



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Representações Sociais dos Homens Sobre Saúde Sexual e a
Utilização de Cuidados de Saúde

Alexandra Tereso

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Orientadora:

Doutora Graça Carapineiro, Professora Catedrática

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

fevereiro, 2019

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Representações Sociais dos Homens Sobre Saúde Sexual e a
Utilização de Cuidados de Saúde**

Alexandra Tereso

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Sociologia

Júri:

Presidente:

Doutora Patrícia Ávila, Professora Associada, ISCTE-IUL

Vogais:

Doutora Ana Nunes de Almeida, Investigadora Coordenadora, ISCTE-IUL

Doutor Duarte Vilar, Professor Associado da Universidade Lusíada de Lisboa

Doutora Violeta Alarcão, Investigadora Integrada, CIES, ISCTE-IUL

Orientadora:

Doutora Graça Carapinheiro, Professora Catedrática, ISCTE-IUL

fevereiro, 2019

Ao meu pai Manuel Tereso
e ao meu filho Bernardo Tereso.

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que tornaram esta tese possível. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar agradeço à Prof^a. Doutora Graça Carapinheiro por ter acreditado neste projeto e pela orientação que me proporcionou. Mais do que uma orientadora, foi um exemplo e uma inspiração.

Em segundo lugar, agradeço aos profissionais que se mostraram disponíveis para partilharem comigo os seus percursos e as suas reflexões.

Agradeço ainda, e de uma forma muito especial aos homens que participaram neste estudo. Sem os seus votos de confiança, as confidências que me proporcionaram, e os desafios que me colocaram, este estudo não teria sido possível. Espero estar à altura das expectativas.

Agradeço ainda ao CIES-IUL o apoio que me foi proporcionado para o desenvolvimento e divulgação deste projeto.

Gostaria ainda de agradecer à minha família e aos meus amigos o apoio incondicional e o amor que me dedicam.

Resumo

A saúde sexual, engloba os comportamentos individuais, as condições sociais que os estruturam, a existência de políticas públicas eficazes, o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

A hipótese que se constituiu como o motor desta pesquisa implicou a consideração de que a gênese das representações sociais dos homens sobre saúde sexual seria analisável através das dinâmicas sociais que se operam entre a estrutura e a agência e que incluem a problematização da experiência social de saúde/doença sexual dos homens, a caracterização sociodemográfica dos envolvidos (indicadores socioprofissionais, idade, níveis de escolaridade e situação conjugal) e os processos de interação implicados no acesso e na utilização dos cuidados de saúde.

Com base no modelo analítico, a pesquisa desenvolveu-se de acordo com os pressupostos de uma abordagem qualitativa, com base na opção pelas entrevistas semiestruturadas como principal técnica de pesquisa. Essas entrevistas englobaram como participantes, protagonistas do campo da saúde sexual e homens, e em cada grupo, foram procurados os casos que pudessem contribuir para o estudo das variações e diferenciações identificadas no terreno em análise.

Os aspetos que evidenciam ser estruturais nesta problemática dizem respeito à especificidade da saúde sexual dos homens incidir fundamentalmente nas dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, à incompreensão dos profissionais relativamente às formas de acesso, e à centralidade neste campo, ser feita a partir da saúde reprodutiva feminina relegando a saúde sexual e os homens para uma posição marginal.

Palavras chave: saúde/doença sexual, masculinidades, representações sociais, interações sociais, cuidados de saúde, saberes leigos, saberes profissionais.

Abstract

Sexual health encompasses individual behaviours, the social conditions that structure them, the existence of effective public policies, access to and use of health services.

The hypothesis that constituted the motor of this research, implied the consideration that the genesis of men's social representations on sexual health could be analysed through the social dynamics operating between structure and agency and that included the problematization of the social experience of sexual health/illness, the social-demographic characteristics of the ones involved (socio-professional indicators, age, levels of schooling and marital status) and the interaction processes involved in the access and use of sexual health care.

Based on the analytical model, the research was developed according to the assumptions of a qualitative approach, taking the semi-structured interviews as the main research technique. These interviews included as participants, protagonists in the field of sexual health and men, and in each group, cases were sought that could contribute to the study of the variations and differentiations identified in the terrain under analysis.

