mulher. A mulher está em casa, possivelmente à espera do marido, quando esse retorna do médico. No caso desta charge, o marido parece exercer o papel de protagonista. A imagem o retrata com brincos azuis, mini blusa vermelha, saia rosa estampada com coração, bolsa e sapatos de salto.

Nesse sentido, a comicidade da charge reside no fato de o exame de próstata ter feito o marido travestir-se.

CHARGE 24.



A charge nº 24 tem como tema o prazer proporcionado pelo exame de toque retal.

A charge apresenta o título: “Exame de próstata”, escrito com letra tamanho pequeno, em caixa alta e negrito. O título, nesse caso, permite que o leitor possa compreender o tema que será abordado na charge.

A compreensão desta charge se dá por meio da união do texto escrito com a imagem. O texto escrito, grafado com letras em tamanho grande, caixa alta e negrito, chama bastante atenção do leitor. “Doutor. Eu pago duas consultas, se você enfiar o braço!”, é a frase dita pelo paciente. Ela, por si só, é reveladora da intenção do autor na transmissão da mensagem. No entanto, ao observar a imagem, percebe-se que o paciente usa um brinco na orelha direita, marca característica de pessoas homossexuais, mensagem percebida apenas por meio da imagem.

A figura mostra que o evento se passa em um consultório médico, representado por meio da maca e do médico que realiza o exame de próstata. O paciente está sem calças, ajoelhado sobre a maca. Assim, são os dois personagens que compõem a charge: o médico e o paciente, de modo que este último claramente exerce a função de protagonista.

A comicidade da charge ocorre, então, por meio da visualização do homem sem calças se submetendo ao exame de toque retal e que, ao mesmo tempo, pede para que o médico introduza o braço em seu ânus, e não apenas o dedo indicador.

CHARGE 25.



<corujics.blogspot.com>

O tema da charge nº25 é o constrangimento daquele se submete ao exame de toque retal.

O título apresenta papel fundamental nessa charge, mostrando que se trata de um exame de próstata. Ele se localiza no primeiro quadro e está escrito em letra tamanho pequeno, caixa alta e negrito.

O texto escrito é mais esclarecedor do que o imagético. Nesse caso, a função do texto imagético é complementar. A parte escrita é grafada da mesma forma que o título: caixa alta, letras pequenas e negrito, e ocupa pequena parte dos quadrinhos.

O fundo da figura é caracterizado pela parede branca e a presença de um sofá, onde os personagens estão sentados. O fundo da figura, associado ao diálogo, mostra que os personagens estão na sala de espera de um consultório médico. O primeiro plano da imagem apresenta dois personagens, um paciente e um provável adolescente, e é entre eles que o diálogo ocorre.

A comicidade da charge está centrada no diálogo: “Você não é muito novo para estar aqui?” “Sim... vim só pra te zuar mesmo hahaha”.

CHARGE 26.



<mundomocoh.blogspot.com>

O tema da charge nº26 é o receio em relação ao exame de toque retal.

Esta charge apresenta o formato de uma história em quadrinhos, ainda que desenhada sem as delimitações visuais dos quadros. A charge é colorida e seu fundo é branco, apresentando apenas pequenos detalhes, essenciais para sua compreensão. A charge não tem título, logo a identificação do tema só é possível por meio da leitura dos textos escrito e imagético.

São dois os personagens participantes da charge: um médico e um paciente. O primeiro quadro apresenta um paciente cabisbaixo, sentado em uma maca, e o médico em pé, de costas, procurando alguma coisa no armário. O segundo quadro mostra o médico segurando uma caixa e dizendo ao paciente que o exame de toque é “coisa do passado” e que evoluiu muito. Percebe-se o paciente animando-se com a possibilidade de não mais precisar fazer o exame toque. É no terceiro quadro que está presente a comicidade da charge: quando o médico diz “hoje em dia usamos equipamento de ponta” e exhibe um objeto em formato fálico, com muitas pontas.

Para o texto escrito foi utilizada fonte de tamanho pequeno, em caixa alta e não negritada. Muito embora a letra chame pouca atenção, a ausência de título e a necessidade da leitura para a compreensão do texto imagético faz com que a leitura da charge seja obrigatória.

CHARGE 27.



A charge nº27 tem como tema o prazer proporcionado pelo exame de toque retal.

Sua composição se dá por meio da conjunção entre os textos escrito e imagético. Há ausência de título, e o texto escrito, grafado em letra tamanho grande, negrito e em caixa alta, chama a atenção.

O texto imagético é colorido e bastante detalhado. A imagem mostra que a charge se passa em um consultório médico e apresenta dois personagens: um médico e um paciente. É curiosa a escolha das cores para o consultório: um verde intenso, ao contrário do tradicional branco, símbolo de higiene e limpeza. As cores também são significativas na caracterização do paciente: ao insinuar que o paciente é homossexual, pintam-no de cor-de-rosa, cor tradicionalmente feminina, e portando acessórios femininos, como pulseiras e brinco.

O texto escrito também complementa o imagético, no que se refere ao perfil do paciente: em sua blusa está estampado “100% fofa”, mostrando-o como homossexual. Além disso, os diálogos reforçam essa imagem e contribuem para a comicidade do quadro: o paciente chega vai ao consultório pela terceira vez na mesma semana e, ao ser questionado pelo médico, responde que “tudo o que é bom merece bis!”.

CHARGE 28.

O Exame do Toque

Arte: Will Tirando
Roteiro: Flávio Lamenza | Rodolfo Aquino

✓ certo



✗ errado



⊖ sem noção



A charge nº28 apresenta três distintos modos de um homem encarar o exame de toque retal: o “certo”, o “errado” e o “sem noção”.

Esta charge tem o formato de uma história em quadrinhos, contando com três diferentes quadros não inter-relacionados. O último quadro, por sua vez, é subdividido em mais três que estão interligados.

O texto escrito contém título, subtítulos e diálogos. O título apresenta o tema: o exame de próstata, ao passo que os subtítulos enumeram o que se pode fazer como certo, errado e “sem noção”. O título é grafado em tamanho médio, negrito e caixa baixa; os subtítulos são também em caixa baixa, tamanho médio e negrito; e os diálogos são escritos em caixa alta, letra pequena e não negrito.

Os personagens não são os mesmos em cada um dos quadros: no primeiro há um homem e sua esposa, no segundo, um homem e seu colega de trabalho e, no terceiro, um homem, o médico e sua secretária. Todos os quadros possuem a mesma aparência imagética: o fundo é inteiramente verde, ainda que haja desenhos sobre ele, e os personagens são pintados de branco, ocupando posição de destaque.

O primeiro quadro mostra o que seria, idealmente, a atitude correta de um homem perante o exame de próstata: se submeter ao exame de toque periodicamente; O segundo quadro apresenta uma situação tida como reprovável sobre o mesmo tema: o colega de trabalho debochando do colega que vai se submeter ao exame; e o terceiro quadro, por sua vez, revela o que seria uma atitude “sem noção”, relativa ao exame de próstata: frequentar

semanalmente o consultório médico para se submeter ao exame periódico e ainda presentear o médico.

A comicidade, portanto, está localizada no terceiro quadro, e surge com a indicação de que o paciente se apaixonou pelo médico.

CHARGE 29.



<<http://jobeniamarina.blogspot.com.br/2011/10/nada-agradavel-exame-de-prostata.html>>

A charge anterior tem como tema a realização do exame de toque retal.

A charge é composta pela junção dos textos imagético e escrito, e é por meio deles que se alcança a sua compreensão. Há ausência de título na charge e o texto escrito é grafado com letras tamanho médio, caixa alta e não negritadas. O texto escrito “Fica frio, Tarzã! Exame de toque não dói nada”, se lido na ausência na imagem, parece que realmente se trata de um incentivo à realização periódica do exame de toque. No entanto, quando agregado à figura, percebe-se que o sentido é outro.

O texto imagético representa o interior de um consultório médico, caracterizado pelo único objeto ali presente: a maca. O fundo não é desenhado, mas apenas pintado de um dégradé de tons de verde. Há três personagens: o Tarzã, que se submeterá ao exame, o elefante, que é o médico, e o macaco, que está apenas observando e rindo do Tarzã.

A comicidade da charge se dá por meio da figura do elefante: no papel de médico, é com a sua tromba que ele fará a penetração anal para realizar o toque da próstata. Assim, a observação segundo a qual o exame é indolor, associado à grossura de tromba, proporciona uma interpretação bem diferente.

CHARGE 30.



<humortadela.com.br>

O tema da charge nº31 é o prazer proporcionado pelo exame de toque retal.

Trata-se de uma charge bastante simples, em que a compreensão do texto escrito revela a real intenção da charge, deixando ao texto imagético a função complementar.

O texto escrito apresenta o título “Exame de Próstata”, revelando o assunto da charge. A fala do paciente está grafada em caixa alta, letra pequena e não negritada: “Doutor! Você pode dar uma lambidinha antes para eu relaxar?”. Essa fala já mostra que o paciente quer transformar o exame de toque em um momento de prazer.

O texto imagético, por sua vez, apresenta que o local onde a charge se passa é no interior de um consultório médico. Isso se revela tanto pelo desenho da maca, quanto pelo paciente, ajoelhado sobre ela e sem as calças.

Assim, são dois os personagens da charge: o médico, que nada fala, mas aparenta estar assustado, e o paciente, que pretende tirar proveito da oportunidade do exame.

Logo, a comicidade da charge reside na proposta do paciente ao médico, se seria possível receber uma “lambidinha” para que pudesse relaxar.

CHARGE 31.



<http://andremansur.com/blog/wpcontent/uploads/2012/10/andre_mansur_exame_portugues.jp

O tema da charge nº31 é a realização do exame de toque retal.

Trata-se de uma charge que se apresenta sob a forma de uma história em quadrinhos. Participam da charge três personagens: o médico, o paciente e sua mulher. No entanto, apenas o paciente, “Manuel”, e sua esposa “Maria”, aparecem na figura.

A figura é colorida, mas o seu fundo é neutro. O desenho das personagens é bastante grande, deixando ao texto escrito um espaço bem menor. O casal da história representa portugueses, personagens tradicionais da comédia brasileira e que sempre são caracterizados como “maus entendedores”.

A charge não apresenta título: a sua compreensão ocorre apenas mediante a leitura dos textos escrito e imagético. Há predomínio do texto escrito sobre a figura, e esta, por si só, não esclarece o conteúdo da charge. No entanto, o inverso é verdadeiro.

O texto escrito é grafado em letra tamanho pequeno, não negritada e em caixa baixa. No caso dessa charge, o tamanho e o formato da letra não fazem diferença para a o leitor, uma vez que ele é obrigado a ler o texto para compreendê-la.

A comicidade da charge reside no fato de que o Manuel foi enganado pelo seu médico e não percebeu, confirmando o seu papel de “português” na história.

CHARGE 32.



A charge nº32 tem como tema a ansiedade relativa à realização do exame de toque retal.

Trata-se de uma charge em que os textos imagético e escrito são complementares e apresentam o mesmo grau de importância para sua compreensão. O texto imagético é composto de um fundo simples e, portanto, sem influência para o entendimento da charge. No entanto, a figura em primeiro plano é colorida e rica em detalhes, podendo-se observar até os pelos da perna de um dos personagens.

A figura apresenta uma sala de estar, tipicamente masculina, caracterizada pelas garrafas de cerveja espalhadas pelo chão. Além disso, deve-se ressaltar que a cor do sofá é azul, chamando a atenção para a masculinidade do ambiente. São apresentados dois personagens: dois amigos, dos quais um está sentado no sofá, e o outro, em pé.

O texto escrito é redigido com letras em tamanho grande, caixa alta e negritadas. Isso revela que o texto escrito precisa chamar tanto a atenção do leitor quanto o texto imagético.

A comicidade da charge se dá na junção da imagem com o texto escrito. A imagem apresenta um dos personagens em pé, e com as calças abaixadas, de costas para seu colega que está sentado no sofá. O personagem que está em pé pede para que o outro insira o dedo em seu ânus, como uma espécie de antecipação do exame de toque retal que ocorrerá no dia seguinte.

Sobre as charges:

As trinta e duas charges apresentadas foram organizadas em quatro categorias para análise: a primeira se refere à alusão ao dedo do médico, utilizado no exame, sobretudo sobre o seu tamanho; a segunda reúne referências à homossexualidade e/ou à desmasculinização; já a terceira aponta para a fuga ou tentativa de fuga do exame; e a última mostra o constrangimento do paciente durante o exame. É relevante alertar que uma única charge pode ser classificada em mais de uma categoria. Todas as charges foram numeradas para facilitar a análise:

- a. Alusão ao dedo do médico: 1,2,4,5,6,9,10,15,17,20,21,29;
- b. Referência à homossexualidade e/ou desmasculinização: 7,8,9,15,18,21,22,23,24,25,27,28,30,31;
- c. Fuga do exame: 11,12,13,14,16,26;
- d. Constrangimento durante o procedimento: 19.

Ressalta-se, ainda, que as charges foram obtidas por meio do mecanismo de busca “google”, especificamente na parte de busca por imagens, tanto em sítios brasileiros quanto mexicanos. Além disso, algumas poucas charges foram me passadas por conhecidos que sabiam do meu objeto de pesquisa. No que se refere ao México, apenas cinco charges foram encontradas. Todas as outras vinte e sete foram retiradas de sítios nacionais.

Logo, muito embora eu tenha encontrado poucas charges mexicanas, elas revelaram a mesma essência das brasileiras, indicando um imaginário bastante semelhante.

A. *Alusão ao dedo do médico.*

O tabu da violação anal é, nesses casos, representado pelo dedo do urologista, haja vista que é com ele que se dá a penetração com o intuito de explorar a próstata. A primeira charge apresentada mostra os homens em desespero na sala de espera, em razão da exagerada dimensão da mão do médico, exceção feita a um único homem, sentado, à direita na figura, com as pernas cruzadas, e que lançava um olhar interessado ao médico. Este homem, pela sua caracterização, poderia ser visto como homossexual. Logo, a charge nº1 trata o exame de toque retal como não apenas confortável, mas interessante para homossexuais e/ou com tendências homossexuais.

Já a charge nº2 revela em primeiro plano uma crítica aos planos de saúde, quando o médico afirma “se você tem plano particular [o exame], é [com] o mindinho, mas se for convênio...”. A figura mostra que se o paciente usasse o convênio, o exame seria feito com um dedo maior. Em segundo plano, a charge apresenta o medo implícito relativo ao dedo a ser utilizado para o exame. Enquanto isso, a charge nº4 apresenta o medo prévio do paciente na sala de espera, quando este olha para o cartaz colado na parede. O cartaz simplesmente pede silêncio na sala, porém o tamanho do dedo do médico assusta o homem, que aguarda pelo exame, na sala de espera. No mesmo sentido do “medo do dedo” do médico, segue a charge nº5: um caranguejo afirmando que o seu exame de próstata seria muito pior do que o de um ser humano, pois seria realizado não com um dedo, mas com uma garra. Ainda que de um modo curioso, essa charge parece conter algum incentivo à adesão do exame.

Outra referência ao dedo do urologista está explícita na charge nº6: “Não tenha medo. Em nossa clínica de urologia, nós escolhemos nossos pacientes a dedo!”, afirma o médico ao paciente. Nesse caso, o termo “a dedo” permite dupla interpretação: à primeira vista, trata-se de um paciente de tipo seletivo, porém a carga cômica da charge está na implícita relação urologista – dedo – exame de toque retal.

A charge nº10 mostra um homem deixando o consultório de um urologista sentindo muita dor e chorando, mas os pacientes na sala de espera não aparentam maior preocupação. Em seguida, o médico aparece na sala de espera e aponta um dedo enorme para chamar o próximo paciente. Todos então se assustam com as possíveis consequências do exame.

Na charge nº15 o paciente cego pede para segurar o pênis do médico. O médico indaga o motivo e pergunta ao paciente se ele é homossexual. Sua resposta é negativa: “Es sólo para asegurarme de que lo que está metiendo es el dedo”. Esta charge, mexicana, destoa das anteriores: não há temor quanto à penetração do dedo para a realização do exame, e sim, de uma possível penetração com o pênis. Em nenhum momento o paciente demonstra constrangimento e/ou medo do exame em si. A charge nº17 não mostra mãos ou dedos exageradamente grandes do médico; mas, a luva, como se fosse um instrumento especial para o exame, assume um formato análogo à camisinha.

A charge nº20 é mais criativa que as outras, ainda que trate do mesmo tema: o dedo do médico. Trata-se de um congresso de urologia em que o palestrante indaga à platéia se há alguma dúvida: muitos médicos levantam a mão. A comicidade está nos dedos indicadores, todos muito grandes e aludindo ao pênis.

A última charge apresentada, de nº21, mostra um homem durante o exame de toque retal e sua satisfação com o procedimento.

A charge nº29, por sua vez, apresenta o personagem Tarzã se submetendo ao exame de toque retal. A parte cômica desta figura reside no fato de que é um elefante quem realizará o exame e, para isso, utilizará a sua tromba como instrumento.

B. Referência à homossexualidade e/ou à desmasculinização.

As charges 7, 8 e 9 fazem menção à mudança de opção sexual após a realização do exame. A charge nº7 mostra um homem bem informado, apresentando os motivos pelos quais se deve fazer o exame, embora esteja receoso; Logo, o homem com quem está conversando diz que o primeiro “sairá feliz do exame”, deixando implícito que todos os argumentos médico-rationais apresentados pelo colega indicariam que o primeiro demonstra um desejo de ter o seu ânus violado pelo médico.

A charge nº8 retrata um homem dialogando com o seu médico. Sua fala receosa revela ansiedade quanto ao exame. O inesperado da charge está na fala do médico: “não, não... não vai precisar arranjar namorado”. Trata-se, portanto, de uma manifestação temerosa de tornar-se homossexual após a realização do exame.

