

Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero

Rosely Gomes Costa*

Com base em uma pesquisa com homens que procuraram um ambulatório de reprodução humana em busca de tratamento para esterilidade ou de informações e métodos de planejamento familiar, o artigo discute como as representações e atitudes em relação ao cuidado com a saúde e à procura por médicos estão perpassadas por atribuições de gênero. Tais atribuições, ao alocarem nos homens características como força, assertividade e não-vulnerabilidade – associadas à masculinidade hegemônica –, levam a um menor cuidado com a saúde e a uma menor procura de médicos por parte destes, uma vez que esse cuidado e essa procura são representados como uma fraqueza. Mas a pesquisa também apontou que essas atribuições podem ser contestadas ou mesmo modificadas.

Palavras-chave: Gênero, Masculinidades; Saúde.

Introdução

O presente artigo busca realizar uma discussão sobre como as representações e atitudes em relação ao cuidado com a saúde e à procura por médicos estão perpassadas por atribuições de gênero. Tais atribuições, ao alocarem nos homens características como força, assertividade e não-vulnerabilidade – associadas à masculinidade hegemônica –, levam a um menor cuidado com a saúde e a uma menor procura de médicos por parte destes, uma vez que esse cuidado e essa procura são representados como uma fraqueza. Contudo, elas podem também ser contestadas ou mesmo modificadas.

As reflexões que se seguem se baseiam em uma pesquisa que resultou em minha tese de doutoramento (Costa, 2001), que investigou as representações masculinas da paternidade e o que estas revelavam sobre a masculinidade e, de uma maneira mais ampla, sobre como o gênero é constituído. Seguindo a proposição de Strathern

(1988), considero que gênero se refere a categorias de diferenciação de tudo o que desenha a imagem sexual, indicando os meios pelos quais as características de masculino e feminino tornam concretas as idéias das pessoas sobre a natureza das relações sociais.

Segundo Connell (1995), a masculinidade faz parte de um processo e não é uma categoria estática e universal que possa ser definida em definitivo. As masculinidades são configurações das práticas das relações de gênero, da mesma forma como estão perpassadas pelas relações de raça e de classe social. O autor propõe a existência, atualmente, de quatro padrões principais de masculinidade na ordem de gênero do Ocidente: a hegemônica, a subordinada, a cúmplice e a marginalizada. A masculinidade hegemônica seria aquela ligada à legitimidade do patriarcado, que garante a dominação dos homens e a subordinação das mulheres. A masculinidade subordinada diz respeito à dominância e subordinação entre grupos de homens, como é o

* Professora do Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

caso da dominação dos homens heterossexuais e a subordinação dos homens homossexuais. A masculinidade cúmplice se define pela conexão com o projeto de masculinidade hegemônica, mas sem a completa incorporação deste projeto. São masculinidades cúmplices porque percebem e desfrutam de algumas vantagens do patriarcado sem, no entanto, defenderem publicamente esta posição. A masculinidade marginalizada refere-se a relações entre as masculinidades e classes ou grupos étnicos dominantes e subordinados; é uma masculinidade que está marginalizada devido à condição subordinada de classe ou raça.

Connell enfatiza que a masculinidade hegemônica não tem um caráter fixo, igual em qualquer tempo ou lugar. É uma masculinidade que ocupa a posição hegemônica em um dado padrão de relações de gênero, sendo uma posição sempre contestável. A masculinidade hegemônica não diz respeito a um estilo de vida, mas a configurações que formam as relações de gênero. Novos grupos podem desafiar antigas soluções e construir uma nova hegemonia. A hegemonia está relacionada à dominância cultural na sociedade como um todo. O número de homens que praticam rigorosa e inteiramente o padrão hegemônico de masculinidade pode ser pequeno, mas a maioria dos homens usufrui dessa hegemonia, pois se beneficia do dividendo patriarcal da subordinação geral das mulheres.

Nascimento (1999) mostrou como mesmo homens em condições de extremo distanciamento dos elementos postulados como parte do modelo de masculinidade hegemônica acabam por desenvolver recursos para a atualização deste modelo. O autor define o modelo hegemônico de masculinidade como caracterizado pela compreensão de que o homem tem autoridade, sobretudo no lar; é autônomo e livre diante de outros homens; tem força e coragem e não expressa suas emoções, tampouco chora; é provedor do lar; é heterossexual. Pesquisando homens extremamente pobres de Camaragibe (PE), desempregados e sustentados pelas esposas ou

mães, Nascimento (1999, p. 2) observou que as principais estratégias utilizadas para a atualização do modelo hegemônico de masculinidade eram:

[...] a idealização do passado, implicando uma redefinição do tempo cronológico capaz de configurar a experiência atual como passageira e atípica; a supervalorização dos amigos reais ou fictícios, e a criação de 'outros' marginalizados como os 'maconheiros', os homossexuais e as mulheres.

Leal e Boff (1996) mostram que no universo masculino de grupos populares urbanos do sul do país, até mesmo as queixas dos homens são feitas mediante um discurso baseado em suas qualidades viris. A virilidade é a referência recorrente no discurso do que é ser homem, independente da situação vivida por estes homens, de sua fase do ciclo de vida, e de suas trajetórias individuais e conjugais.

Fonseca (1995), estudando famílias de classes populares de Porto Alegre, relata que o marido/pai é considerado o responsável por prover a esposa e os filhos, e que esta percepção persiste mesmo que a presença do marido não garanta a sua contribuição econômica. Segundo a autora, os poucos ganhos obtidos pelo marido, as incertezas do mercado de trabalho e o gasto do dinheiro com consangüíneos, amigos ou outras mulheres fazem com que o homem não consiga sustentar sua família, e a mulher termine responsável tanto por cuidar dos filhos como por sustentar a casa.