The results of this research highlight the complexity of the relationship between structure and agency regarding men's sexual health /illness. Aspects that are shown to be structural under such a problematic are men's sexual health specificity focused mostly on the difficulty of access to health care, the health professionals' incomprehension regarding that access and the centrality in this field that happens around women's reproductive health that relegates men to a peripheral position.

Key-words: sexual health/illness, masculinities, social representations, social interactions, health care, lay knowledge, professional knowledge

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	IX
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - PROBLEMATIZAR A SAÚDE SEXUAL DOS HOMENS: UMA GRELHA CONCEPTUAL	6
1 Dos homens às masculinidades nas sociedades contemporâneas	6
1.1 A organização social em torno de um conceito genderizado	15
1.2 As (re)construções quotidianas das masculinidades e a pluralidade das experiências de saúde/doença	20
1.3 Scripts sexuais e representações da sexualidade dos homens	23
1.4 Corporeidades das masculinidades	26
1.5 Sexualidade dos homens: definições, transformações e subjetividades	30
1.6 Da saúde sexual masculina à medicalização da sexualidade e bem-estar.	35
1.7 O género como estruturador das proximidades e das distâncias aos cuidados de saúde sexual	40
1.8 Do corpo procriativo ao corpo prazer: erotização e risco nos quotidianos masculinos	47
2 De corpo a corpo: saberes e intersubjetividades em contexto	57
2.1 Perceções coletivas e individuais da saúde sexual masculina	57
2.2 Representações sociais da saúde/doença sexual	59
2.3 Os lugares da sexualidade e do erotismo nas interações entre leigos e peritos	63
CAPÍTULO II - NARRATIVAS SOBRE SAÚDE/ DOENÇA SEXUAL DOS HOMENS	69
1 Inquirir sobre saúde/doença sexual masculina: reflexão metodológica	69
1.1 A opção pela metodologia qualitativa: dos pressupostos às circunstâncias de aplicabilidade	70

1.2 Perspetivas e percursos de indagação em torno da saúde sexual dos homens	75
1.2.1 Estruturar amostras e selecionar participantes: dos informantes privilegiados à heterogeneidade dos casos	79
1.2.2 A aproximação à intimidade masculina: desafios e dilemas	95
1.2.3 Da liberdade de investigação ao dever de proteção dos sujeitos investigados: considerações éticas	101
1.3 O estatuto do texto: um horizonte empírico sobre as experiências de saúde sexual masculina	103

CAPÍTULO III - ESTRUTURA E AGÊNCIA NA SAÚDE SEXUAL: OS ESPAÇOS, OS TEMPOS, E AS

PERFORMATIVIDADES 107

1 O acesso aos cuidados de saúde sexual: cenários e coreografias no masculino	108
1.1 Protagonistas e trajetórias terapêuticas da saúde sexual dos homens	120
1.2 (Des)aproximações entre os homens e os serviços de saúde: a influência do género dos profissionais	130
2 Narrativas do corpo sexuado	147
2.1 Biografias de iniciação sexual: percursos em torno da vulnerabilidade	147
2.2 Perceções e preocupações masculinas em contextos arriscados	166
3 Contornos e significados atribuídos à procura de cuidados	179
3.1 Esboçando a relação entre saberes profissionais e leigos nas interações dos homens com os profissionais de saúde	179
3.2 Desenhando o mapa das representações masculinas sobre saúde/doença sexual	198
3.2.1 Narrativas dos peritos acerca das representações leigas	200
3.2.2 Representações leigas: da saúde em geral à saúde/doença sexual	207
3.3 Interpretando as práticas dos homens no acesso e na utilização dos cuidados: da saúde em geral, à saúde sexual	221
3.3.1 Tipologias masculinas no consumo de cuidados de saúde	222
3.3.2 O acesso e a utilização dos cuidados de saúde sexual: das perspetivas dos profissionais às narrativas dos homens	224
3.3.3 Espaços e agentes privilegiados para procurar ajuda em caso de problemas de saúde/doença sexual: se tivesse um problema sexual, onde e a quem recorria?	229
3.3.4 Espaços e agentes privilegiados para a obtenção de informação sobre saúde/doença sexual	249
3.3.5 Experiências de “doença sexual” e as trajetórias terapêuticas	257