Uma sala de espera de uma clínica urológica, subentendida no título “exame de próstata desmistificado”, é o cenário da charge nº9. A figura retrata dois homens conversando, um deles temeroso de se submeter ao exame, enquanto o outro já se mostrava “freguês”, até mesmo mentindo para a sua mulher para ter seu ânus penetrado regularmente. Este último personagem

aparece na charge obtendo prazer com o exame, o que sugere que o procedimento o tornou um homossexual.

A charge nº15 é bastante engraçada. Também se passa em uma sala de espera de um urologista. Dois pacientes conversando e um diz ao outro que aquele urologista entende da saúde dos homens; que até o supositório prescrito por ele é para se usar na uretra, para desespero do segundo. Ou seja, o sinal da masculinidade está intacto: não há violação do ânus nem por meio do uso de supositório.

A apresentação do ato do exame de próstata é o tema da charge nº18, durante o qual, o paciente sente desesperadamente uma vontade de gritar e grita: “Ô trem bão sô”, expressando o prazer que está sentindo durante o exame.

A charge nº21 mostra o exame de próstata igualmente com o paciente sentindo prazer durante o procedimento. Já a charge nº22 apresenta um homem que descobriu, no exame de próstata, um novo prazer em sua vida.

A charge nº23 mostra um homem chegando em casa após se submeter ao exame de próstata: está trajando roupas femininas e afirma que o procedimento foi “maravilhoso”. A figura de nº24 mostra um homem na maca pedindo para que o médico introduza todo o braço em seu ânus, mostrando que está sentindo prazer durante a penetração.

As charges nº27 e nº28 apresentam homens que retornam, em curtos intervalos de tempo, ao consultório médico. Um dos pacientes afirma que “tudo que é bom, merece bis”. Já na charge nº28 o médico fala para a sua secretária: “diz pra ele [paciente] que não precisa vir toda semana... e nem mandar presentes”.

A charge nº30 também apresenta um paciente prestes a experimentar um momento de prazer durante o exame de toque, e solicita ao médico “uma lambidinha”, para relaxar.

Por fim, a charge nº31 mostra um paciente, português, que foi se submeter ao exame de próstata. A comicidade do quadro reside no fato de que o médico não teria utilizado nenhuma das mãos durante o exame, mas sim, o seu pênis.

C. Fuga do Exame

As charges 11, 12, 13, 14, 16 e 26 mostram pacientes evitando o exame de toque retal. A primeira charge mostra um homem atemorizado, prestes a fazer o exame; para torna-lo mais confortável, o médico colocou um músico para tocar violino. Esta é uma anedota que eu já ouvi de alguns informantes: “para ficar mais romântico, o médico bem que poderia colocar uma música de fundo, né?”.

A charge nº12 apresenta um homem rezando ajoelhado, prometendo levar uma vida mais saudável, caso volte a urinar com normalidade. O motivo de sua reza é para se ver livre do exame indesejado.

A charge nº13 já foi aqui descrita. Trata-se de um homem que evita a violação anal a qualquer custo, inclusive ao ponto de colocar o supositório pela uretra. Já a charge de número 14 mostra um ator buscando um dublê para se submeter ao exame de próstata.

O homem preso ao lustre ilustra o medo do exame de próstata, tal como se vê na charge nº16. Mesmo preso ao lustre, o médico está com o dedo penetrado em seu ânus, procurando concluir o exame.

A charge nº26 revela um novo equipamento, “de ponta”, em substituição ao dedo do médico para proceder ao exame de toque, o que faz com que o paciente se assuste.

D. Constrangimento durante o exame.

Como o exame de toque retal é realizado a partir da penetração anal, a charge nº9 mostra que o dedo do médico está sujo ou queimado. Tal situação pode causar constrangimento tanto para médicos quanto para pacientes.

Uma visão geral:

Em resumo, as charges foram classificadas em quatro categorias distintas: 1) alusão ao dedo do médico; 2) referência à homossexualidade e/ou desmasculinização; 3) fuga do exame; 4) constrangimento durante o procedimento.

É importante ressaltar que o item 1, alusão ao dedo do médico, apresenta o instrumento empregado pelo médico para a penetração anal. As charges apresentam os dedos de maneiras bastante distintas, mas sempre de modo curioso: o dedo pode ser grande, largo, com curvas, pontiagudo ou até mesmo assumir a forma de uma tromba de elefante. Isso revela parte do imaginário masculino e parece dar corpo ao temor relativo ao instrumento necessário para o exame de toque retal.

É no item “referência à homossexualidade e/ou desmasculinização” que se enquadra a maior parte das charges coletadas, como seria de se esperar: quatorze de trinta e duas. A idéia geral indica que os pacientes descobriram no exame de toque um prazer, proporcionado mediante a penetração anal. Esse

quadro é indicativo de que a descoberta desse prazer faria com que o homem se descobrisse um homossexual. Nas figuras, isso é bastante representado pelo homem trajado como mulher, pelo insistente retorno ao consultório do urologista ou ainda pelos presentes que são enviados ao médico, sugerindo que o paciente se apaixonou pelo seu urologista.

Por outro lado, a fuga do exame apresenta pacientes temerosos com o exame de toque. O que se observa nas charges classificadas no item 3 é que os homens que fogem do exame permanecem homens: de modo algum eles demonstram qualquer dúvida em relação a sua opção sexual.

Já a exceção encontrada nas charges coletadas deu lugar a uma quarta classificação: “constrangimento durante o exame”. Nela, a opção sexual do paciente não é colocada em questão. O que se pretende ironizar é o fato de o ânus do paciente sujar o dedo do médico.

Creio que a charge nº28 merece atenção especial, uma vez que ela apresenta três situações ideais sobre a relação do paciente com o exame de toque retal. A primeira é a certa: o paciente procura o médico para se submeter ao exame de toque; a segunda é a errada, quando o paciente é motivo de chacota no porque irá passar pelo toque; e a terceira é a “sem noção”, quando o paciente envia presentes ao médico, após ter se submetido ao exame. Entendo que ela merece atenção especial, pois ironiza uma situação que remete à homossexualidade, mas também apresenta um estímulo à prática do exame, rotulando-a de correta, apresentando, portanto, um desestímulo às chacotas dirigidas àqueles que se submetem ao exame.

Nesse sentido, por meio das categorias construídas a partir das charges – alusão ao dedo do médico, referência à homossexualidade e/ou

desmasculinização, fuga do exame, constrangimento durante o procedimento – observa-se que o fato de um homem se submeter ao exame de toque retal é, sim, um tabu, que pode se manifestar em diversas formas. As mais comuns presentes no imaginário cômico foram o tamanho do dedo do médico e a desmasculinização do homem que faz o exame.

**RESULTADOS DOS DADOS COLETADOS
SOBRE A INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA
NO BRASIL E NO MÉXICO**

A tabela a seguir apresenta a taxa de mortalidade por câncer de próstata e por câncer de mama, no ano de 2004. Ressalto que a OMS não disponibiliza dados mais recentes. Esses dados são relevantes à medida que comparam a incidência de câncer de próstata e de mama nos diversos países da América Latina.

Tabela¹⁴. Taxa de mortalidade por câncer de próstata, total de mortes por câncer de próstata, taxa de mortalidade por câncer de mama, total de mortes por câncer de mama, por país no ano de 2004. Dados disponíveis em <apps.who.int/infobase/mortality.aps>

	Taxa próstata em cada 100.000	Total mortes próstata	Taxa mama	Total mortes mama
Argentina	9,42	4594	14,50	6211
Belize	15,11	21	5,83	8
Bolívia	21,70	1021	15,79	842
Brasil	16,69	22869	14,19	20947
Chile	10,81	1793	7,44	1200
Colômbia	12,26	3450	7,26	2305
Costa Rica	11,45	369	8,21	273
Cuba	13,68	2281	8,70	1242
El Salvador	8,90	390	4,16	184
Equador	11,89	1100	6,62	634
Guiana	21,33	108	13,31	78
Guatemala	11,93	748	9,41	629
Honduras	14,83	503	10,78	392
Jamaica	16,62	438	15,08	352
México	7,81	5818	6,52	5172
Nicarágua	13,85	365	8,38	245
Panamá	15,10	354	8,30	206
Paraguai	14,66	493	10,36	383
Peru	17,50	3092	10,47	2014
Rep. Dominicana	38,28	2415	11,59	792
Uruguai	13,84	780	16,72	759
Venezuela	10,94	1727	8,41	1594

¹⁴ A comparação realizada entre câncer de próstata e câncer de mama, como representativos dos gêneros masculino e feminino respectivamente, foi formulada a partir de dados veiculados pela Organização Mundial de Saúde. A não inserção das neoplasias malignas de útero e ovário se deve à falta desses dados. No entanto, como a OMS apresenta os sete tipos de cânceres com maior mortalidade, conclui-se, portanto, que os cânceres de útero e ovário são menos fatais do que o de mama, o que não afeta o argumento desenvolvido a partir da tabela.

A tabela acima revela alguns dados importantes sobre a mortalidade por neoplasia maligna de próstata na América Latina: em primeiro lugar, percebe-se que a maior taxa de mortalidade ocorre na República Dominicana (38,28), a menor taxa ocorre no México (7,81). A partir do cálculo da mediana, a taxa que se apresenta é de 13,85. Nesse sentido, o Brasil exibe taxa pouco acima da mediana, justificando a proposta de um estudo comparativo, já detalhada na introdução. Para melhor visualização dos dados anteriormente expostos, no que se refere à taxa de mortalidade por câncer de próstata, será apresentado o gráfico a seguir:

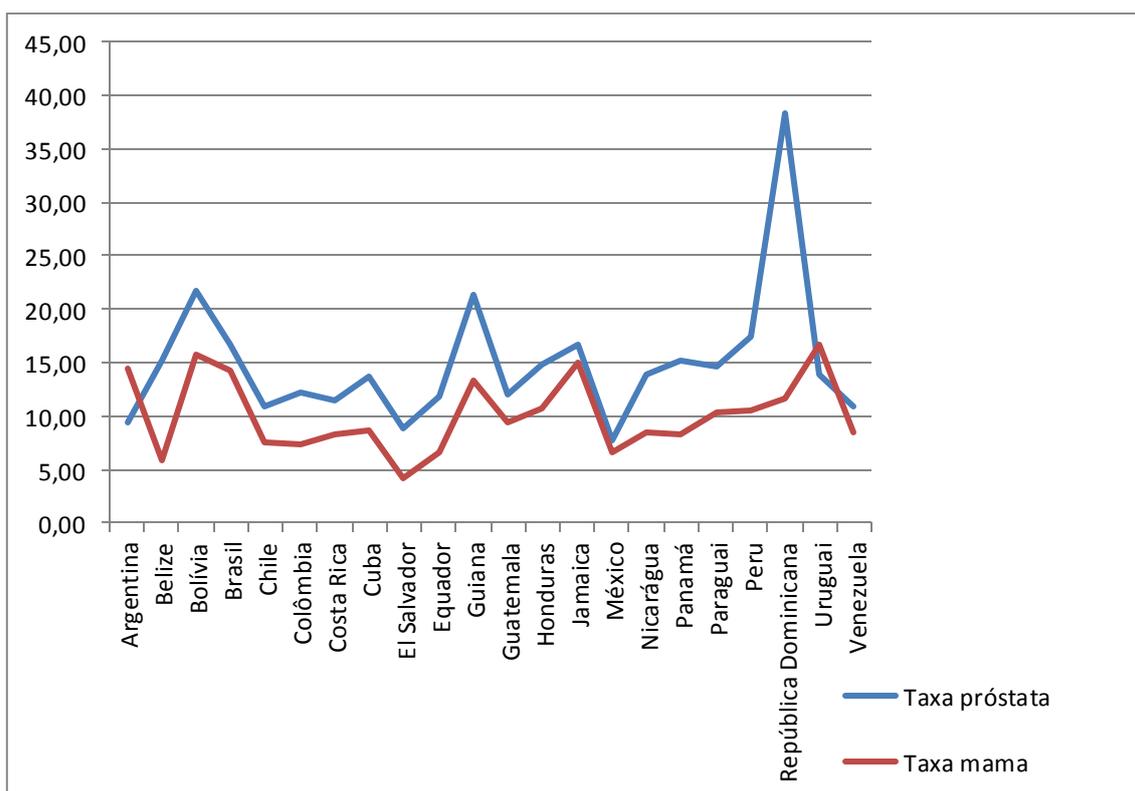


Gráfico1. Comparação das taxas de mortalidade por câncer de próstata e câncer de mama, em países latino-americanos.

Outro dado interessante é o de que, com exceção da Argentina, as taxas de mortalidade por câncer de próstata são mais altas do que as por câncer de mama, desconstruindo o padrão ideal de que as mulheres são mais frágeis e que, por isso, necessitam de apoio específico para sua saúde.

A escolha para o estudo comparativo entre México e Brasil se deu, portanto, em função de dados oficiais veiculados pela Organização Mundial de Saúde. Munida de tais dados, fui recebida para uma entrevista pelo presidente da Sociedade Mexicana de Urologia (SMU)¹⁵ – Dr. Alfonso de Silva Gutiérrez -, que contestou os dados:

“O câncer de próstata é a primeira neoplasia, o primeiro tumor em morte nos homens. E é a segunda causa de morte por câncer na população masculina. Então, nós no México temos o mesmo problema que no Brasil e em outros países latino-americanos. E a incidência de câncer de próstata no México não é inversa a dos outros países: é a mesma. É muito alta, e nós precisamos fazer algumas coisas para modificar a incidência da enfermidade.”

Dr. Gutiérrez afirma que os dados oficiais referentes ao México não são verídicos porque não há nenhuma central que mantenha uma base de dados que controle o número de casos de incidência e/ou mortalidade por neoplasias malignas. Menciona, ainda, uma iniciativa da própria SMU em catalogar esses casos nos últimos três anos. Ainda assim, os casos seriam apenas aqueles tratados em hospitais públicos, pois não tiveram a colaboração dos hospitais e clínicas privados para o estudo. Segundo o entrevistado, esses dados compilados pela SMU serão publicados até meados de 2012, o que me permitirá acesso a eles. De qualquer modo, a revelação do Dr. Gutiérrez demonstra que a justificativa na qual minha pesquisa se baseia pode não ser real: se, de fato, a taxa de mortalidade por câncer de próstata no México

¹⁵ A entrevista foi realizada em seu consultório, no Hospital Ángeles Villahermosa, na cidade de Villahermosa, Tabasco, México, no dia 03 de novembro de 2010.

mantiver o mesmo padrão latino-americano, isso significa que a adesão aos exames preventivos seria baixa. Logo, o sentimento de masculinidade teria, provavelmente, o mesmo significado no México, o que colocaria o meu estudo comparativo em outro nível: dar-se-ia entre dois países com o mesmo grau de mortalidade e nos quais os preconceitos são similares. Por outro lado, esse fato pode não ser de todo desastroso: parece que há um padrão entre os países latino-americanos, um tipo de comportamento que é regionalmente compartilhado – a masculinidade – mesmo entre regiões de colonizações distintas e com formações sociais também diferentes.

Se o México se mostra pouco organizado com seus dados sobre câncer, o Brasil, por outro lado, tem o INCA – Instituto Nacional do Câncer -, que proporciona fácil acesso às taxas de mortalidade por neoplasias no Brasil. Além do INCA, há na cidade de São Paulo o Registro de Câncer de Base Populacional de São Paulo.

Um estudo bastante recente, promovido pelo Registro de câncer de base populacional de São Paulo, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, apresentou o quadro evolutivo do câncer na população paulistana, de 1980 a 2008.

O estudo de Michels et al. (2011) mostra que as principais causas de morte entre as mulheres, no ano de 1980, eram as doenças do aparelho circulatório (36,4%), seguida das neoplasias malignas (11,2%). No ano de 2010 essas mesmas doenças encabeçam a lista das principais causas de morte feminina, porém com um adendo: as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 34,8% das mortes, enquanto as neoplasias malignas respondem atualmente por 21,1%, indicando um crescimento substantivo do

índice de mortalidade feminina por câncer. No caso de mortalidade masculina, o quadro se mostra ainda mais interessante: no ano de 1980, as principais causas de mortalidade eram as doenças do aparelho circulatório (30,7%), causas externas (13,7%), doenças do aparelho respiratório (10,4%) e, finalmente, as neoplasias malignas (10,1%). O ano de 2010 mostra que os homens ainda morrem mais por doenças do aparelho circulatório (31%), mas o padrão a seguir se modifica: neoplasias malignas (18,8%), causas externas (12,3%) e doenças do aparelho respiratório (11,8%). É curioso notar que no caso dos homens as taxas de mortalidade são praticamente mantidas no período citado, com exceção da taxa de mortalidade por neoplasia maligna, que se tornou a segunda principal causa de mortalidade. Esses dados serão ilustrados pelos gráficos a seguir:

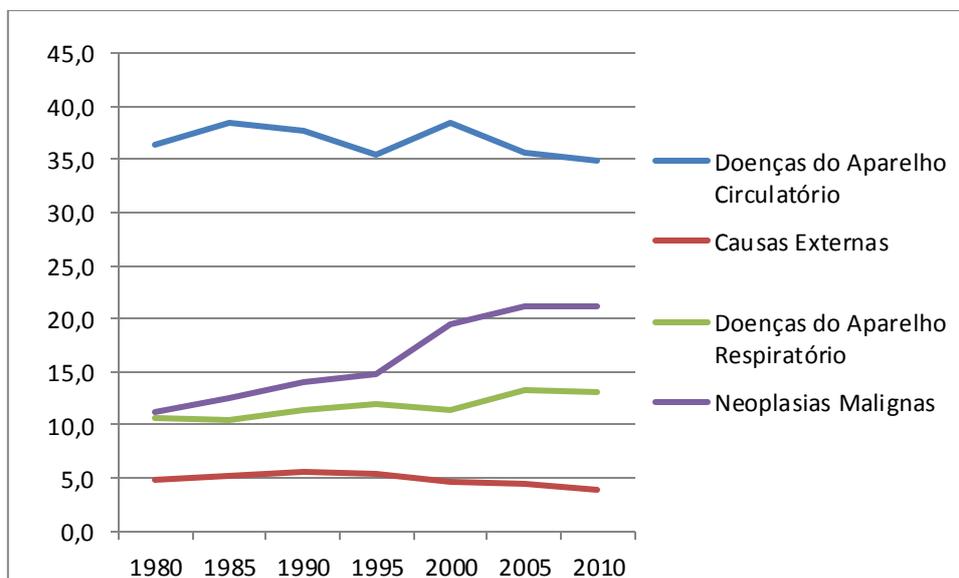


Gráfico 2. Mortalidade segundo as principais causas de morte para mulheres na Cidade de São Paulo, no período de 1980 - 2010.