Outras pesquisas feitas junto a populações de baixa renda trazem como traços marcantes da masculinidade a autonomia dos homens perante as mulheres, seu papel ativo, a iniciativa sexual, a prescrição da força e da disputa, e sua associação à esfera pública (Leal, 1992; Villela e Barbosa, 1996; Parker e Barbosa, 1996).

Assim, no nível empírico, em vista das pesquisas citadas acima referidas ao Brasil, poder-se-ia dizer que os elementos que aparecem associados a um modelo hegemônico de masculinidade são: virilidade (vigor e energia); sustento dos filhos; autonomia e autoridade em relação às mulheres; iniciativa sexual; prescrição de força e

disputa; heterossexualidade; associação com a esfera pública. Portanto, o conceito de masculinidade hegemônica pode ser útil aos estudos sobre masculinidades em determinadas sociedades, desde que não seja tomado como fixo, universal, auto-explicativo, identitário, o que o colocaria em uma camisa-de-força pouco produtiva. Falar em masculinidade hegemônica seria referir-se também à luta pela posição hegemônica, o que implica considerá-la como um padrão orientador exposto a disputas de poder.

Sujeitos e métodos

A pesquisa foi realizada com homens que procuravam um ambulatório de reprodução humana de uma universidade paulista em busca de tratamento para esterilidade ou de informações e métodos de planejamento familiar.

Para realizar a pesquisa, detive-me inicialmente na coleta de dados sociodemográficos acerca desses homens, reunidos em fichas. Em seguida, realizei com eles entrevistas abertas e em profundidade, a partir de um roteiro prévio e maleável de questões, tendo sido utilizada também a técnica de "história de vida". Utilizei as "histórias de vida" como um relato motivado pelo pesquisador, que nele interfere com perguntas, e que se restringe às informações dadas pelo entrevistado, sem complementação de outras fontes. Neste caso, o entrevistado se refere preferencialmente àquela parcela de sua vida ligada ao tema da pesquisa, sem esgotar sua biografia (Bertaux, 1980; Kofes, 1994).

Foram entrevistados 21 homens, número bem próximo do sugerido em minha proposta inicial (20), e que se mostrou efetivamente adequado, por satisfazer o "critério de saturação". Esse critério consiste em realizar as entrevistas até o ponto em que se percebe que não estão sendo obtidos dados novos (Patton, 1990). Segundo Bertaux (1980), o fenômeno da saturação aparece quando os elementos de conhecimento das relações socioestruturais trazidas por cada "história de vida" permitem uma totalização da proposta inicial da pesquisa.

A participação dos entrevistados na pesquisa foi voluntária. Esclareci a eles que sua recusa em participar não alteraria em nada seu atendimento no referido ambulatório. A identidade dos participantes foi mantida em sigilo, uma vez que as fichas e as entrevistas foram organizadas por números, não contendo qualquer informação que permita identificar o entrevistado. Posteriormente dei a eles nomes fictícios.

Como referi acima, antes das entrevistas eu aplicava um pequeno questionário para colher os dados sociodemográficos dos depoentes. O Quadro 1 resume esses dados.

O quadro mostra que a maioria dos entrevistados tinha idades entre 26 e 35 anos, sendo que o mais jovem tinha 20 anos e o mais velho, 50 anos. Eu perguntei aos entrevistados qual a sua cor ou raça e anotei exatamente a resposta que me deram. Doze responderam que eram brancos, quatro que eram pretos ou negros, e quatro se disseram morenos, pardos ou mulatos.

A maioria dos entrevistados afirmou ser católica, mas estes foram também os que mais afirmaram irrem raramente à igreja. O nível de escolaridade pode ser considerado baixo, uma vez que metade deles possuía apenas o primário completo e três quartos apenas completaram o primeiro grau. Apenas um tinha nível superior completo. Dois entrevistados estavam desempregados no momento da entrevista e os rendimentos da maioria que trabalhava não eram superiores a seis salários mínimos. Os desempregados viviam de trabalhos temporários ou das economias que tinham feito. Um dos entrevistados se destaca dos demais por ganhar um salário de R\$ 4.000,00, ter uma renda familiar de R\$ 5.000,00, e nível superior completo. Neste caso, o ambulatório estava sendo procurado para tratamento de esterilidade, porque é um centro de referência e um centro avançado de pesquisa. O entrevistado ao qual me refiro, já tendo procurado médicos particulares (muitas vezes muito caros), e sem ter obtido sucesso na resolução de seu problema, procurou este ambulatório na esperança de encontrar avanços científicos na área da esterilidade que julga não haverem chegado ao conhecimento dos médicos que consultara.