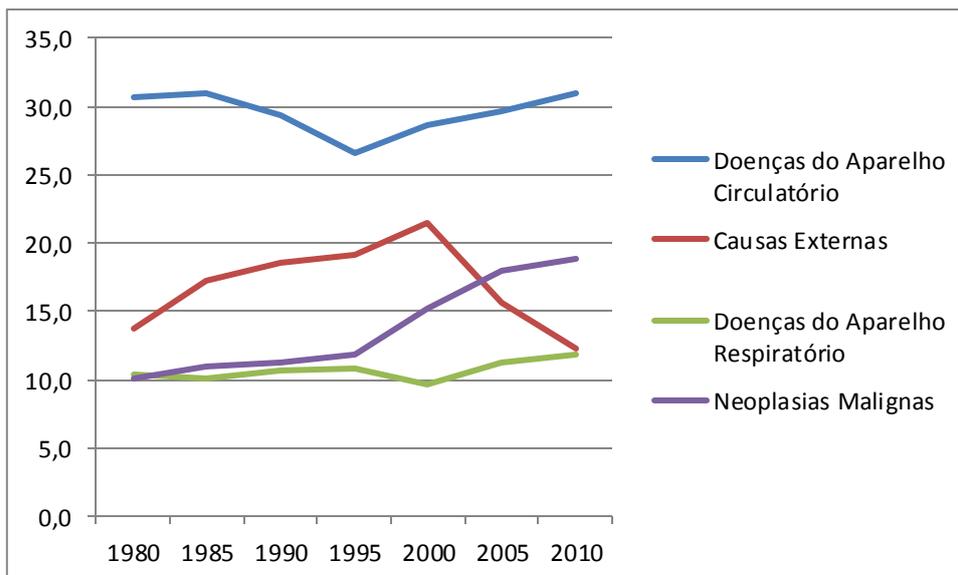


Gráfico 3. Mortalidade segundo as principais causas de morte para homens na Cidade de São Paulo.

Segundo Michels et al (2011), a incidência de câncer na população paulistana no período de 1997 a 2008 foi de 473.561 casos registrados, cuja média aponta para a proporção 54% entre mulheres e 46% dos casos entre homens. As tabelas a seguir mostram a incidência de novos casos de câncer, segundo as dez principais localizações corporais, segundo o sexo:

Tabela 2. Dez principais localizações corporais de casos de câncer na população masculina da cidade São Paulo no período entre 1997-2008.

MASCULINO	%
Pele não melanoma	21,94
Próstata	18,78
Cólon-reto	7,67
Pulmão	6,56
Estômago	5,99
Bexiga	3,59
Linfomas não-Hodgkin	2,69
Laringe	2,65
Esôfago	2,60
Leucemias	1,89

Tabela 3. Dez principais localizações corporais de casos de câncer na população feminina da cidade São Paulo no período entre 1997-2008.

FEMININO	%
Mama	21,54
Pele não melanoma	20,69
Cólon-reto	7,3
Tireoide	5,25
Colo do útero	4,88
Estômago	3,27
Pulmão	3,1
Ovário	2,66
Corpo do útero	2,18
Linfoma não-Hodgkin	2,15

A importância do artigo produzido pela SMU para a presente pesquisa é evidente porque permite comparações entre os municípios estudados, a partir de dados fielmente coletados e, posteriormente, estabelecer comparações com os dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde.

Esclareço, na introdução, que esta pesquisa tem um viés qualitativo, já que pretende compreender até que ponto a noção de masculinidade pode influenciar o (não) cuidado com a saúde do homem. Logo, é possível que se pergunte qual a importância dos dados numéricos para esse estudo. E a resposta é simples: sem eles não há como justificar a relação entre masculinidade e saúde do homem.

7.1. Políticas Públicas Governamentais.

Outro bloco de dados relevante se refere às políticas públicas governamentais de saúde desenvolvidas no Brasil e México. Ora, se é generalizado o conhecimento de que o câncer de próstata é uma das principais causas de mortalidade masculina em ambos os países, logo, é de se esperar

que haja mobilizações nacionais e/ou regionais para incentivar a adesão aos exames preventivos.

No entanto, ao me inteirar das políticas setoriais de saúde, pude observar que o México não conta com programas específicos. No site da Secretaria de Saúde do México é possível observar que as campanhas nacionais centram-se na saúde da mulher e da criança: campanhas para exames da mulher no que diz respeito à doenças sexualmente transmissíveis e de vacinação infantil são, inclusive, veiculadas nas laterais dos ônibus na Cidade do México. Posteriormente, obtive a informação do Dr. Gutiérrez de que não há qualquer manifestação equivalente alertando para a saúde do homem:

Pesquisadora: Quando eu cheguei aqui no México, especificamente na Cidade do México, a primeira coisa que eu vi foi uma campanha de saúde veiculada em um ônibus. A propaganda dizia assim: Mulher, se você está grávida, realize um exame de HIV. E eu achei interessante isso, porque é um tipo de alerta público de saúde, que visivelmente chama a atenção. Posteriormente eu vi outro, lembrando para que as mães vacinassem os filhos, atentando para as idades da vacinação. E eu fiquei pensando: existem campanhas parecidas alertando para a saúde do homem?

Dr. Gutiérrez: “Não. Não. Eu falei para você que todos os esforços ficam na mulher agora e nos filhos. E não vemos preocupação com o homem. Mas agora, nós da SMU, estamos fazendo coisas a favor: este ano iniciamos uma fundação e o primeiro passo que demos foi realizar uma campanha [na cidade de Villa Hermosa, estado de Tabasco] convidando os homens acima dos 40 anos para realizarem exames gratuitos e preventivos da próstata. Nós esperávamos no máximo 150 homens e recebemos mais de 500”.

No Brasil, por outro lado, desde o ano de 2009 foi lançada a “Política Integral de Atenção Integral à Saúde do Homem”, que se assim se apresenta:

“A nova política coloca o Brasil na vanguarda das ações voltadas para a saúde do homem. O país é o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política nacional de atenção integral à saúde do Homem. O primeiro foi o Canadá. A política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focado no

crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro”.
<disponível em: <http://portal.saude.gov.br>, em 12 out.2011>

Embora ainda sem grandes resultados práticos para a população masculina do país, uma das iniciativas se deu no âmbito da discussão, pois colocou a saúde do homem em pauta. É provável que seu maior fruto, até o momento, tenha sido o seminário internacional “A saúde do homem nas Américas”, que reuniu onze países - Brasil, México, Guatemala, Canadá, Costa Rica, Uruguai, Paraguai, Equador, Chile, Bolívia e Peru – para apresentarem as suas experiências, estratégias e expectativas pertinentes à saúde do homem.

O seminário, realizado no Brasil nos dias 13 e 14 de setembro de 2010, especificamente no Palácio do Itamaraty, foi também promovido pelo Ministério da Saúde, com apoio do Fundo de População das Nações Unidas. O objetivo principal do encontro foi o de debater as características socioculturais dos países participantes, na tentativa de responder à dificuldade de estabelecer rotinas preventivas para a população masculina do continente americano.

Dado o tema proposto neste trabalho, centrar-me-ei no discurso de abertura da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e nas apresentações de Brasil e México sobre a atenção que dedicam ou que pretendem dedicar à saúde masculina. É relevante o fato de que os discursos apresentados são oficiais, uma vez que cada país indicou um representante para expor a sua visão sobre o tema.

A primeira apresentação oficial do evento foi a da Organização Pan-Americana de Saúde, com o título de “A saúde dos homens nas Américas: algumas perguntas procurando respostas”. Por se tratar de uma apresentação

de abertura do evento, é óbvio que o tema é tratado de modo proforma. Porém, nesse momento, a intenção é justamente compreender o discurso formal em relação aos cuidados de saúde do homem, e essa exposição é fundamental para a nossa interpretação.

Segundo a Organização, o quadro geral em relação à saúde do homem no continente americano é um assunto pouquíssimo abordado até a década de 1980, e não há tradição de cuidado de si devido à noção de masculinidade. A esse panorama é agregada a noção de combate à violência, também vinculada ao ideal de masculinidade. Os dados estimados apontam que, até 2020, a América Latina terá a maior população jovem do planeta e, nesse sentido, a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe) é bastante coerente ao afirmar que os Estados devem estabelecer como prioridade a sociabilidade dos jovens, como uma medida antiviolência, o que resultaria na diminuição dos índices de mortalidade masculina por fatores externos.

Outro indicativo fundamental, levantado pela OPAS, é que a pobreza eleva a estimativa de morte masculina entre 3 a 5 vezes mais do que a população não pobre. Esse é um elemento de extrema relevância na América Latina, já que a população pobre da região é bastante expressiva.

O cerne da preocupação da OPAS em respeito à saúde masculina encontra-se resumida a seguir: ela é reflexo dos padrões vitais dos homens, do que é ser homem e, portanto, consequência do padrão de socialização. A base de compreensão dessa visão se dá por meio de um enfoque transdisciplinar que toma como orientação a biologia, as neurociências, as ciências sociais, a teologia e a psicologia. Desse eixo, alguns pontos são levantados para a discussão (OPAS, 2010, p.8):

- a) A construção da autoestima e da consciência da vulnerabilidade como parte do processo de se “tornar homem” são importantes recursos para promover mudanças positivas;
- b) Trilhar o caminho para se passar de um discurso ameaçante sobre a masculinidade para um discurso amigável;
- c) Entender a ação de cuidar a partir da visão dos homens: revalorizar a experiência de cuidar.

Partindo dessa lógica, a exposição resume os pontos principais para a promoção da saúde masculina: políticas públicas; habilidades/conduitas pessoais; ação comunitária; entornos adequados; reorientação de serviços.

O final da apresentação é marcado por um alerta às autoridades presentes no seminário. Ainda que enfático em excesso, é de valia aqui a sua transcrição, pois reafirma a importância da formação da identidade masculina latino-americana em relação ao comportamento distante das práticas preventivas de saúde:

“Vamos intervir na construção das masculinidades! Isto poderá ajudar muito na saúde dos homens...
Aonde? Em muitos espaços não queremos corrigir ou reprimir condutas: queremos intervir nos espaços possíveis e na vulnerabilidade do modelo dominante”. (OPAS, 2010, p.9)

Ao observar as diretrizes apresentadas pela OPAS, no que se refere ao cuidado com a saúde do homem, é possível identificar no seu discurso de organização a sugestão para a que os Estados participantes do Seminário intervenham no modelo de homem vigente na América Latina. Como mostrou Draibe (2007), o modo pelo qual o governo direciona as suas políticas sociais reflete diretamente nos processos de inserção do indivíduo na sociedade, incluindo a constituição de gênero. O apelo da Organização Pan-Americana de

Saúde, “vamos intervir na construção das masculinidades”, norteia uma possível ação dos Estados latino-americanos na formação das pessoas homens, ou seja, pretende rearticular todo o modo de socialização masculino na região.

Outro fator relevante pode ser observado por meio da ótica de Calderon e Jelin (1987). Se para esses autores o marco da década de 1970 na América Latina foi o populismo, cuja expressão se dá em função da determinação do Estado para a definição de políticas sociais, chegando a afetar toda a estrutura da sociedade, assim também se dá com os norteamentos relativos ao cuidado com a saúde do homem pela OPAS. Ora, isso implica em afirmar que nessa sugestão está implícita a idéia de que o Estado deve agir como ator social na situação em foco.

É bastante compreensível que a OPAS, assim como os Estados participantes, se preocupe com a saúde do homem. Não à toa, pois, o estudo de Laurenti (1998) mostrou que homens morrem mais do que mulheres, invariavelmente, em qualquer faixa etária. Que a violência e as drogas sejam fatores determinantes no nível de mortalidade em homens jovens, e que, não há dúvida, esses fatores requerem reforços durante o processo de socialização do homem para que haja possibilidade de redução dessa taxa. Por outro lado, o que essa cena apresenta é o fortalecimento dos elementos da constituição do gênero em assimilação pelo indivíduo. Nesse sentido, a força, a coragem e a dominação se apresentam como marcadores de experiências da masculinidade latino-americana.

Em resumo, o cerne do debate da OPAS centra-se na questão da racionalidade x cultura. De modo algum pretendo afirmar que os processos

culturais não são racionais. Longe disso: trata-se de identificar que o processo de assimilação de características pertencentes ao gênero masculino por jovens está em cheque, e provavelmente em mudança, em função de determinações dos Estados latino-americanos.

A participação do México se deu em grande parte pela apresentação de seu sistema público de saúde. Apenas o restante da exposição ocorreu em função do tema do evento, e o objetivo das políticas de saúde masculinas foi assim descrito:

“Generar en la población derechohabiente masculina la cultura del autocuidado, con el fin de promover hábitos de vida saludable y controlar los factores de riesgo presentes mediante acciones de prevención universales, selectivas y específicas por grupo de edad”. (MÉXICO, 2010, p.18)

Não foram relatadas ações localizadas para o público masculino pelos representantes mexicanos, com exceção do “Dia do Pai”, evento ocorrido uma vez com trabalhadores urbanos, em que se ofereciam palestras que alertavam para os riscos do tabaco, do álcool, hipertensão e câncer prostático. Ademais, a apresentação foi finalizada com clamores a favor da igualdade entre os gêneros: “nos interessa la salud de las mujeres y la de los HOMBRES también”. (grifo do autor) (México, 2010, p.28)

Na apresentação brasileira foi empregado o mesmo método: primeiro foram introduzidos dados básicos sobre as políticas públicas de saúde, e apenas a segunda metade foi dedicada especificamente ao programa de saúde do homem. Creio que dois trechos da apresentação sejam interessantes e merecem ser aqui reproduzidos. O primeiro se refere aos motivos identificados pelo governo pelos quais os homens não procuram o atendimento à saúde:

“Por que os homens não se cuidam e não procuram os serviços de saúde?
- Estereótipos de gênero;
- Medo que descubra doenças;

- Papel de provedor;
 - O papel de “cuidar”;
 - As estratégias de comunicação não privilegiam os homens;
 - Inadequação dos serviços de saúde:
 - a. Horários de Funcionamento;
 - b. Dificuldades de acesso;
 - c. Presença de mulher no exame do toque retal”.
- (BRASIL, 2010, p.15)

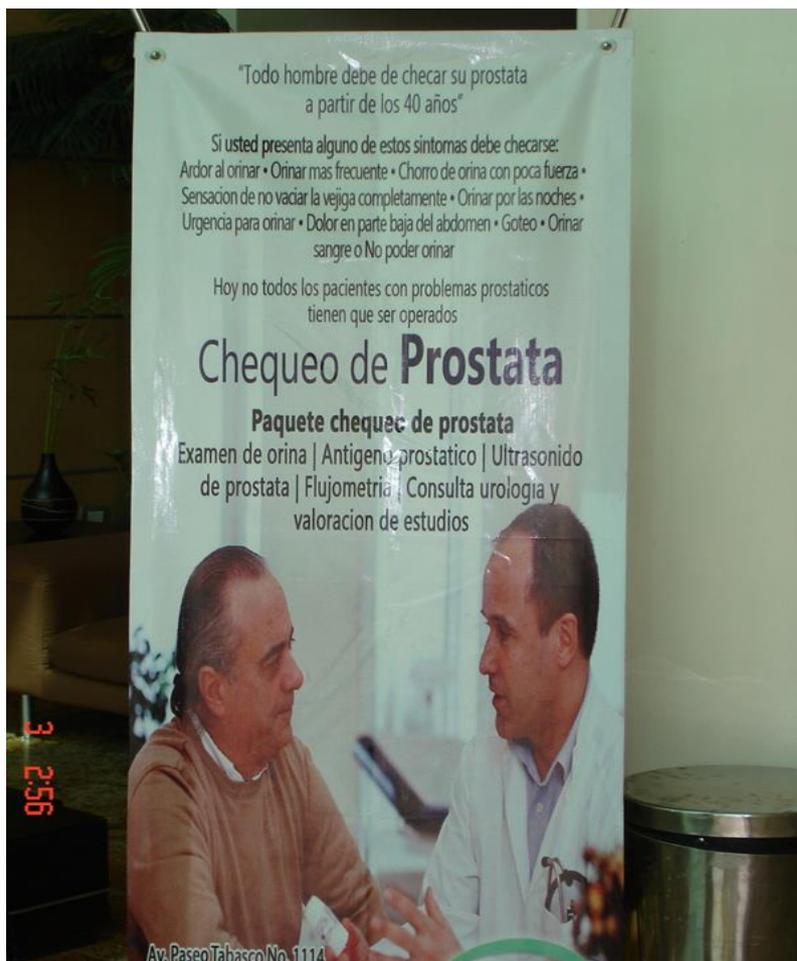
O outro trecho aponta os objetivos específicos que o governo brasileiro tem posto como meta a ser atingida:

- “1 - Organizar rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais no manejo da redução da morbimortalidade no homem, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada;
 - 2 - Apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde;
 - 3 - Qualificar profissionais de saúde para o atendimento dos homens;
 - 4 - Incorporar o homem no planejamento reprodutivo e no compartilhamento aos cuidados da saúde familiar;
 - 5 - Construir parcerias com a sociedade civil organizada para promover a saúde do homem”.
- (BRASIL, 2010, p.17)

7.2. Ações não governamentais:

A fotografia a seguir foi tirada na cidade de Villa Hermosa, no México. Não se trata de um programa municipal, mas sim de uma campanha de iniciativa privada, de um pequeno laboratório de análises clínicas local. Parece óbvio que o interesse do laboratório seja o de aumentar a quantidade de exames laboratoriais realizados, o que fatalmente levaria à ampliação dos seus lucros. Por outro lado, é interessante pensar que esse laboratório poderia fazer campanhas visando lucro com qualquer outro tema de saúde e, talvez por não precisar se confrontar ao sentimento de masculinidade, é possível que seu lucro fosse ainda maior. Em todo caso, o fato é que resultou no alerta a seguir¹⁶:

¹⁶ Tradução livre da figura: Todo homem deve checar sua próstata a partir dos 40 anos. Se você apresenta alguns desses sintomas deve passar por exames: ardor ao urinar, urinar mais frequente, jato de urina com pouca força, sensação de não esvaziar completamente a



É relevante o fato de não haver menção direta ao exame de toque retal, ainda que ele possa estar subentendido na etapa de consulta com o urologista. Deve-se lembrar que o INCA aponta como fato provável do aumento do número de mortes por câncer de próstata dos últimos anos, no planeta, a realização exclusiva do exame antígeno-prostático, que tem a função complementar preventiva e não excludente com a exploração da próstata.

bexiga, urinar à noite, urgência para urinar, dor nas partes baixas do abdômen, gotejamento, urinar sangue ou não poder urinar.

Atualmente, nem todos os pacientes com problemas prostáticos devem ser operados.

Checagem de próstata.

Pacote de checagem da próstata: exame de urina, antígeno prostático, ultrassom de próstata, urofluxometria, consulta urológica e análise dos exames.

Iniciativa educacional menos comercial, pude observar por meio de iniciativa da Sociedade Mexicana de Urologia. Como já mencionado, por intermédio da criação de uma fundação tem sido viabilizada a possibilidade de se educarem os homens com vistas ao cuidado com a saúde, particularmente o caso do exame da próstata. Dr. Gutiérrez diz que há uma iniciativa da SMU em incentivar que os meios de comunicação de massa locais, particularmente o caso das novelas que, como no Brasil, têm alcance significativo sobre a população do país, a tratar do tema do câncer de próstata e da necessidade de realizar os exames preventivos. Segundo Dr. Gutiérrez:

“A noção de masculinidade é um mito. Ela não existe. Não existe o que é ser masculino. O homem não faz o exame porque a cultura diz que é para ele não cuidar de si mesmo, mas ele deve cuidar da família. Ele deve prover a sua família. E tem outra coisa que não muda nem aqui no México, nem no Brasil e nem em qualquer outro lugar do mundo: quem manda em casa é a mulher. E, se a mulher entender que é para o bem de sua família fazer com que seu marido realize os exames preventivos, não tem homem que faça o contrário.”

Assim, pela lógica da SMU, abordando o tema nas novelas, as mulheres seriam conscientizadas da importância de o homem cuidar de sua saúde. E, contrariando qualquer preceito de dominação masculina, para o Dr. Gutiérrez “quem manda em casa é a mulher”, e ela obrigaria seu marido a realizar os exames.

ENTREVISTAS

8.1. Entrevistas coletadas na Cidade do México.

As entrevistas foram coletadas na Cidade do México, nos meses de novembro dos anos de 2011 e 2012. Os participantes foram selecionados ao acaso e abordados em locais públicos, como rua, universidade, hotel, cafés e restaurantes, com a pergunta “o senhor pode fazer o favor de responder uma pesquisa para mim?”. Em caso afirmativo, eu questionava se o homem era nascido na Cidade do México e qual a sua idade. Em caso de ter 45 anos ou mais e de ser nascido naquela cidade, então eu fazia as perguntas. Como se trata de um assunto bastante pessoal, eu dizia que, caso o entrevistado se sentisse incomodado com alguma pergunta, bastava que ele dissesse que não responderia àquela questão ou a todo o restante do questionário. No entanto, isso não ocorreu em momento algum. Revelou-se uma (grata) surpresa o fato de que todos os entrevistados mexicanos trataram o tema do exame de toque com bastante naturalidade.

Como já comentei anteriormente, as entrevistas coletadas foram segmentadas por escolaridade: ensino médio, graduação e pós-graduação. Elas foram iniciadas com perguntas sobre a idade e a escolaridade de cada homem. Em seguida, então, eram realizadas as perguntas propriamente ditas.

Os homens entrevistados na Cidade do México apresentaram a seguinte idade e escolaridade:

Entrevistado	Idade	Escolaridade
Entrevistado 1	74 anos	pós-graduação
Entrevistado 2	57 anos	ensino médio
Entrevistado 3	47 anos	ensino médio
Entrevistado 4	50 anos	Graduação
Entrevistado 5	60 anos	ensino médio
Entrevistado 6	54 anos	Graduação
Entrevistado 7	66 anos	Graduação

Entrevistado 8	52 anos	pós-graduação
Entrevistado 9	53 anos	pós-graduação

Observando o quadro acima, percebe-se que todos eles estavam em idade de realizar os exames preventivos da próstata, ou seja, encontravam-se na faixa etária acima dos 45 anos de idade.

A primeira pergunta foi “O senhor costuma apresentar cuidados com o seu corpo? Quais?”. Não há dúvida de que se trata de uma pergunta aberta o suficiente para que apresente múltiplas interpretações e possibilite, então, um leque abrangente de respostas. Porém, a intenção dessa pergunta era exatamente a de compreender qual o significado de “cuidado com o corpo” para os entrevistados.

Entre os nove entrevistados, cinco deles afirmaram que apresentam cuidados com o próprio corpo. Entre eles, os significados de compreensão de “cuidado com o corpo” variaram entre cuidado com a saúde e a prática de exercícios físicos. Os entrevistados que responderam não apresentar cuidado com o corpo regularmente também revelaram em suas respostas o significado do termo investigado para si mesmos. Esses dados serão apresentados na forma de tabela, na tentativa de facilitar a visualização e a sua posterior compreensão:

Entrevistado	Cuidados com o corpo?	Compreensão de "cuidados com o corpo"
Entrevistado 1	Sim	exercícios físicos e alimentação
Entrevistado 2	Sim	exercícios físicos e alimentação
Entrevistado 3	Sim	exercícios físicos
Entrevistado 4	Sim	exercícios físicos, alimentação, limpeza corporal e cuidados médicos
Entrevistado 5	Apenas quando necessita	Cuidados médicos
Entrevistado 6	Sim	Cuidados médicos
Entrevistado 7	Apenas quando necessita	cuidados médicos

Entrevistado 8
Entrevistado 9

Mais ou menos
Sim

cuidados médicos
exercícios físicos e cuidados médicos

As respostas assim surgiram durante as entrevistas:

E1: “Bueno hago ejercicios aeróbic y bicicleta spinning y tomo unos complementos alimenticios; vitamina B y C y algo fibras y me hago un chequeo cada año.”

E2: “Si, tomo complementos, hago ejercicios de físico culturismo”.

E3: “Pues trato, no hago muchos ejercicios, sé que es necesario pero no hago muchos ejercicios”.

E4: “ejercicios, alimentación y cuidados, baños limpieza cuando me duele algo asisto al médico”.

E5: “Bueno solo cuando hay una manifestación, algún dolor en el cuerpo, por ejemplo un dolor en cualquiera de las extremidades, rodillas, pierna, la espalda, hay digamos tomo la decisión de un masaje, no muy seguido...”

E6: “Si, si brindo una atención a mi cuerpo. Yo chequeo mi salud.”

E7: “Cuando lo necesita”.

E8: “Si, más o menos, no con el cuidado que debiera pero sí”. Como ir al dentista periódicamente, al doctor, al urólogo. Cosas que por mi edad las requiero no, que nos aconsejan por ejemplo ir al urólogo”.

E9: “Pues hace unos 4 o 5 años para acá, este procuro hacer actividad física, por lo menos tres veces a la semana. Año con año me hago un examen clínico, general.”

A partir das respostas obtidas, é possível observar que a expressão “cuidar do corpo” remete à existência de uma concepção de manutenção da saúde. Logo, a prática regular de exercícios físicos, cuidados com a

alimentação e a procura regular pelo clínico geral confirmam a idéia de prevenção às doenças.

Aos entrevistados que responderam apenas que praticavam atividade física, perguntei também se cuidavam da saúde, questão que permitia uma resposta mais específica localizada na chave saúde/doença.

Entrevistado	Você toma cuidados com a saúde?
Entrevistado 1	Tive um episódio de câncer na bexiga.
Entrevistado 2	Sou diabético.
Entrevistado 3	A saúde vai bem, mas consulto clínico geral duas vezes ao ano.
Entrevistado 4	A cada mês, observo o triglicérides e o colesterol.
Entrevistado 5	A cada ano vou ao clínico geral.
Entrevistado 6	A cada ano vou ao clínico geral.
Entrevistado 7	Costumo ir ao clínico geral uma vez ao ano.
Entrevistado 8	Vou ao dentista, ao médico e ao urologista.
Entrevistado 9	Todo ano faço exames clínicos gerais.

Em resposta à questão “você toma cuidados com a sua saúde?” apenas dois entrevistados relataram ter uma doença e já terem dela tratado ou estarem ainda em tratamento. Todos os outros entrevistados afirmaram que comparecem ao médico regularmente, demonstrando um cuidado de caráter preventivo.

As repostas mostraram que a grande maioria deles costuma ir ao médico do sistema público de saúde, como está dito na fala do entrevistado 4: “estoy con el médico familiar cada mês”, e também por meio do entrevistado 6: “es con el médico general del seguro social donde vamos todos, bueno hay nos dan un chequeo”. Deve-se lembrar que os entrevistados mencionados são portadores de diploma de ensino superior, o que indica que o sistema público de saúde mexicano não se restringe apenas às pessoas das camadas mais baixas da sociedade.

As respostas obtidas foram as seguintes:

E1: Mi salud está muy bien, tuve un episodio de cáncer el año pasado en la vejiga pero por fortuna se descubrió muy a tiempo lo sacaron, se extirpó y estoy muy bien.

Pesquisadora: Usted hace examen periódico?

E1: Si, cada año.

E2: Soy diabético

Pesquisadora: ¿Se cuida?

E2: Si tomo medicamentos.

Pesquisadora: ¿y usted se hace exámenes periódicos?

E2: ¿cómo?

Pesquisadora: exámenes anuales para la vista, urólogo, por ejemplo...

E2: O sea constantemente estoy con el doctor, cada mes, cada mes, cada mes.

E3: Mi salud, bueno, pienso que es buena, pero si necesito atención unas dos veces por ella.

Pesquisadora: Entonces usted hace exámenes periódicos?

E3: Por lo menos dos veces al año.

E4: Si es lo que más cuido, la salud médica me reviso cada mes los triglicéridos, el colesterol,

Pesquisadora: Entonces usted hace los exámenes periódicos.

E4: Si, cada mes.

E5: Bueno cuando es algo fuerte, por ejemplo una gripe ya muy fuerte, voy inmediatamente al médico y me atiendo.

Pesquisadora: Pero usted se hace exámenes periódico?

E5: Si, digamos que cada año.

Pesquisadora: Y qué hace?

E5: Chequeamos lo que es la sangre, para ver que si no haya mucha azúcar, el colesterol también, lo del riñón, estómago, grasa, peso, lo que es el pulso si esta alto o está bajo también.

E6: También chequeo mi salud.

Pesquisadora: Hace los exámenes periódicos?

E6: Cada año hago los exámenes.

Pesquisadora: ¿Qué tipo de exámenes haces?

E6: De la sangre, la presión, de la glucosa, todo.

Pesquisadora: Y brinda atención con su salud?

E7: Si

Pesquisadora: Pues ¿qué haces?

E7: Pues como le diré, con mi salud yo trato de llevarlo lo que el cuerpo me pide como se dice.

Pesquisadora: Usted hace los exámenes periódicos, una vez al año, dos veces al año?

E7: Pues luego sin querer los hago, sin querer así que esté dispuesto yo hacerlo, así como lo hago yo.

E8: Como ir al dentista periódicamente, al doctor, al urólogo. Cosas que por mi edad las requiero no, que nos aconsejan por ejemplo ir al urólogo.

E9: Año con año me hago un examen clínico, general.

Pesquisadora: Si, haces el examen periódico.

E9: Si, por lo menos una vez al año me hago este sanguínea, no me recuerdo como se llama, de veinte y tantos elementos y también mi antígeno prostático, entonces generalmente eso hago.

Logo, todos os entrevistados afirmaram que consultam o médico periodicamente para realizar exames, na tentativa de promover a manutenção da saúde.

A terceira pergunta questiona se os entrevistados também se consultam com médicos especialistas:

Entrevistado	Com que especialistas o senhor se consulta?
Entrevistado 1	urologista e médico familiar
Entrevistado 2	Apenas clínico geral
Entrevistado 3	Dentista
Entrevistado 4	urologista e médico familiar
Entrevistado 5	urologista e clínico geral
Entrevistado 6	urologista e clínico geral
Entrevistado 7	Apenas clínico geral
Entrevistado 8	dentista, clínico geral e urologista
Entrevistado 9	clínico geral e homeopata

Dos nove entrevistados, oito mencionaram clínico geral ou médico da família, podendo-se inferir que deve ser uma prática regular a ida ao médico não especialista. No entanto, além do clínico geral, também foi mencionado o dentista por dois entrevistados, urologista por cinco entrevistados e homeopata por um deles.

Entendendo-se que dentista não é um médico, das nove respostas obtidas, foram mencionados a visita regular a apenas dois especialistas: homeopata e urologista.

Seguem as respostas à questão: “com que médico especialista você se consulta regularmente?”

E1: Desde el 97 que tuve un problema en la próstata me hago el antígeno prostático que me ordenó el médico y hay un médico familiar que consulto cuando se necesita.

E2: Son médicos generales del seguro social, o sea no hay ninguno especial así no.

E3: Bueno con lo que yo me vaya sintiendo mal, pero sobre todo el dentista.

E4: Bueno dos veces al año con el urólogo y con el médico familiar cada mes.

E5: General, médico general de los servicios de salud, seguro social que se llama aquí.

E6: Es con el médico general del seguro social donde vamos todos, bueno hay nos dan un chequeo.

E7: Pues con el normal, con el médico general, tengo muchos amigos que son así, allá por el rumbo, entonces visito uno, visito otro y ahora me estoy achicando constantemente.

E8: Como ir al dentista periódicamente, al doctor, al urólogo. Cosas que por mi edad las requiero no, que nos aconsejan por ejemplo ir al urólogo.

E9: Un médico general que es de la familia y es un médico homeópata, el doctor Landetta y es un médico hace unos 15 o 18 años y es el médico de la familia; va mi mamá, mi papá, mis hermanas, por supuesto que yo y mis hijos.

A quarta questão é mais específica. Para aqueles entrevistados que não mencionaram que vão ao urologista, perguntei se eles procuram essa especialidade médica. Em caso afirmativo, questionei desde quando, e em caso negativo, perguntei o motivo pelo qual o urologista não é consultado. O resultado resumido pode ser visto na tabela a seguir:

Entrevistado	vai ao urologista?	Complemento
Entrevistado 1	sim	desde os 72 anos de idade
Entrevistado 2	não	o clínico geral não encaminhou
Entrevistado 3	não	diz que não tem necessidade
Entrevistado 4	sim	desde os 45 anos de idade
Entrevistado 5	sim	desde os 55 anos de idade
Entrevistado 6	sim	desde os 51 anos de idade
Entrevistado 7	não	porque não quer passar com o urologista
Entrevistado 8	sim	desde os 20 anos de idade
Entrevistado 9	não	porque o nível de PSA está baixo

Assim se apresentaram as respostas à questão número quatro:

E1: Desde el 97 que tuve un problema en la próstata me hago el antígeno prostático que me ordenó el médico. E1: el urólogo desde septiembre del 2011 que fue cuando mi médico general... Estaba sangrando por la orina, pero no tenía dolor y eso hizo sospechar a mi doctora, que primero creyó que era una infección y me dio medicamentos, creyendo que se iba a acabar la infección, pero seguía sangrando. Entonces me hice exámenes de orina y me dijo no, se me hace que es un cólico y tienes que ir con el urólogo. Entonces fui en agosto del 2011 y en septiembre fue ya cuando me hicieron la operación, sacaron el tumor de la vejiga y lo mandaron a patología y fue muy a tiempo, no se había extendido, compenetrado me pusieron una vacuna nueva que se llama BGC, seis aplicaciones y bueno pues evolucionó muy bien.

E2: No ninguno de ellos.

Pesquisadora: El médico es general? El no indica a usted para ir al urólogo.

E2: Es general, y nos manda algunos especialistas, pero casi no, porque como es el seguro social casi no brindan atención como debe ser, solo no más si tienes un dolor nos dicen ya tómate eso y ya vete.

Pesquisadora: El caso especial del urólogo...

E3: No, no va.

Pesquisadora: Pero nunca fue a un urólogo?

E3: No he tenido la necesidad de ir todavía.

E4: Bueno dos veces al año con el urólogo. Desde los 45 años.

E5: Si cada año también. Como hace cinco años atrás.

E6: Si una vez al año. Desde tres años.