QUADRO 1
Dados sociodemográficos dos entrevistados

Idade	
20 – 25 anos	5
26 – 35 anos	12
36 – 50 anos	4
Raça ou cor	
Branca	12
Preta/Negra	4
Morena	3
Parda	1
Mulata	1
Religião	
Católica	16
Protestante/Evangélica	4
Nenhuma	1
Freqüência à missa/culto	
Raramente	10
Uma vez por semana	7
Uma vez por mês	2
Uma vez por ano	1
Trabalho	
Empregados	19
Desempregados	2
Salário (em salários mínimos*)	
De 1 a 2 SM	1
Mais de 2 a 3 SM	2
Mais de 3 a 4 SM	3
Mais de 4 a 6 SM	7
Mais de 6 a 8 SM	1
Mais de 8 a 14 SM	4
Mais de 20 SM	1
Escolaridade	
Primário completo	10
Ginásial completo	4
Colegial completo	5
Superior incompleto	1
Superior completo	1
Estado marital	
Casado	16
Vive junto	4
Solteiro	1
Escolaridade da esposa/companheira	
Primário incompleto	2
Primário completo	9
Ginásial completo	1
Colegial completo	4
Superior incompleto	2
Superior completo	1
Nenhuma	1
Esposas/companheiras que trabalham	7

(continua)

(continuação)

Salário da esposa/companheira (em salários mínimos)

1 SM	1
De 2 a 3 SM	2
Mais de 3 a 4 SM	2
Mais de 4 a 6 SM	2

Renda familiar total (em salários mínimos)

De 1 a 2 SM	1
Mais de 2 a 3 SM	1
Mais de 3 a 4 SM	1
Mais de 4 a 6 SM	4
Mais de 6 a 8 SM	3
Mais de 9 a 10 SM	4
Mais de 10 a 15 SM	3
Mais de 15 a 20 SM	1
Mais de 20 SM	2
Não sabe	1

Homens com filhos 14**Número de filhos**

Um	9
Dois	2
Três	2
Cinco	1

Motivo para procurar o ambulatório

Tratamento para esterilidade	12
Planejamento familiar	9

* Estou me baseando no salário mínimo dos meses de agosto e setembro de 1998, correspondente a R\$120,00.

A maioria dos entrevistados era casada. Apenas um era solteiro, apesar de ter tido uma filha, de ter assumido a paternidade desta, e de continuar namorando a mãe da criança e acompanhá-la ao ambulatório – cada qual continuava vivendo na casa de seus pais.

A maioria das esposas/companheiras havia freqüentado a escola e tinha o primário completo. Duas tinham o primário incompleto, sendo que todos os maridos/companheiros tinham pelo menos o primário completo. O nível educacional das parceiras também pode ser considerado baixo, já que a maioria completou apenas o primeiro grau e somente uma havia terminado a universidade. A maior parte das parceiras não trabalhava fora de casa, e as que trabalhavam ganhavam menos que seus maridos/companheiros – nenhuma chegava a ganhar mais de sete salários mínimos.

A renda familiar, que inclui o salário do esposo/companheiro, o da esposa/compa-

nheira, rendas temporárias de trabalhos informais e a ajuda de filhos ou pais (como é o caso dos dois entrevistados desempregados), mostrou uma variação que vai de dois até mais de vinte salários mínimos. As rendas mais altas e que se destacavam da maioria eram a de um entrevistado que disse morar com os pais (R\$ 3.000,00) e a do entrevistado citado acima (R\$ 5.000,00), uma exceção nesse contexto. Um entrevistado disse não saber a renda familiar total porque vivia com sua esposa na casa de seus pais.

Nove entrevistados eram migrantes que trabalhavam na área rural e foram procurar (eles ou seus pais) emprego e melhores condições de vida na cidade. Os migrantes vieram do interior de Rondônia (1), Rio Grande do Norte (1), Minas Gerais (1), Paraná (1), Sergipe (1), Alagoas (1), Mato Grosso (1) e São Paulo (2). Um outro entrevistado sempre morou na área rural, no interior de São Paulo, e se diferenciava por nunca ter tido necessidade financeira de sair de suas terras.

Estar procurando o ambulatório para tratamento de esterilidade não significava que o entrevistado não tivesse filhos, ou que não estivesse criando um filho (adotivo, da atual esposa ou de outro parente). De fato, entre os 12 entrevistados que estavam procurando tratamento para esterilidade, um tinha uma filha de seu primeiro casamento, que morava com a ex-esposa, e criava os três filhos que a atual parceira tinha de seu primeiro casamento; o casal desejava agora ter um filho que fosse dos dois; um criava como sua a filha da irmã; um já tinha um filho com a esposa e desejava outro, mas a esposa estava tendo dificuldades para engravidar novamente; um tinha uma filha adotiva; um tinha cinco filhos do primeiro casamento, sua atual esposa tinha dois filhos do primeiro casamento, mas o casal desejava ter um filho porque nenhum filho morava com eles; e um tinha um filho com a esposa, criava o filho que a esposa teve no primeiro casamento, e agora a esposa havia se arrependido de ter feito laqueadura e desejava ter outro filho.

Resultados

Respondendo a uma das perguntas, todos os entrevistados afirmaram concordar com a afirmação de que as mulheres procuram mais os médicos que os homens. Isto poderia estar relacionado ao fato, apontado por diversos autores (Fundação MacArthur, 2000), de que o cuidado de si e dos outros e a preocupação com a saúde não são tidos como atribuições masculinas e, ao mesmo tempo, com as prescrições sociais que representam o risco não como algo a ser evitado pelos homens, mas como algo a ser superado cotidianamente por eles. O argumento é o de que, em lugar do autocuidado, os homens, em geral, adotam um estilo de vida autodestrutivo, como demonstrado pelas taxas de mortalidade por fatores externos (homicídio, acidente automobilístico etc.) sempre muito maiores entre homens do que entre mulheres.