E7: Allí no he ido, ya tiene rato que no voy.

Pesquisadora: No va y ¿por qué?

E7: Hijole, pues nada más porque no quiero ir con él, por ejemplo ahorita pues tengo un pequeñito una hernia inglar pequeña, pero la estoy dejando otro ratito y ya después...

E8: Cosas que por mi edad las requiero no, que nos aconsejan por ejemplo ir al urólogo. Mmm desde hace ya mucho tiempo, desde hace como 20 años por un pequeño problema que tenía y ahí se quedó el médico que tenía, como de cabecera. ¿Comprendes el concepto? El médico familiar es el médico de cabecera y no lo veo muy regularmente, pero cada uno dos años.

E9: Este no he ido, producto de que mi antígeno prostático ha estado dentro de los parámetros vano normales, no, entonces no he tenido necesidad de ir.

Cinco entrevistados, dos nove, afirmam se consultar regularmente com o urologista. Deve-se, também levar em conta que, embora não consulte o urologista regularmente, o entrevistado 9 se mostra bastante consciente e realiza um dos exames preventivos da próstata – o PSA.

Os outros três entrevistados se mostraram menos instruídos em relação à necessidade de consultar o urologista após os 45 anos de idade: um deles afirma que o clínico geral não o encaminhou para o especialista; o entrevistado

3 afirma que não há necessidade e o entrevistado 7 diz que não quer “ir com ele”.

Há uma discrepância na idade em que os entrevistados têm procurado o urologista, apresentando uma variação bastante grande: 72 anos, 45 anos, 55 anos, 51 anos e 20 anos. Deve-se ressaltar que o entrevistado 1 procurou o urologista porque apresentam problemas na próstata, o que explica a consulta com o especialista apenas aos 72 anos de idade. Já o entrevistado 8 procurou o urologista aos 20 anos de idade, em decorrência de um problema de cólon: “luego tuve un problema de colon y también fui con el urólogo me atendió también”. Os outros três entrevistados buscaram o urologista com a intenção de realizar exames preventivos.

A questão cinco tem como objetivo verificar se o entrevistado realiza ou já realizou o exame de toque retal. O modo como a pergunta foi formulada, muito variou de acordo com o contexto da conversa que estava em andamento. No entanto, o cerne da pergunta era o mesmo em todas as entrevistas. O resultado encontrado foi que, dentre os nove entrevistados, cinco já se submeteram ao exame.

Entrevistado	Já se submeteu ao exame de toque retal?
Entrevistado 1	Sim. Uma vez, há 15 anos.
Entrevistado 2	Não, mas preciso ver o médico para saber se há inflamação na próstata.
Entrevistado 3	Não, ainda não tenho problemas com a próstata.
Entrevistado 4	Sim, faço o exame desde os 45 anos.
Entrevistado 5	Sim, faço o exame há cinco anos.
Entrevistado 6	Sim, faço o exame há três anos.
Entrevistado 7	Não.
Entrevistado 8	Sim, fiz o exame há 20 anos.
Entrevistado 9	Não, pois o PSA está baixo.

As respostas dadas à questão foram as seguintes:

Pesquisadora: Ah muy bien. El examen de toque digital, porque para próstata hay dos tipos de examen PSA es el examen de toque.

E1: No es proctólogo, no hace tiempo cuando estaba inflamado si, ahora no es el antígeno prostático cada año pero como está muy bajo no hay necesidad.

Pesquisadora: Pero usted ya lo hizo?

Si, pero fue hace 15 años, en 1997 nada más esa vez, luego me operaron la próstata hay no hubo cáncer y no había cáncer, pero bueno estaba el riesgo e hicieron la biopsia. No eran tumores pero tenía como bolitas, cólicos que los extirparon, no había cáncer, entonces de primero cada seis meses el antígeno prostático y ahora cada año hasta que no haya necesidad.

Pesquisadora: Perdón por preguntarle, ¿pero usted ya hizo el examen de próstata de toque?

E2: No, no me lo hecho.

Pesquisadora: ¿Por qué?

E2: Pues es que se lleva tiempo porque luego le dan citas y citas y no puedo yo estar faltando, pero si necesito ir a verlo, porque si orino mucho, pues si necesito que me lo hagan bien y ver si esta inflamado o no.

Pesquisadora: Nunca hizo el examen rectal de toque?

E3: Nunca me lo he practicado.

Pesquisadora: Perdón por la pregunta, ¿pero usted hace el examen de próstata desde los 45 años?

E4: Si desde los 45 años.

Pesquisadora: Usted hace los exámenes de próstata?

E5: De próstata si.

Pesquisadora: ¿Hace los exámenes de próstata?

E6: Si, si los hago.

E7: (nunca foi ao urologista e nunca fez o exame)

Pesquisadora: ¿Usted hace el examen de próstata?

E8: Si en algún momento me lo he hecho, de hecho hace 20 años fue por eso, y luego tuve un problema de colon y también fui con el urólogo me atendió también.

Pesquisadora: Entonces usted nunca se ha hecho el examen de próstata, no el antígeno prostático, sino que el examen de toque renal.

E9: No, ese no me lo he aplicado.

A última pergunta questiona se os entrevistados apresentam algum tipo de receio em relação ao exame de toque retal. Assim seguem as respostas:

Entrevistado	Apresenta (va) algum tipo de receio em relação ao exame de toque retal?
Entrevistado 1	Sim.
Entrevistado 2	Não.
Entrevistado 3	Não.
Entrevistado 4	Não.
Entrevistado 5	Não.
Entrevistado 6	Sim.
Entrevistado 7	Sim.
Entrevistado 8	Não.
Entrevistado 9	Não.

As respostas completas serão apresentadas a seguir:

E1: Pero si tenía cierto plurito a que entrara así... Pero miedo, miedo no, pero si un plurito, cierta resistencia mental a que se compenetrara por ahí.

E2: No, no.

E3: Que yo sepa todavía no, pero si voy hacerme ese examen. Aún no tengo problemas con la próstata.

E4: No, nada es el examen normal que hacen, no, en el año para ver el crecimiento de la próstata

E5: No, siento que está bien es mejor hacerse el chequeo a tiempo por si tiene alguna irregularidad, es mejor antes que después, ya que es el problema, no.

E6: No,

Paula: Pero, ¿antes?

E6: Antes bueno por pena, todos los mexicanos somos muy penosos pero se quita.

E7: Si, por eso...

E8: No nada.

E9: No, pues no, no. En realidad, una vez llevé a mi padre porque ha aparecido un tiempo por esas vías urinarias. Una ocasión lo tuve que llevar yo y vi cuando se lo practicaron no, y pues yo soy de la idea de cuando el médico prescribe algo y es a favor de la salud, o sea intervenir el cuerpo, pues que hace uno, ya no tengo ningún problema.

Apenas três dos entrevistados – nº1, nº6 e nº7 – afirmaram ter certo receio antes de submeterem ao exame de toque retal pela primeira vez. Assim, o adjetivo “penoso” se mostrou relevante para a compreensão do sentimento que se apresenta no homem antes do exame de toque retal. Todos os outros entrevistados afirmaram que não teriam problemas em se submeter ao exame, ainda que, como afirmou o entrevistado 3, não vai ao médico por não apresentar problemas com a próstata.

Ao menos aparentemente, os mexicanos da Cidade do México se mostram bastante abertos quando indagados sobre o exame de toque retal. No

entanto, en una adicional dirigida al entrevistado 9, obtuve la siguiente respuesta:

Pesquisadora: ¿Cree usted que los mexicanos en general tienen este prejuicio contra el examen de próstata?

E9: Si yo creo que sí, la noción del macho mexicano no es un cuento ni un mito, hay un fuerte arraigo del machismo en los mexicanos, pues yo tengo casi 20 años trabajando con adultos, jóvenes que van a ser profesores de educación física, maestros ya en servicio y tengo una familia amplia y por supuesto que el machismo es muy fuerte, pues conozco casos donde ni siquiera se hacen el antígeno prostático, ni siquiera con recomendación del doctor.

Pesquisadora: ¿Es común que los hombres hacen chistes con el examen de próstata?

E9: Si muy frecuente, pues en el gremio acá de educación física, pues una característica, bueno de los varones, o algo que enseña la carrera es esto de la virilidad, la fortaleza física y he escuchado en los baños que tenemos disponibles este pues se hace bromas, no, aunque se hacen las bromas algunos compañeros se han visto obligados, quieran o no, a hacerse el examen.

Un amigo casi de mi edad, profesor de la escuela superior de educación física, hace la broma y dice ya hasta me está gustando! Jaja antes se negaba a hacerlo, pero es un tipo que incluso creo que ha sufrido dos infartos, ó se ha estado mal de salud, de la próstata, y pues tuvo que acceder a hacerlo y pues sí, dice creo que hasta le está gustando, bromea con los compañeros.

8.2. Entrevistas coletadas na Cidade de São Paulo.

Assim como as entrevistas realizadas na Cidade do México, as entrevistas levadas a cabo na Cidade de São Paulo também foram feitas com homens escolhidos aleatoriamente, desde que tivessem acima de 45 anos de idade. Entrevistei nove sujeitos, com o mesmo recorte utilizado na Cidade do México: três homens com ensino médio, três homens portadores de diploma de ensino superior e três homens com pós-graduação.

Também seguindo a mesma lógica da Cidade do México, os homens entrevistados eram desconhecidos, abordados em locais públicos de natureza equivalente ao que foi realizado no México: universidades, cafés, restaurantes, entre outros. Todos os homens abordados foram bastante simpáticos e abertos para responderem a entrevista.

O roteiro geral da entrevista também foi o mesmo, para que fosse possível perceber semelhanças e diferenças entre homens das duas cidades. Logo, a primeira parte da entrevista se refere à identificação dos entrevistados: idade e escolaridade, como se pode observar na tabela a seguir:

Entrevistado	Idade	Escolaridade
Entrevistado 1	57	pós-graduação
Entrevistado 2	65	pós-graduação
Entrevistado 3	58	Superior
Entrevistado 4	47	ensino médio
Entrevistado 5	60	Superior
Entrevistado 6	48	pós-graduação
Entrevistado 7	50	ensino médio
Entrevistado 8	52	Superior
Entrevistado 9	63	ensino médio

A primeira pergunta se referiu aos cuidados com o corpo: “Você tem cuidados com o seu corpo”? Como foi explicitado no item anterior, esta questão tinha a intenção de ser bastante abrangente, na tentativa de aferir a compreensão de “cuidados com o corpo” por parte dos entrevistados. Segue o resumo das respostas tabelado:

Entrevistado	Você apresenta cuidados com o seu corpo?
Entrevistado 1	Sim. Alimentação e atividade física
Entrevistado 2	Sim. Ir ao médico frequentemente.
Entrevistado 3	Sim. Cuidados de higiene corporal.
Entrevistado 4	Sim. Alimentação e atividade física.
Entrevistado 5	Sim. Higiene, alimentação e exames médicos preventivos
Entrevistado 6	Sim. Medicina preventiva e atividade física
Entrevistado 7	Mais ou menos. Tenta cuidar da alimentação.
Entrevistado 8	Sim. Atividade física e exames preventivos.
Entrevistado 9	Sim. Alimentação e atividade física.

Dos nove entrevistados, cinco citaram a prática de atividade física regular, cinco revelaram preocupação com uma alimentação mais saudável, dois mencionam os cuidados com a higiene corporal e quatro afirmaram que passam por exames preventivos com regularidade. As repostas, na íntegra, serão relacionadas a seguir.

E1: “Cuidados com alimentação e procuro fazer atividade física diariamente.”

E2: Eu acho que: uma observação permanente, ir ao médico com uma certa frequência, fazer alguns exames.”

E3: “Vários. Primeiro, tem a assepsia normal que você tem que fazer, desde o acordar até a hora que a gente vai dormir. E algo muito importante, que muitos homens não fazem, é você lavar as mãos depois de ir ao toalete.”

E4: “Cuidados estéticos: me preocupo mais com alimentação, exercício eu até gosto. Até gosto, não, exercício eu tenho que fazer. Eu me esforço um pouco,

mas eu não sou nada... É... Como é que eu posso dizer? Eu não tenho muita disciplina pra isso, meu problema é a disciplina.”

E5: “Diversos. Desde saúde... Exames preventivos, como cuidados de higiene, cuidados na alimentação, vamos dizer, cuidados nos contatos, nos ambientes.”

E6: “Vários. Assim, pra saúde, então eu me preocupo bastante em relação a estar fazendo acompanhamento médico. Então, com freqüência. Na verdade, até porque nessa idade a gente começa a apresentar um monte de problema de saúde. Então, esse é um tipo de cuidado, que é com saúde. Então, é médico, exames e medicamentos advindos dessa relação. Com a preocupação um pouco saúde e um pouco estética, eu faço academia.”

E7: “Eu me cuido um pouco melhor agora, mas eu poderia me cuidar melhor... Eu não estou fazendo muito certinho, mas, por exemplo, eu não como mais fritura, praticamente. E não bebo refrigerante. Só, às vezes, bobeira, então às vezes me dá uma vontade... Vejo aquela coxinha, vou lá e como, uma esfiha, uma coisa assada. Isso eu melhorei. Eu melhorei bastante. Perto do que eu fazia, estou ótimo. Mas ainda não estou no ideal. Um exemplo, quando eu almoço, eu almoço certinho. Eu vou comer ali [indica o local], a melhor comida que tem aqui é na[indica novamente o local]. Mudando um pouco, um parêntese, a própria sociedade atrapalha a gente, porque, você vai comer num quilo, tem o filé. Quero um filé.”

E8: “Vou frequentemente ao médico, faço exames gerais, check up coração, sangue, etc e tal. Também faço exercícios quatro vezes por semana.”

E9: “Como eu tenho tendência a engordar, procuro fazer academia e controlar a minha alimentação, pelo menos durante a semana. Nos finais de semana eu sou mais relaxado.”

Uma curiosidade encontrada é que, dos nove entrevistados, três deles associam cuidados com a alimentação à prática de atividade regular. Certamente, isso não se dá à toa: o discurso médico-racional em prol da manutenção da saúde levanta a bandeira do cuidado de si, já descrito por Foucault, pregando a prática de atividade física, o consumo de alimentos saudáveis e a realização periódica dos exames preventivos.

A segunda pergunta é voltada para aqueles entrevistados que não mencionaram consultas médicas periódicas. Assim, foi perguntado “o senhor apresenta cuidados com a sua saúde?”. Segue o resumo das respostas:

Entrevistado	O senhor apresenta cuidados com a sua saúde?
Entrevistado 1	Sim, costumo fazer exames preventivos anualmente.
Entrevistado 2	Sim, costumo fazer exames preventivos anualmente.
Entrevistado 3	Sim, costumo fazer exames preventivos anualmente.
Entrevistado 4	Estou tentando criar a prática de exames preventivos.
Entrevistado 5	Sim, costumo fazer exames preventivos anualmente.
Entrevistado 6	Sim, costumo fazer exames preventivos anualmente.
Entrevistado 7	Estou tentando criar a prática de exames preventivos.
Entrevistado 8	Sim, costumo fazer exames preventivos anualmente.
Entrevistado 9	Sim, costumo fazer exames preventivos anualmente.

Entre os nove entrevistados, sete deles afirmam que procuram se consultar com médicos regularmente e fazer exames preventivos. Os outros dois, embora não tinham essa preocupação, disseram que de começariam a fazer os exames preventivos regularmente. Então, se todos os entrevistados, manifestam essa preocupação, isso significa que o discurso da prevenção às doenças de fato se instalou no Brasil.

As respostas serão expostas a seguir:

E1: “Costumo consultar cardiologista a cada ano e também urologista a cada dez anos.”

E2: “Eu acho que: uma observação permanente, ir ao médico com uma certa frequência, fazer alguns exames.”

E3: “Bom, eu estou numa fase que o exame de próstata tem que fazer, então é ultrassom, PSA, e faz assim faz glicemia, faz uma séria de outros exames, relacionados a controle de... Colesterol, HDL, LDL e por aí vai.”

E4: “Eu, o ano passado, eu fiz um check up. Um check no médico, que eu pedi pro meu cardiologista, que ele pediu um exame e eu falei: "então pede mais um monte aí que eu já faço um check up e dá uma geral". Então eu pedi o ano passado. Que, na verdade, eu comecei essa rotina o ano passado e agora pedi pro medico pedir de novo. Eu falei: "pede um monte de exame aí que eu quero fazer um acompanhamento". Então, assim, não tinha esse hábito, mas eu acho que por causa da idade eu resolvi tomar cuidado comigo mesmo.”

E5: “saúde... Exames preventivos”.

E6: “Assim, pra saúde, então eu me preocupo bastante em relação a estar fazendo acompanhamento médico. Então, com frequência. Na verdade, até porque nessa idade a gente começa a apresentar um monte de problema de saúde. Então, esse é um tipo de cuidado, que é com saúde. Então, é médico, exames e medicamentos advindos dessa relação.”

E7: “Agora eu estou cuidando melhor, por causa da médica do HC.”

E8: “Sim, faço exames preventivos constantemente, como eu faço cintilografia cardíaca, ecocardiograma, exames de sangue gerais, colesterol e vou ao urologista, faço ultrasson da próstata e... mais ou menos isso.”

E9: “Eu não gosto muito de ir em médicos, mas como eu tenho arritmia, eu vou todo ano ao cardiologista. Também tenho problema de pressão alta, então... tem que ir, né?”

“Com que especialistas o senhor se consulta?” foi a terceira pergunta do questionário. Para manter o padrão, segue primeiro a tabela contendo o resumo das respostas, seguida das respostas fidedignamente descritas.