Quando eu perguntei aos entrevistados se concordavam ou não com essa afirmação eu não havia especificado nenhuma especialidade médica. Alguns chegaram a

indagar se eu estava me referindo ao ambulatório, ao que eu respondi que me referia a médicos de uma maneira geral. Mesmo tendo procurado não focalizar a pergunta nos serviços oferecidos pelo ambulatório (tratamento para esterilidade e planejamento familiar), os entrevistados relacionaram a maior procura de médico por parte das mulheres com seu aparelho sexual e reprodutivo. Acredito que essa referência vai além da possível influência do fato de eles estarem no ambulatório. Indica uma concepção de que a diferença no aparelho sexual e reprodutivo de homens e mulheres é também a causa da diferença entre a saúde de homens e mulheres.

De fato, ao falarem sobre as mulheres, os entrevistados referiam-se a exames ginecológicos, a mamografias, ao passo que quando falavam sobre os homens se referiam a exames de sangue e do coração. Parece que para eles os problemas de saúde das mulheres referem-se principalmente ao seu aparelho sexual e reprodutivo, que precisa ser examinado e cuidado com maior frequência, enquanto os problemas que atingem os homens seriam menos relacionados com seu aparelho sexual e reprodutivo.

Muitos entrevistados afirmaram acreditar que as mulheres são mais frágeis que os homens, e por isso dependem mais de ginecologistas, o que indica que, para eles, a maior fragilidade das mulheres está associada ao seu aparelho sexual e reprodutivo. Os homens, por sua vez, precisam ir ao médico apenas uma vez por ano, e mesmo assim apenas se estiverem doentes.

A diferença entre a saúde de mulheres e homens referida pelos entrevistados, alocada nos órgãos sexuais e reprodutivos, aparece relacionada à internalidade *versus* exterioridade desses órgãos. Segundo um entrevistado:

Não costumo fazer exame porque sinto meu corpo bom, ótimo. Nunca senti uma dor. Senti uma dor uma vez na barriga, aqui. Senti essa dor, estava me doendo, e eu disse: vou procurar um médico. Quando eu fui procurar o médico eu já sabia o que tinha. Quando eu fui procurar já fui internado para operar. [...] Porque o homem, ele já conhece mais o corpo dele. A mulher, ela conhece também, mas na

base da medicina. Mais por dentro, não. O homem, não tem nada pra ele conhecer por dentro do homem. As partes da mulher já é mais... sei lá como fala. A mulher já é totalmente diferente, tem que procurar o médico mais vezes, uma dorzinha em qualquer lugar tem que correr no médico.

Para este entrevistado, parece ser a internalidade dos órgãos sexuais e reprodutivos o motivo de as mulheres procurarem mais os médicos que os homens, pois é só através de exames médicos que elas podem saber o que está se passando no interior de seu corpo, se há algum problema, alguma doença. Já os homens conhecem melhor seus corpos porque “não tem nada para conhecer por dentro do homem”, em uma referência à exterioridade dos órgãos sexuais e reprodutivos masculinos. A idéia de que os homens conhecem melhor seu corpo começa referida aos órgãos sexuais e reprodutivos e acaba por estender-se para o corpo inteiro, como se viu no caso do entrevistado que disse que quando foi ao médico por causa de uma dor na barriga ele já sabia o que tinha. Tanto já conhecia o problema que procurou o médico em um caso extremamente necessário, quando já havia a necessidade de cirurgia.

Quando falavam sobre a saúde dos homens, os entrevistados citavam principalmente problemas relacionados a partes do corpo sem referência à sexualidade e reprodução, como barriga, braço ou coração. Quando consideravam os problemas de saúde das mulheres, referiam-se principalmente àqueles relativos aos órgãos sexuais e reprodutivos.

Porém, os entrevistados também ofereceram outros motivos para a maior procura de médicos por parte das mulheres. Um deles atribuiu tal comportamento a uma questão de vaidade, ou a tendências hipocondríacas. Na sua fala observa-se a consideração de que os homens são mais assertivos, mais fortes e mais tolerantes, uma vez que acumulam os problemas para resolvê-los todos de uma vez, agüentam mais a dor, e vão ao médico só quando realmente necessitam:

Eu falo por mim. Se eu tenho uma dor nas costas eu não venho ao médico, se eu tenho

uma dor na barriga eu não venho. Mulher, não. Se ela tiver uma coceira na orelha ela está no médico. Isto eu acho que se deve ao fato da vaidade, a mulher tem mais vaidade. Então, qualquer probleminha se torna um problemão. O homem, não. O homem gosta de acumular os problemas pra resolver de uma vez. Então, se eu tiver um corte aqui no braço eu vou lá e quero fazer um curativo, mas se não tiver eu não vou lá. Realmente a mulher vai mais ao médico, ela procura mais o médico e pode ser por qualquer motivo. Eu conheço uma que vai só por ir, sem precisar.

Assim, o que poderia ser considerado uma iniciativa para a prevenção de doenças por parte das mulheres é visto por este entrevistado como vaidade própria das mulheres, e o que poderia ser visto como falta de prevenção por parte dos homens é visto como sinal de assertividade e força.

A consideração da ida mais freqüente da mulher ao médico como uma atitude positiva, seja porque é uma forma de prevenção de doenças, seja porque indica que as mulheres têm consciência dessa necessidade, esteve presente nas falas de alguns entrevistados. Para estes, as mulheres procuram mais os médicos porque são mais inteligentes, mais espertas que os homens; porque os homens são “machistas” e acham que nunca vão ficar doentes; ou até mesmo porque os homens têm medo de ir ao médico. Segundo um deles:

A mulher se previne mais; o homem é mais desleixado. O homem, enquanto não vê que o bicho está pegando, ele não vai. Já a mulher, não. Ela se previne mais.[...] Pode ser um pouco a mais de inteligência, medo da situação piorar. Já o homem, não.

Apenas um entrevistado manifestou preocupação com a prevenção de doenças, com a idéia de cuidado com a saúde. Ele referiu ainda ter muito contato com os filhos, muito cuidado pessoal com eles e muita interação, além de uma preocupação com a esposa, com sua saúde, em dividir o trabalho doméstico.

Portanto, a maior freqüência das mulheres aos médicos também foi interpretada como prova de que elas são mais inteligentes e espertas; os homens, ao comportarem-se como “machões”, agindo de forma desleixada, acabam não sendo

inteligentes, pois consideram que nada vai acontecer com eles e assim não cuidam de sua saúde. Essas opiniões ilustram as diferentes interpretações que uma mesma atitude pode suscitar: a pouca procura de cuidados médicos por parte dos homens pode ser vista como sinal de força e assertividade, consideradas próprias da masculinidade, ou como sinal de falta de inteligência e esperteza, determinada por um comportamento “machista”.

Um entrevistado considerou que os homens vão menos ao médico por falta de tempo e por machismo. No seu caso, disse que precisava ir ao médico ver um problema no braço, mas que ainda não foi para não faltar ao trabalho, e também para não ficar esperando na fila, pois “[...] homem odeia esperar na fila; mulher tem paciência de ficar na fila, homem não tem”.

Essa observação remete a uma consideração feita por outro entrevistado, que disse estar esperando há horas no ambulatório para que a companheira fosse atendida. Ele disse que o pessoal do ambulatório fazia as pessoas esperarem tanto porque a maioria ali era composta por mulheres, e que se a maioria fosse formada por homens isso não aconteceria, porque os homens começariam a reclamar, a gritar. Assim, parece que estes entrevistados consideram que as mulheres têm mais paciência que os homens para esperar atendimento, para ficar em filas. O interessante dessas observações é que elas estão relacionadas à espera e a filas no ambulatório, uma vez que muitas outras filas, como de bancos ou de empregos, são freqüentadas por homens sem desencadear as reações referidas por eles. Essas observações parecem indicar como territórios expressam atribuições de gênero, isto é, ao considerar o ambulatório como território feminino, os homens são vistos como tendo menos paciência que as mulheres para permanecerem ali esperando.

Discussão

Os relatos acima mostram como, na visão dos entrevistados, os problemas de saúde dos homens encontram-se

relacionados a partes do corpo sem referência à sexualidade e reprodução, ao passo que os problemas de saúde das mulheres são referidos aos seus órgãos sexuais e reprodutivos.

Para contribuir na análise desta questão introduzo uma idéia apresentada por Sahlins (1979) em seu estudo sobre o sistema de vestuário americano. Aqui me inspiro livremente nas idéias deste autor sobre marcado e não marcado, sem a pretensão de acompanhar toda a sua análise linguística estrutural. Diz Sahlins (1979, p. 211):

Como tem sido freqüentemente observado, há uma assimetria no gênero de quase todos os objetos, incluindo os do vestuário: são as coisas femininas que são marcadas e exclusivas; os objetos masculinos, mesmo algo como lâminas de barbear ou barbeadores elétricos, são freqüentemente usados por mulheres ou existem em versões femininas.

Referindo-me a esta reflexão de Sahlins, considero que a concepção dos entrevistados aparece indicando a idéia do corpo feminino como marcado e do corpo masculino como não marcado pelo gênero. Assim, os corpos das mulheres, marcados pelo gênero, aparecem nas falas dos entrevistados como mais frágeis, mais propensos a doenças, mais vulneráveis e problemáticos que os corpos dos homens. Considero que tal concepção dos entrevistados reflete, ao mesmo tempo em que afirma, o processo de medicalização do corpo feminino.

Segundo Vieira (1990), no Brasil, desde o século XIX a concepção médica do corpo feminino implica que uma vida saudável para as mulheres se estabelece através do casamento com finalidades reprodutivas:

[...] a história da medicalização do corpo feminino se estabelece no século XIX em meio aos discursos de exaltação da maternidade, que se torna então objeto da medicina. (Vieira, 1990, p. 62)

De acordo com Rohden (2000), na formação da ginecologia, no século XIX, destaca-se uma preocupação com a definição da diferença entre homens e mulheres e o predomínio da função reprodutiva para a vida das mulheres. Mulheres que buscam satisfação sexual sem o objetivo de procriar,

que recorrem ao uso de métodos anticoncepcionais, ao aborto ou ao infanticídio, são alvo de atenção dos médicos, que formulam um conhecimento específico sobre tais “perturbações”.

Osis (1994) mostra como a medicina procurou, desde o século XVIII, controlar os corpos das mulheres de maneira a assegurar o nascimento de crianças saudáveis e adequadas às normas sociais, dentro de um processo de higienização social. A preocupação com a saúde das mulheres sempre esteve expressa na atenção com a reprodução biológica, visando a uma adequada reprodução social. Assim, cuidados com a gravidez e o parto somavam-se às preocupações com o aleitamento materno e a educação das crianças, tendo os médicos desempenhado a função de educadores físicos e morais.

Ainda em relação à medicalização do corpo feminino, Pfeffer (1985) argumenta que os livros sobre ginecologia e sobre reprodução enfatizam o potencial para doenças do aparelho reprodutivo feminino, enquanto obscurecem esses problemas nos homens. A autora dá como exemplo os títulos de dois capítulos de um livro: um chamado “*The male reproductive system*” (O sistema reprodutivo masculino), e o seguinte denominado “*Gynaecological pathology*” (Patologia ginecológica).