Entrevistado	Com que especialidades de médicos o senhor costuma se consultar?
Entrevistado 1	Cardiologista e urologista
Entrevistado 2	Geriatra e urologista
Entrevistado 3	Clínico geral e urologista
Entrevistado 4	Cardiologista e clínico geral
Entrevistado 5	Clínico geral e urologista
Entrevistado 6	Clínico geral e homeopata
Entrevistado 7	Endocrinologista
Entrevistado 8	Cardiologista e urologista
Entrevistado 9	Cardiologista e urologista

Dos nove entrevistados, três afirmam ir ao cardiologista, um costuma frequentar o geriatra, quatro vão ao clínico geral regularmente, um ao endocrinologista e cinco consultam o urologista.

E1: “Costumo consultar cardiologista a cada ano e também urologista a cada dez anos.”

E2: “Eu tenho um geriatra, e ele me examina duas vezes por ano e recomenda alguns exames. Isso é o agora, eu estou devendo para ele alguns exames cardiológicos que até já faz um tempo que ele pediu, mas só por prevenção, não que tivesse detectado alguma coisa. As coisas que ele detecta assim, eu procuro fazer imediatamente, mas com prevenção eu acabei relaxando um pouco com o tempo. Agora, o mais periódico que eu deveria fazer é o de próstata, porque meu pai morreu exatamente disso e desde um ano antes dele morrer eu tenho feito com bastante regularidade. Acrescentando-se ainda que o meu PSA sempre foi alto e, ultimamente, tem dado exatamente na faixa perigosa. Então, no ano passado eu fiz uma biopsia da próstata. Então, já devia ter voltado e não voltei, mas estou pra voltar. Estou

só esperando esse negócio de férias aí, médico voltar, que é um outro médico lá no hospital do câncer. Faço diretamente lá desde 97, 96. Em 96 eu não comecei a fazer lá, eu fiz com um médico do convênio que eu tinha. Comecei a fazer aquele exame normal: exame de PSA, toque, etc. e tal. A partir de 99 eu passei a ir no hospital do câncer e fazer lá, com médico de lá.”

E3: “Costumo ir ao clínico geral e ao urologista”.

E4: “Cardiologista mais, por que... E o clínico geral. No caso, quem pediu os exames foi o [cita o nome do médico], mas, em tese, clínico geral e cardiologista, porque eu notei... O cardiologista foi por causa do... De querer fazer academia. Me pediram exame lá. Então, na hora que eu fui ao cardiologista para ele me dar o exame, eu falei assim: "já pede mais um monte que é pra já fazer um check up". Então, assim, mas o cardiologista é mais pelo problema de coração mesmo, por causa do problema da idade, e por causa do problema de... Como chama? Que eu detectei que eu tenho problema de... Esqueci. É... Caraca, eu esqueci a palavra. Colesterol, por causa do colesterol. Então é só.”

E5: “Meu médico, por exemplo, eu começo pelo clínico geral, que pede as baterias convencionais. Desde sangue, todos que são detectáveis e outros, como o exame periódico preventivo, que a universidade propõe. Embora eu já fizesse isso antes. Então, até por uma questão de diagnóstico de câncer, se você vai abordar isso em alguma pergunta específica, ou não, mas eu tenho câncer de próstata e é um câncer não curado. E, por conta disso, tenho que manter uma periodicidade de acompanhamento e tudo mais. Mas eu cuido do colesterol, das vistas, enfim, do coração. Faço todos os exames que me são solicitados. (...) E eu já estou na fase de ser acompanhado, agora, por

oncologista, da equipe da urologia, mas já é um especialista em oncologia. Até o ano passado, era acompanhado pela equipe de urologia, mas é dentro da clínica de urologia do HC.”

E6: “Clínico geral, sempre, porque é porta de entrada. Mas eu tenho um problema crônico gástrico, que é uma esofagite, que eu vou... Já tomo remédio há alguns anos e esse ano mesmo voltei pra ver se precisava do mesmo medicamento, aí, faz novos exames e continuou. Então, gastro é uma coisa que me faz ter uma preocupação maior. Tem umas dores aí, tem uma questão que é muito de postura. Então, acabo indo... Não sou... Não tenho nenhuma definição sobre homeopatia e alopatia, tal. Então, eu misturo o que vem. Eu não acredito muito em homeopatia, mas uso também. Então a gente lê coisas que pessoas que desacreditam, então eu desacredito também, mas eu uso. Vou a uma homeopata pra tratar um pouco de dores e um pouco de estresse. Enfim, uso um pouco de cada coisa. Então, veja, homeopata eu também vou. E, mais recentemente, numa endócrino, porque eu estou com um problema que foi identificado e estou fazendo acompanhamento com uma endocrinologista. E tomo um monte de remédio. É impressionante a quantidade de comprimidos que eu tomo por dia.”

E7: “Eu vou... Eu fui à endocrinologista, que ela me pega no pé quando eu faço besteira e tal. Já fui, esses tempos atrás, no coração, tá tudo certo, posso praticar esporte, tem ali até o que eu posso fazer, e, basicamente são esses. Eu tinha que ir na nutricionista e não fui porque eu sei de cor e salteado.”

E8: “Urologista e Cardiologista.”

E9: “Como eu disse, eu vou ao cardiologista e, por causa da minha idade, também tenho procurado o urologista.”

Aos entrevistados que não mencionaram consultar urologista, foi perguntado se procuravam regularmente esta especialidade médica. E, em caso negativo, o motivo.

Entrevistado	Costuma ir ao urologista?	Complemento
Entrevistado 1	Sim	Tem ido anualmente, desde os 47 anos de idade
Entrevistado 2	Sim	O pai morreu de câncer de próstata. Vai ao urologista desde os 48 anos.
Entrevistado 3	Sim	Desde os 45 anos de idade
Entrevistado 4	Não	o clínico geral tem feito os pedidos de exames relativos à próstata
Entrevistado 5	Sim	Tem câncer de próstata e se consulta desde os 48 anos.
Entrevistado 6	Não	Já foi, mas não vai com regularidade
Entrevistado 7	Sim	Apenas uma vez, aos 40 anos de idade
Entrevistado 8	Sim	Desde os 42 anos de idade.
Entrevistado 9	Sim	Desde os 58 anos de idade.

E1: “Há dez anos que eu tenho ido ao urologista, frequentemente”.

E2: “. Agora, o mais periódico que eu deveria fazer é o de próstata, porque meu pai morreu exatamente disso e desde um ano antes dele morrer eu tenho feito com bastante regularidade. Acrescentando-se ainda que o meu PSA sempre foi alto e, ultimamente, tem dado exatamente na faixa perigosa. Então, no ano passado eu fiz uma biopsia da próstata. Então, já devia ter voltado e não voltei, mas estou pra voltar. Estou só esperando esse negócio de férias aí, médico voltar, que é um outro médico lá no hospital do câncer. Faço diretamente lá desde 97, 96. Em 96 eu não comecei a fazer lá, eu fiz com um médico do convênio que eu tinha. Comecei a fazer aquele exame normal: exame de PSA, toque, etc. e tal. A partir de 99 eu passei a ir no hospital do câncer e fazer lá, com médico de lá. (...) É desde que eu estou consultando e desde 99 no hospital do câncer. Já fiz três biopsias na próstata, além de um exame de um instituto de... Ressonância magnética tem outro nome, que também foi feito. Então, são... Digamos que foram quatro nesse tempo. Quatro exames bem

detalhados, digamos assim, mapeando a próstata inteira e tal. Então, todos deram negativo, mas a apreensão permanece.”

E3: “Eu estou com 52... Faz uns sete, oito anos, mais ou menos, que eu me consulto com o urologista”.

E4: “Eu tenho medo de me apaixonar, risos. Não, não fui não. Não fui. Mas o meu cardiologista, quando eu comentei com ele que eu queria fazer um check up, ele me pediu o PSA, me pediu... É... É... Como chama aquilo? É... Não sei aquilo de abdômen.

Pesquisadora: Ultrassom?

E4: Ultrassom de abdômen. Mas ele pediu completo. E com os exames que ele pediu, o ultrassom de abdômen, o PSA, mais não sei o que, mais algumas coisas, ele não sentiu necessidade de fazer exame de toque retal, que absolutamente não me incomoda. [Risos]”

E5: “A primeira vez, não me lembro, mas uma preocupação que partiu de mim, por exemplo, pra solicitar exames específicos... Partiu de mim e não do médico, do clínico geral... Isso foi na casa dos cinqüenta, mais ou menos, quarenta e oito pra cinqüenta anos.”

E6: “Já fui, mas não tenho regularidade. Eu fui porque precisava fazer o exame da próstata, então, na minha idade, na verdade, eu acho que já fui tarde. Recomenda-se depois dos quarenta e eu fui, acho que o ano passado. Na verdade, olha só, eu estava preocupado, mas eu fui pra um outro objetivo: eu fui porque eu queria fazer vasectomia. E aí... Antes de fazer a vasectomia, aí fiz o exame da próstata. Então, foi tudo parte de uma seqüência fazer os exames que estavam meio atrasados.”

E7: “Eu fui já, uma vez, porque eu pensei que eu ia, com quarenta anos, ia fazer o exame de toque, também, e acabou não precisando. Até tiraram barato com esse troço aí...”

E8: “Estou com 52... acho que foi há 10 anos, quando eu tinha 42 anos.”

E9: “Eu comecei a ir tarde no urologista... com 58 anos. Mas agora tenho ido sempre.”

A quinta pergunta questiona se o entrevistado já se submeteu ao exame de toque retal.

Entrevistado	Já se submeteu ao exame de toque retal?
Entrevistado 1	Não. O urologista não pediu.
Entrevistado 2	Sim. Faço desde 1996.
Entrevistado 3	Sim.
Entrevistado 4	Não. O médico não achou necessário.
Entrevistado 5	Sim. Faço o exame desde os 48 anos.
Entrevistado 6	Sim. Uma vez há um ano.
Entrevistado 7	Não. Preciso ir a um urologista.
Entrevistado 8	Sim. Mais de uma vez.
Entrevistado 9	Sim. Faço há sete anos.

E1: “Não fiz exames de toque retal ainda, porque o urologista ainda não pediu. Talvez os níveis baixos, muito baixos do PSA, como têm dado no exame, têm feito com que os médicos não peçam. Têm feito com que os médicos não peçam o exame de toque retal.”

E2: “Desde 97, 96. Em 96 eu não comecei a fazer lá, eu fiz com um médico do convênio que eu tinha. Comecei a fazer aquele exame normal: exame de PSA, toque, etc. e tal.”

E3: “A priori o primeiro exame foi meio constrangedor, mas é tão rápido que...”

E4: E com os exames que ele pediu, o ultrassom de abdômen, o PSA, mais não sei o que, mais algumas coisas, ele não sentiu necessidade de fazer exame de toque retal, que absolutamente não me incomoda. [Risos]”

E5: “na consulta regular, achei que era hora e ninguém havia me pedido exames mais específicos, comecei a pedir exames e perguntar a respeito, pra começar a fazer também de PSA e tudo mais. Que foi a minha sorte, porque alguns anos depois detectou a alteração no PSA e depois comprovou ser um câncer de próstata.”

E6: “Antes de fazer a vasectomia, aí fiz o exame da próstata. Então, foi tudo parte de uma seqüência fazer os exames que estavam meio atrasados.”

E7: “É que realmente eu não fui mesmo, preciso ir.

Pesquisadora: Você não tem nenhum problema em fazer o exame? Para você, isso é normal...?

E7: Não, problema nenhum. Acho que... Se falar que tem câncer, pode até enfiar os dois dedos numa vez, que eu não me importo, se for pra curar...”

E8: “Sim. Mais de uma vez”

E9: “Desde que eu fui ao urologista pela primeira vez, há uns sete anos, que eu faço o exame todo ano.”

A última pergunta pretende saber se o entrevistado apresenta ou apresentava algum tipo de receio em relação ao exame de toque retal.

Entrevistado	Apresenta(va) receio em relação ao exame de toque?
Entrevistado 1	Não.
Entrevistado 2	Sim.
Entrevistado 3	Não.
Entrevistado 4	Não.
Entrevistado 5	Não.
Entrevistado 6	Não.
Entrevistado 7	Não.
Entrevistado 8	Sim.
Entrevistado 9	Sim.

E1: “Eu não tenho nenhum tipo de receio. Eu vou ao urologista porque eu sei que é necessário, mas ele nunca me pediu o exame de toque. Bom... não sou eu que vou pedir pra ele enfiar o dedo, né?”

E2: “Eu acho que o mais era, assim, aquela... Não ter feito ainda, na primeira vez e... Como é que é isso? Tal. Então, tinha uma apreensão. Demorei pra fazer...”

E3: “Não existe uma... Como é que eu posso dizer? É cultural isso. Esse receio, essa coisa é mais cultural, de homem ter uma postura. Só que, vendo por um outro lado, e fazendo um paralelo com as mulheres, as mulheres começam a fazer exames também que talvez deixem elas muito mais constrangedora, e elas são obrigadas a fazer, e elas se vêem.”

E4: “Não me incomoda não. Acho que vai ser constrangedor, chato, mas assim, tem que fazer, tem que fazer, eu não tenho essa coisa tão horrível.”

E5: “Nenhum. Tinha mais um pouco de desconhecimento, mas já tinha feito exames. Por conta até de uma fistula perianal, que eu tinha... Tive ha muito tempo já, precocemente. E, então, esse exame pra mim era normal. Embora essa fistula seja externa, mas eventualmente o médico fazia o toque, com o objetivo de observar melhor e tudo mais. Inclusive, passei por duas cirurgias dessa fistula, então, pra mim isso era super natural, não tinha nenhum problema.”

E6: “Não fiquei, porque eu entendo... Acho que é uma questão, acho que todo mundo... Acho que deveria ser normal pra todas as pessoas. Terem a indicação de “vai procurar um especialista”, então sabe que o especialista tem de fazer determinadas ações. Então, quando me procuram como arquiteto, devem estar contando que eu oriente: “olhe, não faça isso, ou faça aquilo,

porque esse é o melhor método, a melhor técnica e tal”. Então, essa coisa do exame de próstata com a penetração de dedo e tal, é um mito isso. Acho. E acho que as pessoas fazem como se isso não fosse uma coisa... Fosse uma coisa só vinculada à relação sexual. E eu não encaro assim. É uma necessidade. Eu não tenho nenhuma... Eu não acho que... Eu não tenho interesse em fazer sexo anal. E nunca busquei fazer, nunca fiz e tal. Agora, aquela ação ali estava vinculada a um exame técnico que o cara precisava fazer. Se pudesse fazer de outra maneira, eu preferia, mas... Depois, nem doeu, foi rápido.”

E7: “Não, problema nenhum. Acho que... Se falar que tem câncer, pode até enfiar os dois dedos duma vez, que eu não me importo, se for pra curar...”

E8: “Olha, uma certa ansiedade.”

E9: “Não é bem receio... não sei explicar o que é, mas é... assim... é difícil tirar a roupa na frente de outra pessoa e deixar essa pessoa te tocar, né? Mas é um exame importante, então, tem que fazer.”

8.3. *Comparação dos resultados das entrevistas realizadas em São Paulo e na Cidade do México.*

As concepções de “cuidar do corpo”, obtidas neste estudo, se referem a quatro princípios, tanto para os paulistas quanto para os entrevistados na Cidade do México: alimentação, exercício físico, higiene corporal e consultas regulares com médicos. À exceção da higiene corporal, que apresenta um histórico tradicional no Ocidente, os cuidados com a alimentação, a prática regular de atividade física e consultas para “check-ups” periódicos pertencem ao discurso racional da medicina moderna, especificamente da promoção da saúde, em voga desde a década de 1980, que tende a responsabilizar os indivíduos pela manutenção de sua saúde, como mostrou Czernia (2009).

CUIDADOS COM O CORPO		
Escolaridade	Cidade do México	São Paulo
Ensino Médio	Sim. Exercícios e alimentação	Sim. Exercícios e alimentação
Ensino Médio	Sim. Exercícios físicos	Mais ou menos. Alimentação
Ensino Médio	Apenas quando necessário. Cuidados médicos	Sim. Exercícios e alimentação
Graduação	Sim. Exercícios, alimentação, médico e higiene	Sim. Higiene corporal
Graduação	Sim. Cuidados médicos	Sim. Higiene, alimentação e cuidados médicos
Graduação	Apenas quando necessário. Cuidados médicos	Sim. Exercícios e cuidados médicos
Pós-graduação	Sim. Exercícios e alimentação	Sim. Alimentação e exercícios
Pós-graduação	Mais ou menos. Cuidados médicos	Sim. Cuidados médicos
Pós-graduação	Sim. Exercícios e cuidados médicos	Sim. Cuidados médicos e exercícios

O que se observou, quando se olha comparativamente para os quadros obtidos em São Paulo e na Cidade do México, foi que em ambos os locais, não houve diferença na concepção de cuidados com o corpo, segundo o nível de escolaridade do entrevistado, assim como também não houve diferenças,

quanto à escolaridade dos entrevistados, no que se refere à prática do cuidado com o corpo.

Cuidar do corpo, sob os quatro aspectos apresentados na entrevista, parece caminhar junto com a compreensão de Mary Douglas (s/d), no que se refere à pureza/impureza. Os quatro elementos enumerados pelos entrevistados apresentam o sentido de pureza: higiene corporal, ingestão de alimentos saudáveis, prática de exercícios físicos e controle do organismo, por meio dos exames preventivos. Tais práticas, ao mesmo tempo que tendem a purificar o organismo, remetem também à sensação de ordem corporal: uma ordem que se baseia no controle dos vícios e das vontades, uma ordem que gera ordem, à medida que tenta impedir o descontrole nesse corpo. Nesse sentido, parece que a modernidade se incumbiu de instaurar no indivíduo mais um dos mecanismos de vigilância, já estudados por Foucault (1977): o de controlar o corpo, e, nesse caso, de fazer com o que o indivíduo se responsabilize pela manutenção da saúde de si mesmo. Não à toa, a grande maioria dos entrevistados mexicanos afirmou que cuida de seu corpo e, no Brasil, oito dos nove entrevistados também esboçaram idêntica resposta. Um único brasileiro, entende que não cuida de seu corpo: afirma, todavia, que tenta cuidar. Ou seja, ainda que para ele esta não seja uma prática, ela soa como preocupação. De todo modo, constatou-se a prevalência do discurso em prol da promoção da saúde como responsabilidade de si.