Pfeffer observa que a esterilidade feminina é tratada como patologia, ao passo que a masculina é tratada em termos da qualidade do esperma. A função reprodutiva masculina é vista como simples: produção e condução de esperma; já a feminina é vista como comportando mudanças cíclicas complexas. Com inúmeros exemplos, a autora mostra a linguagem negativa e desqualificadora empregada para tratar do sistema reprodutivo feminino, ao contrário da linguagem valorativa e vitoriosa (“o triunfo do espermatozóide ao penetrar o óvulo”) utilizada em relação ao sistema

reprodutivo masculino. Neste sentido, Martin (1996) também chama a atenção para os tratados de medicina onde o óvulo é descrito como passivo e o espermatozóide como ativo, mesmo depois que pesquisas mostraram que a propulsão da cauda do espermatozóide é muito fraca e que a superfície do óvulo é preparada para pegá-lo antes que escape. Segundo a autora, isto indica uma interpretação sobre a concepção baseada em estereótipos de gênero.

Voltando à argumentação de Pfeffer, a autora enfatiza que o sistema reprodutivo masculino é muito menos conhecido que o feminino, e por isso é considerado simples. Por exemplo, a idéia de que os homens não possuem idade reprodutiva e são capazes de gerar filhos em qualquer idade está baseada no fato de alguns homens idosos terem se tornado pais. Entretanto, há evidência médica de que os órgãos reprodutivos masculinos se atrofiam com a idade, embora sua significância em termos de fertilidade não possa ser afirmada. Os poucos estudos morfológicos em homens mais velhos mostram evidência de reduzida espermatogênese. As mudanças nos níveis de hormônio estão relacionadas com uma maior incidência de atrofia do testículo, perda de pêlos e redução na função sexual. Entretanto, como há uma forte associação entre esterilidade e impotência sexual, não existe um questionamento sobre a perda da fertilidade advinda com a idade¹.

Exemplo da idéia de que os homens não possuem idade reprodutiva pode ser encontrado no próprio ambulatório em que realizei a pesquisa. Segundo as normas de admissão do ambulatório para tratamento de esterilidade, as mulheres devem ter no máximo 38 anos de idade e não há idade-limite para o homem. O médico que dirige o ambulatório justifica essa norma dizendo que fica muito difícil uma mulher conseguir engravidar depois dessa idade, ao passo que para o homem a idade não influencia na fertilidade.

¹ Minha pesquisa também mostrou como a esterilidade (ou sua possibilidade) é um problema que fere a masculinidade, uma vez que sua representação encontra-se associada, entre os entrevistados, com a idéia de impotência sexual. Isto é, a esterilidade é vista como uma ameaça à virilidade. Este tema, de grande relevância no contexto da pesquisa, encontra-se desenvolvido em Costa (2002).

Pfeffer conclui que a linguagem e os termos utilizados em tratados de ginecologia e livros de medicina acerca da reprodução estão perpassados pelas atribuições tradicionais de gênero. Ao tratar dos aparelhos reprodutivos masculino e feminino, assim como do processo reprodutivo, os autores desses livros e tratados reproduzem as atribuições femininas de fragilidade, vulnerabilidade, passividade, e as masculinas de força, agilidade, invulnerabilidade. Se as conclusões da autora estão corretas, pode-se considerar que as representações dos entrevistados não estão longe daquelas encontradas nessas obras.

Mas as opiniões expressas pelos entrevistados também mostraram como uma mesma atitude – a não procura de médicos por parte dos homens – pode suscitar diferentes interpretações. Esta atitude pode ser vista como sinal de força e assertividade, ou sinal de falta de inteligência e de esperteza. A interpretação de falta de inteligência e esperteza remete às idéias a respeito do “novo homem”, que enfatizam que os homens também são prejudicados ao cumprirem com as exigências de uma masculinidade que não permite demonstrações de afeto, fraqueza, dependência, cuidado de si e dos outros etc.

Os autores que escrevem sobre o “novo homem” (Nolasco, 1995; Figueroa Perea *et al.*, 1995; Montgomery, 1994) denunciam os problemas sofridos pelos homens em consequência da expectativa social de que cumpram seu “papel tradicional”. Esse “papel tradicional” privilegiaria comportamentos marcados pela agressividade, assertividade, potência, virilidade, ação, dominação, imposição, decisão, poder, autonomia, controle emocional, racionalidade, frieza, homofobia, coragem, força. Assim, o cumprimento desse papel traria consequências negativas para os homens, como a impossibilidade de demonstrar seus sentimentos; a cobrança contínua de se mostrar sempre forte, capaz e corajoso; ter de viver quase que exclusivamente em campos competitivos; ser o responsável pelo sustento do lar; perder o contato com filhos e amigos; não cuidar de si e dos outros etc.

As duas interpretações citadas acima indicam, pela afirmação ou pela negação, que a procura por médicos por parte dos homens significa alguma demonstração de fraqueza e vulnerabilidade. Por um lado, pela afirmação de que as mulheres procuram mais os médicos porque necessitam mais, são mais frágeis, sendo os homens mais fortes e menos necessitados de tais cuidados. Por outro lado, pela negação da inteligência e da esperteza imposta pelo comportamento considerado machista.

Assim, aponta-se para a concepção de uma masculinidade normativa que se aproxima da noção de masculinidade hegemônica examinada no início deste artigo, marcada pela demonstração de força, controle e não-vulnerabilidade. Esta masculinidade normativa pode ser alvo tanto de afirmação quanto de crítica por parte dos entrevistados; pode ser vista como própria dos homens ou como levando a atitudes pouco inteligentes (como é o caso do não cuidado de si mesmo).

A postura crítica parece informada por alguns aspectos das reflexões feministas e por um novo enfoque sobre a masculinidade. Se alguns dos entrevistados reconheceram sua atitude de não procurar por médicos como fruto de um “machismo” presente na sociedade (no qual foram socializados), o entrevistado preocupado com sua saúde e que vai ao médico quando necessário alocou o “machismo” em outros homens. Assim, percebe-se que os relatos dos entrevistados contribuem no sentido de ora reforçar (considerando que os homens são mais fortes e assertivos que as mulheres), ora resistir (considerando que é a predominância de uma perspectiva cultural “machista” que leva a atitudes pouco inteligentes), ou mesmo modificar (considerando a necessidade do cuidado com a própria saúde e procurando médicos), as atribuições da masculinidade normativa.

A pesquisa mostrou como as responsabilidades reprodutivas são consideradas atribuições femininas. Para os entrevistados, são as mulheres que possuem a competência técnica socialmente reconhecida (que leva à aquisição desta

competência) nas questões relativas à saúde reprodutiva, competência esta que está atrelada à sua responsabilidade tanto por gerar filhos como por evitá-los. Por isso são consideradas as responsáveis pela iniciativa e pelos empreendimentos necessários à procura e adoção de métodos anticoncepcionais, pela utilização do método, pela procura por tratamento da esterilidade e pela realização do tratamento. São também as mulheres as responsáveis por levarem seus companheiros aos ambulatórios, consultórios e clínicas de reprodução. Neste sentido, é importante esclarecer que nenhum dos entrevistados encontrava-se no ambulatório por iniciativa própria; todos estavam ali por iniciativa da parceira, tanto nos casos de tratamento para esterilidade quanto nos de procura por planejamento familiar.

Observando a sala de espera do ambulatório, percebi que a maioria dos homens que lá se encontravam parecia não se sentir nada à vontade naquele ambiente. Muitos preferiam esperar do lado de fora do prédio. Uma paciente, cujo marido se recusou a participar da entrevista, me disse que teve de fazer muito esforço para levá-lo ao ambulatório. A assistente social do ambulatório, com quem tive oportunidade de conversar em várias ocasiões, contou que muitos homens vão ao ambulatório porque são obrigados, vão contrariados, de má vontade, porque a parceira exige. Disse também que algumas pacientes chegam a esconder do marido/companheiro o motivo pelo qual ele deve ir ao ambulatório, senão ele não iria.

Os homens vão ao ambulatório levados por suas parceiras. Conforme o depoimento das enfermeiras, nos casos de procura por informações e métodos de planejamento familiar, raríssimas foram as vezes em que homens procuraram sozinhos o ambulatório solicitando vasectomia (quatro ou seis casos lembrados). Na maioria absoluta das vezes são as mulheres que procuram o ambulatório, diretamente, pela indicação de parentes/amigas, ou encaminhadas por postos de saúde ou outros ambulatórios do Hospital das Clínicas. Os homens presentes no ambulatório nos

horários de atendimento de planejamento familiar estão ou acompanhando suas parceiras, ou cuidando das crianças enquanto a parceira está na consulta, ou esperando (junto com as parceiras) para serem entrevistados pela assistente social, nos casos de solicitação de laqueadura ou, muito raramente, vasectomia.

Já nos casos de busca por tratamento para esterilidade, as enfermeiras disseram que apesar de um número um pouco maior de homens sozinhos ter procurado o ambulatório por indicação de amigos/parentes, esses casos também foram raros. Na maioria das vezes são as mulheres que procuram o ambulatório, diretamente, por indicação de amigas/parentes, ou por encaminhamento do posto de saúde ou de médicos particulares. Muitas vezes é o casal que procura o ambulatório (tanto diretamente quanto por encaminhamento). Mas, segundo as enfermeiras, durante a entrevista com o casal é a parceira que responde às perguntas, é ela quem se manifesta. Na descrição de uma das enfermeiras, o parceiro fica “como um vaso” ao lado da companheira que responde às perguntas, como uma peça decorativa, sem participação na entrevista. Nos casos de tratamento para esterilidade os homens são obrigados a comparecer no ambulatório.

Porém, as mulheres serem consideradas responsáveis pelos cuidados referentes à saúde reprodutiva não significa que necessariamente serão elas que tomarão as decisões relativas ao número de filhos ou à escolha de métodos anticoncepcionais. Há estudos que mostram a influência do parceiro na escolha de métodos anticoncepcionais (Mundigo, 1995; Herndon, 1998; Robey, Bryant e Drennan, 1998), e outros que mostram que muitas vezes esta decisão é tomada por ele (Mahmood e Ringeim, 1997; Los Hombres, 1992). Além disso, em um âmbito mais geral, os homens predominam na arena reprodutiva como investigadores, médicos, *polycymakers*, legisladores (Berer, 1996). Portanto, as decisões políticas a respeito da reprodução estão na maior parte das vezes nas mãos de homens, que ocupam a maioria dos cargos políticos nos governos e nas instituições médicas.