Entre todos os entrevistados, apenas dois residentes na Cidade do México afirmaram cuidar do corpo apenas quando necessário: “solo cuando hay una manifestación, algún dolor en el cuerpo” (entrevistado 5). Curiosamente, quando questionados se costumam ir ao médico, a resposta de

ambos é que se consultam com o clínico geral uma vez ao ano, como se verá a seguir.

No que diz respeito à questão mais específica sobre os cuidados com a saúde, ocorre o mesmo: enquanto na cidade de São Paulo sete entrevistados afirmam fazer exames preventivos, apenas dois afirmam que tentam se habituar a essa prática. Em contrapartida, as entrevistas com os mexicanos mostraram que sete homens fazem exames preventivos regularmente, enquanto os outros dois já sofrem de uma doença e, portanto, fazem acompanhamento na tentativa de curá-la. Nesse ponto, o discurso incorporado nas respostas dos entrevistados é o da prevenção da saúde, à semelhança dos resultados apresentados por Czerersnia (2009).

CUIDADOS COM A SAÚDE		
Escolaridade	Cidade do México	São Paulo
Ensino Médio	Sou diabético	Tenta iniciar a rotina de frequentar o médico
Ensino Médio	Consulta clínico geral duas vezes ao ano	Tenta cuidar melhor da saúde com o endocrinologista
Ensino Médio	A cada ano vou ao clínico geral	Vou ao cardiologista
Graduação	A cada mês observo o triglicérides e colesterol	Faz exames periódicos
Graduação	A cada ano vou ao clínico geral	Faz exames periódicos
Graduação	A cada ano vou ao clínico geral	Vai ao médico frequentemente
Pós-graduação	Tive um episódio de câncer na bexiga	Costumo ir ao cardiologista e ao urologista
Pós-graduação	Vou ao dentista, médico e urologista	Vai ao médico com frequência
Pós-graduação	Todo ano faço exames clínicos gerais	Acompanhamento médico

Todos os entrevistados mexicanos, sem exceção, disseram que procuram o médico regularmente, enquanto na Cidade de São Paulo, sete visitam o médico constantemente e os outros dois tentam criar essa rotina.

Ora, como mostraram Gomes (2008a) e Schraiber e Figueiredo (2011), os homens brasileiros não tendem a procurar o médico para avaliações

preventivas, e dentre os motivos alegados, está o ideal de masculinidade que, antagônico à concepção de fragilidade, não contemplaria o ato de “cuidar de si”. O que encontrei nas entrevistas foi exatamente o contrário: os entrevistados tendem, sim, a se prevenir. Entendo, nesse caso, que não se trata de uma modificação dos ideais de masculinidade, seja em São Paulo ou na Cidade do México: trata-se, sim, de uma sobreposição do discurso médico-racional ao cultural. Esse discurso tende a abalar as certezas culturalmente arraigadas quando observadas à luz da razão científica.

Cerca de metade dos entrevistados frequenta o urologista, tanto em São Paulo quanto na Cidade do México. Nesta última, quatro entrevistados afirmaram que se consultam com o urologista e mais um deles costuma fazer os exames preventivos da próstata (excluindo o exame de toque retal) por intermédio do clínico geral. Em São Paulo, seis dos entrevistados afirmam que frequentam o consultório do urologista, ao mesmo tempo que um deles está iniciando a sua checagem da próstata (à exceção do exame de toque), também por meio do clínico geral. Isso indica que, entre a população estudada, existe a preocupação com a prevenção em relação ao câncer de próstata, o que contraria as observações apontadas por Gomes (2008b).

Quanto ao fazer ou não o exame de toque retal, o que se encontrou foi que, em São Paulo, dos nove entrevistados, seis deles já se submeteram a ele, e dois deles não se submeteram porque o urologista considerou desnecessário. Já na Cidade do México, cinco dos nove entrevistados afirmaram terem se submetido ao exame de toque. Mais uma vez, constata-se uma equivalência entre homens que fizeram o exame, assim como também há regularidade nos argumentos dos homens mexicanos e brasileiros.

A partir da fala de E2, entrevistado brasileiro, percebe-se que não há uma técnica corporal para o examinado se submeter ao exame de toque retal, mas sim, várias: “Todos eles colocam em [posição] diferente, varia gozado com o médico, cada médico, essa coisa de dizer a posição que você fica não existe um padrão, é diferente com todos eles, mas isso é importante como eles te colocam, a maneira como você fecha a perna, você pode dificultar ou até facilitar o exame.”

Segundo Mauss (1977), as técnicas corporais se caracterizam por serem movimentos corporais eficazes e tradicionais. Como afirma o autor, “não há técnica se não há tradição”. Assim, entende-se que a técnica médica voltada para a realização desse exame não se apresenta como única e eficaz, mas pode ser realizada a partir de múltiplas posições corporais do paciente.

É a partir das observações de DaMatta (1997) sobre a região das nádegas que podemos analisar os medos e receios do homem se submeter ao exame de toque da próstata. Segundo DaMatta, esta é uma região sagrada para os homens e, por isso, apenas pode ser tocada em momentos especiais e por pessoas especiais. Não à toa que alguns entrevistados, três no Brasil e dois no México, afirmaram terem algum tipo de receio em relação a fazer o primeiro exame de toque: praticamente a mesma proporção vista em São Paulo e na Cidade do México. Por se tratar de uma prática rápida e indolor, esse receio tende a ser minimizado por ocasião da repetição desse exame.

É importante observar que no ápice da modernidade em que vivemos, o médico é alguém que, em princípio, o homem pode confiar o seu corpo, ainda que para ser examinado em suas regiões mais íntimas. O médico, na modernidade, ganha então um “status” que lhe permite romper determinados

tabus. À medida que a modernidade é regida por saberes científico-rationais, o médico, profissional formado a partir dos mesmos preceitos, ganha o “status” de neutralidade e sabedoria, o que lhe garante o acesso de soberania sobre o corpo alheio. Curiosamente, o que se passa é uma lógica em que as políticas que norteiam o corpo fundam em uma construção cultural e tradicional, ao passo que, ao mesmo tempo, são as considerações de natureza racional-científica que norteiam o modo do cuidar desse corpo. Assim, é normal que um homem sinta-se receoso ao se submeter ao seu primeiro exame de toque retal: durante toda a sua vida, disseram a ele que, para ser homem, essa é uma região que não deveria ser tocada, profanada. Porém, diante das práticas de prevenção de doenças, o médico pode tocá-lo em seu local proibido sem que ele, paciente, deixe de ser homem. Não é à toa que alguns homens apresentam esse receio, mas acabam cedendo aos procedimentos da saúde preventiva.

A prática tradicional de formação cultural do corpo masculino passa, segundo DaMatta (1997), pela preservação intacta da região das nádegas e do ânus. À luz de uma leitura maussiana, entende-se que essa prática ocorra por meio do processo de socialização. Imersa em um contexto de transmissões culturais, esse tipo de informação se transforma em parte essencial da formação da pessoa masculina. Entendendo que a formação da pessoa seja diferente da formação do indivíduo, como se pôde observar no capítulo 2 deste trabalho, a formação da pessoa está vinculada às crenças e aprendizados coletivos. Como se pôde observar nas charges, que traduzem de maneira cômica os costumes sociais, o toque na região anal, mesmo que por meio de exames preventivos portadores de justificativa médico-rationais, está

associado à homossexualidade. Nesse caso, a justificativa racional-científica não é suficiente para permitir uma invasão da região anal, sob pena do paciente tornar-se homossexual, ou ser visto como, aos olhos da sociedade. Nesse sentido, a tradição social parece medir forças com a lógica médico-racional.

Para Ramos (2003), ser homem no México significa “chingar”: “chingar” é o mesmo que ser violento e exercer o poder. Ora, ninguém que detém o poder quer mostrar as suas fragilidades, e cuidar da saúde é demonstrar uma fragilidade, que se pode ficar doente e necessitar de cuidados. Não é à toa que a OPAS quer mudar o conceito de masculinidade na América Latina, em razão do elevado índice de mortalidade por causas externas, incluindo mortes por agressões, homicídios e acidentes veiculares.

Este é mais um elemento formador da masculinidade a partir do processo de socialização e, da mesma forma que o tabu da região anal, também se mostra formador da pessoa masculina. Assim, violência, força e poder se apresentam como elementos intrínsecos da formação masculina, ao passo que a violação do ânus se mostra um elemento extrínseco da mesma masculinidade. Entende-se, portanto, que ambos são constituintes do ser homem.

Nesse momento, creio ser fundamental resgatar os trabalhos de Margareth Mead e de Pierre Clastres para lembrar que a masculinidade, no sentido ocidental moderno aqui tratado, não é uma manifestação universal: ela se apresenta de modos diversos, dependendo do leque de opções culturais dos diferentes grupos sociais. No entanto, no tocante às cidades de São Paulo e Cidade do México, a despeito da cumplicidade que as caracterizam, as

entrevistas mostraram um padrão cultural muito próximo no que se refere ao cuidado dos homens com seu corpo e com sua saúde. Se esse é um elemento que fere o ideal tradicional de masculinidade latino-americano, o que as entrevistadas coletadas apontaram é que os homens, tanto em São Paulo quanto na Cidade do México, têm apresentado a preocupação em realizar exames periódicos, consultando-se regularmente com clínicos gerais e/ou médicos especializados. Inclusive no caso do exame de toque retal, por ser feito em local do corpo tão delicado para os homens, a grande maioria dos entrevistados apresenta a preocupação de procurar atendimento a fim de prevenir o desenvolvimento do câncer de próstata. No caso das entrevistas brasileiras, dos nove entrevistados, um apresentava quadro de câncer de próstata avançado e outro teve um pai acometido pela mesma doença. Na Cidade do México, um dos entrevistados também atravessou um quadro de problemas na próstata. Esses dados sugerem que, se entre os dezoito entrevistados três tiveram histórico pessoal ou familiar de câncer, é porque realmente não é raro encontrar quem desenvolva a doença.

Enfim, o que se observou é que entre os entrevistados, tanto na Cidade do México quanto no Brasil, houve casos em que havia receio com respeito ao primeiro exame de toque retal, despontando aqui elemento cultural que molda a masculinidade. Mas, ainda assim, a maioria deles indica que procura cuidar de sua saúde preventivamente, dando pistas de que o discurso médico-racional se impõe ao cultural tradicional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como tema a formação da masculinidade a partir de tabus corporais, especificamente o tabu da não violação do ânus. A pergunta feita pode ser assim formulada: de que maneira os homens encaram o exame de toque retal? Havia um sentimento de perda de masculinidade? Tal indagação foi norteadada pela hipótese de que sim, isso ocorreria, uma vez que a vinculação do ideal de masculinidade à não violação anal seria um elemento tradicional na formação do homem ocidental moderno.

O referencial teórico deste trabalho foi baseado no tripé: o corpo visto sob a ótica da Antropologia, a masculinidade e a saúde homem e a formação da pessoa, também sob o prisma da Antropologia, iluminando a análise dos dados coletados. Enfim, o que se pretendeu a partir da construção desse referencial foi compreender: a) como a Antropologia clássica percebe o corpo humano, já que as suas contribuições são relevantes para essa área específica; b) compreender o que a literatura entende por masculinidade e verificar qual o estado da arte nesta área, abordando também estudos específicos que tratam da saúde do homem; c) reunir os estudos clássicos que pensam a formação da pessoa como distinta da formação do indivíduo, traduzida pela incorporação de elementos culturais tradicionais.

Baseando-me na literatura analisada, tomei como conceito chave para a análise dos dados a noção de socialização, dada a partir da assimilação da linguagem e das características culturais do grupo social de que faz parte. Esta linha de pensamento, que remonta a Durkheim e à Escola Sociológica Francesa, se apresentou como apropriada para o presente trabalho justamente

porque esclarece a vigência de um elemento-tabu na formação da pessoa masculina.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas, coletadas na Cidade do México e em São Paulo. Foram colhidas nove entrevistas em cada uma das cidades, segmentadas por grau de escolaridade: ensino médio, graduação e pós-graduação. As questões procuraram compreender: 1) qual a concepção relativa a cuidar do corpo? 2) se o entrevistado procura atendimento médico regular; 3) se vai ao urologista e se já realizou o exame de toque retal.

O que se observou, a partir das respostas obtidas, é que os homens procuram, sim, serviços médicos preventivos, e que cerca de metade deles fazem exames preventivos da próstata, especificamente o de toque retal. Ressalto que esta análise levou à conclusões semelhantes tanto para São Paulo quanto para a Cidade do México. Poucos dos entrevistados manifestaram ter receio antes de realizar o exame de toque, sinalizando contra o ideal de masculinidade arraigado culturalmente. Assim, a grande maioria dos entrevistados empregou a expressão “tem que fazer”, quando mencionaram o exame de toque. Isso indica que o discurso médico-racional se sobrepôs aos elementos culturais mais tradicionais, alterando de certa forma, a concepção de pessoa masculina.

Nesse sentido, entendo que a racionalidade médico-científica, discurso de grande poder e difusão na modernidade, tenha se sobreposto ao tabu da não violação do ânus, especificamente no que se refere aos procedimentos médicos associados à saúde do homem. Devo ressaltar que a violação do ânus, em outros casos, provavelmente ainda é tida como tabu e vinculada à homossexualidade.

Se, por um lado, a realidade mostrou que parte significativa dos entrevistados têm realizado os exames preventivos de próstata, sem prejuízo de sua masculinidade, por outro, foram coletadas charges que ilustram jocosamente o imaginário social pertinente ao exame de toque retal. É importante mencionar que, embora o procedimento de coleta de informações tenha sido idêntico no Brasil e no México, das 32 charges coletadas apenas cinco foram localizadas em sítios mexicanos. Ainda assim, se o imaginário identificado nas duas cidades tivesse sido distinto, esta charge não teria características satíricas tão parecidas com as outras. Logo, pode-se apostar em uma ampla semelhança no que se refere ao imaginário sobre a violação anal nos dois locais estudados.

Verificou-se, por meio das charges, que o imaginário coletivo remete o exame de toque retal a uma prática homossexual. Isso se reflete por meio das imagens de homens que surgem vestidos de mulher após se submeterem ao exame, aos homens que se apaixonam pelos médicos e aqueles que sentiriam prazer durante o exame, trocando, por exemplo, a pescaria semanal pelo consultório do urologista.

À medida que se contrapõe o imaginário presente nas charges às entrevistas coletadas, observa-se que a associação entre o exame de toque retal e a masculinidade foi fragilizada, provavelmente pelo discurso médico.

Assim, entendo que a hipótese levantada no início do estudo foi parcialmente refutada, uma vez que eu esperava encontrar um generalizado mal-estar individual e social manifestado por homens que se submetem ao exame de toque retal. Digo refutada em parte, porque, individualmente, os homens, brasileiros e mexicanos não apenas se mostraram favoráveis à

prevenção e à promoção da saúde, como também fazem uso dos recursos médicos disponíveis. Por outro lado, as charges, à medida que revelam o contexto do imaginário coletivo, indicam que o homem que se submete ao exame de toque tende à homossexualidade. Assim, enquanto o imaginário social se mostra representado pela tradição masculina da não violação do ânus, a maioria dos homens entrevistados já aderiu à prática da prevenção do câncer de próstata.

ABRASCO. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.8, n.1, 2003.

ADINKRAH, M. Better dead than dishonored: masculinity and male suicidal behavior in contemporary Gana. *Social Science & Medicine*. v.30, n.8, 2010.

AGOSTINHO, A.T. *A charge*. Tese de Doutorado. Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo, 1993.

ALBERTI, V. *O riso e o risível na história do pensamento*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

BELLÓ, M., PUENTES-ROSAS, E., ICAZA, M.E. El papel de género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Rev. Panam. Salud Publica*. v.23, n.4, 2008.

BERGER, P., BERGER, B. Socialização: como ser um membro da sociedade. In: FORACCHI, M.M., MARTINS, J.S. *Sociologia: leituras de introdução*. São Paulo: LTC, 1977.

BERGSON, H. *O riso: ensaio sobre a significação do cômico*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BLANK, T.O. The challenge of prostate cancer: half a man or man and a half? *Spring*, 2008.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BOURDIEU, P., CHAMBOREDON, J-C., PASSERON, J-C. *Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRICEÑO-LEÓN, R. *et al.* (orgs) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*.

BUTLER, J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*. n.21, 2003, p.219-60.

_____. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo"*. In: LOURO, G.L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

CALDERON, Fernando, JELIN, Elizabeth. *Classes Sociais e Movimentos Sociais na América Latina. Perspectivas e Realidades*. São Paulo: ANPOCS, 1987.
Disponível em:
http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_05/rbcs05_04.htm

CARVALHO, A.I. Da saúde pública às práticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.1, n.1, 1996.

CARVALHO, A.M.S. *Cuidados de enfermagem ao corpo nu: mulher, repressão e vergonha*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2005.

CLASTRES, P. O arco e o cesto. In: *A sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.

_____. Do etnocídio. In: *Arqueologia da violência*. São Paulo: Cosac & Naif, 2004.

COHN, A., ELIAS, P.E. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*. v.18, supl., 2002.

CONNELL, R.W. *Masculinidades*. Ciudad de México: UNAM, 2003.