Considero que não somente o ambulatório, mas ambientes médicos de uma maneira geral são vistos como femininos, como mostra a fala dos entrevistados sobre a maior procura por médicos por parte das mulheres. O que nos remete à consideração de Foucault (1979) sobre ambientes médicos serem lugares de produção do saber e de exercício do poder médicos. Segundo esse autor, todo saber tem sua gênese em relações de poder, todo saber constitui novas relações de poder e assegura o exercício de um poder. É o saber como tal que se encontra dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder.

No caso da medicina, o médico possui um saber que lhe outorga poderes sobre o paciente: poder de diagnosticá-lo, de determinar que remédios deve tomar, a que exames deve submeter-se; poder de salvar sua vida, de mandar o paciente tirar a roupa, de fazer perguntas sobre sua vida privada. Minha sugestão é a de que a resistência dos entrevistados em procurar qualquer especialista médico também pode ser interpretada como uma forma de resistência a esse poder, que os coloca em uma posição

de passividade, de “pacientes”. Ou seja, um poder que, em sua concepção, os feminiza. Assim, o ambulatório seria um território duplamente feminino: por ser um ambiente médico e por ser local de tratamento de questões consideradas relativas às responsabilidades femininas.

O fato de o ambulatório ser considerado território feminino também explica o argumento de alguns entrevistados de que as mulheres, diferentemente dos homens, têm paciência para esperar pelo atendimento. Ao considerarem o ambulatório como território feminino, os homens são vistos como tendo menos paciência que as mulheres para permanecerem ali esperando, mesmo que enfrentem filas e esperas em outros territórios.

Concluindo, o artigo buscou mostrar como as representações e atitudes a respeito do cuidado com a saúde e da procura por médicos estão recortadas por atribuições de gênero. E como tais atribuições se encontram em processo constante de afirmação, resistência ou modificação, articulando-se conforme relações e contextos.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, M.V. de. **Senhores de si**. Uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século, 1995.

BERER, M. Introduction. **Reproductive Health Matters**, n. 7, 1996.

BERTAUX, D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, vol. LXIX, 1980.

CONNELL, R.W. **Masculinities**. Berkeley: University of California Press, 1995.

COSTA, R.G. **Concepção de filhos, concepções de pai**: algumas reflexões sobre reprodução e gênero. Tese de doutorado em Ciências Sociais, IFCH, Unicamp, 2001.

_____. *Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos*. **Cadernos Pagu**, n. 16, 2002.

FIGUEROA PEREA, J.G. e LIENDRO ZIGNONI, E. La presencia del varón en la salud reproductiva. In: HARDY, E. *et al.* (eds.). **Ciências Sociais e Medicina**: atualidades e perspectivas latino-americanas. Campinas: Cemicamp, 1995.

FONSECA, C. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FUNDAÇÃO MACARTHUR. *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos*. **Informativo semestral**, n. 3, ano 2, 2000.

HERNDON, N. Men influence contraceptive use. **Network**, 18 (3), 1998.

KOFES, S. Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites. **Cadernos Pagu**, n. 3, 1994.

LEAL, O. (org.). Cultura e identidade masculina. **Cadernos de Antropologia**, n. 7, 1992.

LEAL, O. e BOFF, A.M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R. e BARBOSA, R.M. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

LOS HOMBRES y la planificación familiar. **Network**, 7 (3), 1992.

MAHMOOD, N. e RINGEIM, K. Knowledge, approval and communication about family planning as correlates of desired fertility among spouses in Pakistan. **International Family Planning Perspectives**, 23 (3), 1997.

MARTIN, E. The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. In: KELLER, E. e LONGINO, H. (eds.). **Feminism and science**. New York: Oxford University Press, 1996.

MONTGOMERY, M. **O novo pai**: a dimensão da paternidade. São Paulo: Saraiva, 1994.

MUNDIGO, A. **Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade**. Conferência Internacional sobre População. Fundação MacArthur, São Paulo, 1995.

NASCIMENTO, P.F.G. “**Ser homem ou nada**”: diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação de mestrado em Antropologia Cultural, Universidade Federal de Pernambuco, 1999.

NOLASCO, S. (org.). **A desconstrução do masculino**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

OSIS, M.J.D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, IFCH, Unicamp, 1994.

PARKER, R. e BARBOSA, R.M. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Londres: Sage Publications, 1990.

PFEFFER, N. The hidden pathology of the male reproductive system. In: HOMANS, H. (ed.). **The sexual politics of reproduction**. Hants: Gower Publ. Comp. Lmt., 1985.

ROBEY, B., BRYANT, R. e DRENNAN, N. Male participation in reproductive health. **Network**, 18 (3), 1998.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher. Tese de doutorado em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ, 2000.

SAHLINS, M. La pensée bourgeoise. In: SAHLINS, M. **Cultura e razão prática**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

STRATHERN, M. **The gender of the gift**. Problems with women and problems with society in Melanesia. Berkeley: University of California Press, 1988.

VIEIRA, E.M. **Prática médica e corpo feminino**. Dissertação de mestrado, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1990.

VILLELA, W. V. e BARBOSA, R. M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PARKER, R. e BARBOSA, R. M. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

Abstract*Health and masculinity: reflections from a gender point of view*

The article discusses how representations and attitudes regarding health care and the search for a physician are permeated by gender attributions. These attributions, because they associate masculinity with characteristics of force, assertivity and invulnerability – associated with the hegemonic masculinity – lead to less concern for health and less search for doctors by men, since this is seen as a weakness. But the study also showed that these attributions can be contested and even modified.

Key words: Gender; Masculinity; Health.

Recebido para publicação em 27/01/2003.