COURTNEY, W.H. Constructions on masculinity and their influence on men's well-beings: a theory of gender and health. *Social science and medicine*. n.50, 2000.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (orgs) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DAHIA, S.L.M. A mediação do riso na expressão e consolidação do racismo no Brasil. *Sociedade e Estado*. Brasília, v.23, n.3, p.697-720, 2008.

DAHL, R. *Sobre a democracia*. Brasília: UNB, 2001.

DAMATTA, R. Você sabe com quem está falando?: um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: *Carnavais, malandros e heróis*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____. Tem um pente aí?! In: CALDAS, D. (org) *Homens*. São Paulo: Senac, 1997.

DARWIN, C. *A origem do homem e a seleção sexual*. São Paulo: Hemus, 1974.

_____. *A expressão das emoções no homem e nos animais*. São Paulo: Cia das Letras, 2009.

DAZIO, E.M.R. *O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico*. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

DEL PRIORE, M. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2009.

DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. Lisboa: edições 70, s/d.

_____. *Natural Symbols: explorations in cosmology*. London: Barrie & Rockliff, 1970.

DRAIBE, S.M. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G. *et al.* (orgs) *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FALICOV, C.J. Changing Constructions of Machismo for Latino Men in Therapy: “The Devil Never Sleeps”. *Family Process*, v. 49, n. 3, 2010

FAUSTO-STARLING, A. Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu*. n.17-18, 2002.

FIGUEIREDO, W.S. *Masculinidades e cuidados: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2008.

FONTANELLA, B.J.B., RICAS, J., TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.1, jan.2008.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

FREYRE, G. *Modos de homem e modas de mulher*. Rio de Janeiro: Record, 1987.

FURTADO, C. *A formação econômica da América Latina*. Rio de Janeiro: Lia, 1970.

GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. *et al.* Prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.13, n.1, 2008.

_____. (org) *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GUTTMAN, M.C. Traficando con hombres: la Antropología de la masculinidad. *La Ventana*. n.8, 1998.

_____. Masculinidades en América Latina: más allá de los estereotipos. (entrevista). *Iconos – Revista de Ciencias Sociales*. n.14. Ecuador, 2002.

HERTZ, R. A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. *Religião e Sociedade*. n.6, 1980.

IANNI, A.M.Z. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a Sociologia no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.1, 2011.

KIMMEL, M.S. Rethinking “masculinity”: new directions in research. In: KIMMEL, M.S. (org) *Changing men*. London: Sage, 1987.

_____. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Revista Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 4, n.9, p.103-117, out. 1998.

KUPER, A. *Cultura: a visão dos antropólogos*. Florianópolis: EDUSC, 2002.

LAURENTI, R. *Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero*. FSP, USP, 1998.

LEACH, E. Cabelo Mágico. In: DAMATTA, R. (org) *Leach*. São Paulo: Ática, 1983. (Col. Grandes Cientistas Sociais)

LE BRETON, Firmar o rasgar su cuerpo: las nuevas geraciones. In: MUÑIZ, E. (coord.) *Disciplinas y prácticas corporales: una mirada a las sociedades contemporâneas*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2010.

LEITE, M.L.M. Texto visual e texto verbal. In: FELDMAN-BIANCO, B., LEITE, M.L.M. *Desafios da imagem: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais*. Campinas: Papirus, 2006.

LEITE, Y. F. Apresentação. *Boletim do Museu Nacional – Antropologia*. n.32, mai. 1979.

LÉVI-STRAUSS, C. *As estruturas elementares de parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.

LINERA, A.G. Autonomías regionales indígenas y Estado multicultural. In: *La descentralización que se viene: propuestas para la (re)constitución del nivel estatal intermedio*. La Paz: FES-ILDIS, Plural editores, 2003.

MACHADO, L.Z. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In: SCHPUN, M.R. *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo, 2004.

MALINOWSKI, B. *A vida sexual dos selvagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

MARTINI, M.N. Masculinidades: un concepto en construcción. *Nueva Antropología*. nº61. México, 2002.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de "eu". In: *Antropologia e Sociologia*. v.2. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: *Antropologia e Sociologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.

_____. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de "eu". In: *Antropologia e Sociologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.

_____. Ouvres. v.3. Paris: Les éditions minuits, 1969.

MEAD, M. Tabu. In: *Encyclopaedia of the Social Sciences*. New York: The Macmillan Company, 1935.

_____. *Sexo e Temperamento*. São Paulo: Perspectiva, 2006.

MEYERSON, I. *Problèmes de la personne*. Paris: Mouton e co., 1973.

MICHELS, F.A.S. *et al. Câncer em São Paulo 1997-2008*. Registro de câncer de São Paulo. São Paulo, 2011.

MILL, S. *Sobre a liberdade*. São Paulo: Hedra, 2010.

MINAYO, M.C.S., COIMBRA JR, C.E.A. (orgs) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MISHKIND, M.E. *et alli*. The embodiment of masculinity: cultural, psychological and behavioral dimensions. In: KIMMEL, M.S. (org) *Changing men*. London: Sage, 1987.

MORRIS, D. *Você: um estudo objetivo do comportamento humano*. São Paulo: Círculo do Livro, 1977.

MUÑIZ, E. (coord.) *Registros corporales*. Azcapotzalco: Universidad Autónoma Metropolitana, 2008.

_____. (coord) *Disciplinas y prácticas corporales: una mirada a las sociedades contemporáneas*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2010.

NAHOUM-GRAPPE, V. Da dimensão sexual de uma guerra: os estupros em série como arma na ex-Iugoslávia, 1991-1995. In: SCHPUN, M.R. *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo, 2004.

OLIVEIRA, P.P.M. *A construção social da masculinidade*. Tese (Doutorado).

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 2002.

PAIM, J.S., ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*. v.32, n.4, jun.1998.

PAZ, O. *O labirinto da solidão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

PILLA, A., QUADROS, C.B. Charges: uma linha orientada pela análise do discurso francesa. *Linguagens: revista de letras, artes e comunicação*. v.3, n.3, 2009.

RABELLO, L.S. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

RAMOS, S. *El perfil del hombre y la cultura en México*. Colonia Florida: Colección Austral, 2003.

REYES, M.L. Hombrecitos o de cómo se esperan que éstos sean. In: MUÑIZ, E. (coord.) *Disciplinas y prácticas corporales: una mirada a las sociedades contemporáneas*. México: UAM, 2010.

RESTREPO, L.C. *O direito à ternura*. Petrópolis: Vozes, 1998.

RODRIGUES, J.C. *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RONDINELLI, P. A polifonia cultural da dança do ventre: entre o entretenimento e o alternativo. Dissertação. Mestrado em Ciências da Motricidade. Universidade Estadual Paulista. Rio Claro, 2002.

SAFFIOTI, H.I.B., ALMEIDA, S.S. Estado e Políticas Públicas. In _____. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAHLINS, M. *Cultura e razão prática*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SARTI, C.A., BARBOSA, R.M., SUAREZ, M.M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis*. v. 16, p. 167-183, 2006.

SCHRAIBER, L.B., GOMES, R., COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.10, n.1, 2005.

SHRAIBER, L.B., FIGUEIREDO, W.S. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R. *Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SIMMEL, G. *Sociología: studios sobre las formas de socialización*. v.1. Buenos Aires: Espalza-Calpe, 1939.

SINGER, P. O movimento feminino. In: SINGER, P., BRANT, V.C. *São Paulo: o povo em movimento*. Petrópolis: Vozes, 1980.

SROUGI, M. *Próstata: isso é com você*. São Paulo: Publifolha, 2003.

_____. *et al.* Doenças da próstata. *Revista de Medicina*. São Paulo, v.87, n.3, 2008.

STEINER, F. *Taboo*. London: Cohen & West, 1956.

STOLCKE, V. "Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade?" *Estudos Afro-Asiáticos*. Nº 20, 1991.

TILLY, C. *Coerção, Capital e Estados europeus*. São Paulo: Edusp, 1996.

TODOROV, T. *A conquista da América: a questão do outro*. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

TURNER, V. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes, 1974.

VALDÉS, T. Estudios de género para el siglo XXI en América Latina: algunas notas para el debate. *Revista de la Academia*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Primavera, 2001.

VIANA, A.L.A., FAUSTO, M.C.R., LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*. v.17, n.1, 2003.

VIETLER, R.B. A noção de pessoa entre os Bororo. *Revista do Museu Nacional – Antropologia*. Rio de Janeiro, 1979.

VIGARELLO, G. *O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VIVEIROS DE CASTRO, E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. *Revista do Museu Nacional – Antropologia*. Rio de Janeiro, 1979.

VIVEIROS DE CASTRO, E. DAMATTA, R., SEEGER, P. A construção da pessoa na sociedade xinguana. *Revista do Museu Nacional – Antropologia*. Rio de Janeiro, 1979.

WELZER-LANG, D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN, M.R. *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo, 2004.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of health services*. v.22, n.3, 1992.

Fontes de dados:

ALAN david. <Disponível em: www.alandavid.com.br>

ANDRÉ Mansur. <Disponível em:

http://andremansur.com/blog/wpcontent/uploads/2012/10/andre_mansur_exame_portugues.jpg>

BOAS piadas. <Disponível em boaspiadas.blogspot.com>

BLOG do Maha. <Disponível em <http://blogdomaha.blogspot.com.br/2009/01/o-exame-de-prstata.html>>

BRASIL. Ministério da Saúde. <disponível em www.saude.gov.br>

CHISTES diários. <Disponível em:

<http://chistesdiarios.wordpress.com/2007/01/20/examen-de-prostata-1/>>

CLUBE da risada. <Disponível em www.clubedarisada.com.br>

CORUJICS. <Disponível em: corujics.blogspot.com>

EL proximo tonto. <Disponível em:

<http://www.elproximotonto.com/2012/07/chiste-examen-de-la-prostata.html>>

EXAME de próstata desmistificado. <Disponível em

<http://www.joildo.net/imagem/exame-de-prostata-desmitificado/>>

FUNDO de População das Nações Unidas – UNFPA. Relatório sobre a situação da população mundial, 2005.

GESTÃO de logística hospitalar. <Disponível em:

<http://gestaodelogisticahospitalar.blogspot.com.br/2011/06/humor-tecnicas-de-exame-de-prostata.html>>

HUMOR da terra. <Disponível em: <http://www.humordaterra.com/2011/09/24/ja-fez-exame-de-prostata/>>

HUMORTADELA. <Disponível em www.humortadela.com.br>

IMAGENS Brazil. <Disponível em: imagensbrazil.blogspot.com>

JOBENIAMARINA. <Disponível em jobeniamarina.blogspot.com>

MUNDO. <Disponível em: mundomocoh.blogspot.com>

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. <disponible em: www.paho.org, jul. 2009>

_____. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington: OPS, 2002.

_____. *A saúde do homem nas Américas: algumas perguntas procurando respostas*. Apresentação disponível em:
< http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35111 >

OZAILTON melo. < Disponível em: ozailtonmelo.blogspot.com>

MEU bloguezinho. <Disponível em: http://meublogueziho-dudu.blogspot.com.br/2010_10_01_archive.html>

MEUS nervos. <Disponível em: <http://www.meusnervos.com.br/exame-da-prostata/>>

_____. <Disponível em: <http://www.meusnervos.com.br/exame-da-prostata-02/>>

MÉXICO. Secretaría de Salud. <Disponível em www.salud.gov.mx>

PERNA de pau. <Disponível em: www.pernadepautupa.wordpress.com>

PORTAL do catita. <Disponível em:
<http://portaldocatita.blogspot.com.br/2011/01/toque-retal.html>>

PORTAL da piada. <Disponível em: www.portaldapiada.blogspot.com>

RECLAMANDO. <Disponível em:
<<http://www.reclamando.com.br/?system=news&action=read&id=20371&eid=319>>

ROSA, N. Você vai se quiser. In: *Noel pela primeira vez*. São Paulo: Velas Novodisc, 2002. Cd10. v.5. Faixa 11.

SARAVA 13. <Disponível em: <http://saraiva13.blogspot.com.br/2012/03/o-que-nao-tem-remedio-remediado-esta.html>>

SÓ rindo mesmo. <Disponível em: sorindomesmo.blogspot.com>

VER saúde. < Disponível em: <http://www.versaude.com.br/gs162.html>>

WORLD Health Organization. *World health statistics*. Geneva: Who Press, 2009.

ANEXO I

ROTEIRO ESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS COM HOMENS (FAIXA ETÁRIA ENTRE 40 E 65 ANOS)

Dados Pessoais:

- Escolaridade:
- Idade:

Questões:

- 1) O senhor costuma apresentar cuidados com o seu corpo? Quais?
- 2) E com a sua saúde?
- 3) O senhor costuma fazer exames periódicos? Quais? Ou com quais especialidades de médicos o senhor costuma consultar regularmente?
- 4) No caso específico do urologista, o senhor costuma frequentá-lo?

(Se SIM: Desde quando? Com que idade ocorreu a sua primeira consulta? Houve algum tipo de ansiedade para marcar a primeira consulta? E para realizar o exame de toque retal? Se não for invasivo demais, o senhor poderia descrever, de modo geral, como ocorre a sua consulta com o urologista?)

(Se NÃO: Por quê? – a partir da resposta, outras perguntas surgirão na tentativa de compreender se o motivo de o sujeito não frequentar o urologista tem relação com o receio da realização do exame de toque retal).

ANEXO II

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O PRESIDENTE DA SOCIEDADE MEXICANA DE UROLOGIA – Dr. Alfonso de Silva Gutiérrez

1) A PREOCUPAÇÃO DA SOCIEDADE MEXICANA DE UROLOGIA COM O CÂNCER DE PRÓSTATA.

(1) la preocupación de la Sociedad Mexicana de Urología cáncer de próstata.

a) No México, o câncer de próstata é uma doença preocupante? Quais as medidas de prevenção são adotadas pela SMU?

a) En México, el cáncer de próstata es una enfermedad de interés? ¿Qué medidas preventivas se adoptan por el SMU?

b) Qual a posição da SMU acerca do exame retal, como medida preventiva?

b) ¿Qué significa el SMU en el examen rectal como medida preventiva?

c) Há dados que permitam saber qual a taxa de adesão de homens aos exames preventivos? Há indicativos que permitam estabelecer relações entre a adesão ou a não adesão aos exames preventivos com variáveis como renda ou educação?

c) No hay datos para saber cuál es la tasa de adherencia a los exámenes preventivos de los hombres? Hay indicios que nos permiten establecer relaciones entre la adherencia o no adherencia a exámenes preventivos con variables como el ingreso o la educación?

d) A SMU faz ou fez campanhas específicas para ampliar a divulgação da importância aos exames preventivos?

e) El SMU se hace o campañas específicas para ampliar la difusión de la importancia de los exámenes preventivos?

2) AS MEDIDAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS MEXICANAS PARA A SAÚDE DO HOMEM.

2) LA POLÍTICA PÚBLICA MEDIDAS PARA LA SALUD DEL HOMBRE DE MÉXICO.

a) Existem políticas públicas específicas para o cuidado com a saúde do homem no México? E no caso particular do exame de próstata?

a) Existen políticas específicas para la atención de la salud del hombre en México? Y en el caso particular del examen de la próstata?

b) Há a possibilidade de os homens mexicanos realizarem seus exames preventivos gratuitamente?

(SIM) É fácil o acesso para realiza-los?

(NÃO) E como a SMU se posiciona sobre esse fato?

b) Existe la posibilidad de que los mexicanos hacen sus exámenes de prevención de manera gratuita?

(SIM) es de fácil acceso para llevarlas a cabo?

(NO) y el SMU se coloca sobre este hecho?

c) Há uma preocupação da Organização Pan-Americana de Saúde com os cuidados para a saúde do homem. Segundo ela, para que se altere o quadro de mortalidade masculina, há a necessidade de se alterar o conceito de masculinidade na América Latina. Isso porque, entre homens jovens, a mortalidade por causas externas é bastante acentuada. Entre homens mais velhos, há a cultura de que homem não é frágil e, portanto, deve cuidar de sua mulher e filhos, e não de si mesmo. Como a SMU observa essa conclusão da OPAS?

c) Existe la preocupación de la Organización Panamericana de la Salud con el cuidado de la salud humana. Según ella, que cambian el contexto de la mortalidad masculina, hay una necesidad de cambiar el concepto de masculinidad en América Latina. Esto se debe, entre los hombres jóvenes, la mortalidad por causas externas es bastante marcada. Entre los hombres mayores, hay una cultura donde el hombre no es frágil y por lo tanto, debe cuidar de su esposa e hijos, y no a sí mismo. SMU como la OPS señala que la conclusión?

3) SUA OPINIÃO:

3) Su opinión:

- a) E na sua opinião? O que significa alterar o conceito de masculinidade? Quais seriam as consequências dessa alteração?

Y en tu opinión? Lo que sí cambia el concepto de la masculinidad? ¿Cuáles serían las consecuencias de este cambio?

- b) No Brasil, as piadas (bromas) com relação ao exame de toque retal são bastante comuns, e são inclusive feitas pelos médicos aos pacientes, durante o exame. O senhor conhece alguma piada? Costuma conta-la aos seus pacientes e/ou colegas de trabalho?

b) En Brasil, las bromas (chistes) con respecto al examen digital del recto son muy comunes, e incluso son tomadas por los médicos a los pacientes durante el examen. ¿Sabes una broma? A menudo me lo dicen a sus pacientes y / o compañeros de trabajo?

- c) É comum os homens lhe procurarem para a realização de exames periódicos? Ou só o procuram quando apresentam algum problema de saúde?

Es común que los hombres tratan de llevar a cabo controles periódicos? O simplemente la mirada cuando tienen un problema de salud?

- d) O senhor percebe rejeição de seus pacientes para a realização do exame de toque?

Usted entiende que el rechazo de sus pacientes para el examen del tacto?