3.3.6 Mitos e crenças no masculino que interferem no acesso e na utilização dos cuidados	264
--	-----

CAPÍTULO IV - NOTAS CONCLUSIVAS	271
--	------------

BIBLIOGRAFIA	286
---------------------	------------

FONTES	310
---------------	------------

ANEXOS	311
---------------	------------

I – Guião das Entrevistas a atores com posicionamento central no campo de análise	312
--	------------

II - Guião das Entrevistas aos homens que satisfizessem os critérios de seleção	314
--	------------

Índice de Quadros

Quadro II-1 Enfermeiros participantes: instituições e áreas de intervenção	85
Quadro II-2 Médicos participantes: instituições e áreas de intervenção	86
Quadro II-3 Psicólogos e outros participantes: instituições e áreas de intervenção	87
Quadro II-4 Caracterização dos homens participantes do grupo etário 27- 40 anos	94
Quadro II-5 Caracterização dos homens participantes do grupo etário 47- 60 anos	95

Índice de Figuras

Figura II-1 Esquema Analítico	77
-------------------------------	----

Glossário de siglas

- APF - Associação para o Planeamento da Família
- AWHN - Australian Women's Health Network
- CE - Comissão Europeia
- CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- DGS – Direção Geral da Saúde
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development
- ONSA - Observatório Nacional de Saúde
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SPSC - Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- UN – United Nations
- UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS
- UNFPA - United Nations Population Fund
- VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
- WHAV - Women's Health Association of Victoria
- WHO – World Health Organization

Introdução

Num percurso que foi permeado por algumas interrupções, o distanciamento circunstancial viabilizou a reflexão e o desenvolvimento de várias pesquisas paralelas no âmbito da saúde sexual dos homens. Neste processo, os contributos adquiridos foram fundamentais para a definição do problema de partida subjacente à elaboração da tese que se apresenta.

Da definição do objeto de pesquisa, emergiram três dimensões de análise que se constituíram como os alicerces do trabalho desenvolvido: a saúde dos homens, a sexualidade e a utilização dos serviços de saúde.

Nas últimas décadas do século XX, a saúde dos homens adquiriu visibilidade como objeto de estudo porque, entre outros aspetos, revelou que os problemas de saúde e os perfis de morbilidade e mortalidade contrastavam com o poder económico e social que os homens detinham (Courtenay & Keeling, 2000). De facto, na saúde, os debates sobre desigualdades de género, caracterizavam-se por ter como epicentro a saúde das mulheres. No entanto, o desenvolvimento técnico-científico no diagnóstico e no tratamento de algumas patologias específicas dos homens, veio desocultar a área da saúde dos homens e a invisibilidade a que estava sujeita.

Com base na evidência científica obtida a partir das experiências e das perspetivas masculinas sobre saúde/doença, a complexidade da influência do género sobre a saúde começou a ser explorada e a mobilizar contributos teóricos em torno das masculinidades, problematizadas a partir da perspetiva da masculinidade hegemónica. Este “novo” campo de análise teve uma pertinência empírica particular para documentar as desvantagens na saúde "escondidas" nas políticas e nas práticas de saúde dirigidas aos homens, bem como para rever a forma como as iniquidades são enquadradas e analisadas em relação ao género (Cameron & Bernardes, 1998).

De acordo com Courtenay (2000), o estudo dos comportamentos de saúde pode proporcionar um contributo importante para explicar as diferenças de género na saúde a na longevidade. O autor considera ainda que muitos cientistas defendem que os comportamentos de saúde estão entre os fatores principais que influenciam a saúde e que as consequências dos comportamentos na saúde/doença devem ser consideradas. Laveist

(1993) e Doyal (1995) afirmam que, de uma forma global para homens e para mulheres, há uma variedade de fatores que podem ter impacto na saúde e na longevidade, entre os quais se incluem o estatuto económico, a etnicidade e o acesso aos cuidados de saúde. Neste âmbito Carapinheiro (1986), defende que “Sempre que queremos reunir elementos que nos permitam refletir sobre a problemática da saúde e da doença, depara-se-nos a dificuldade de contornarmos o peso das componentes de ordem individual e subjetiva que conformam necessariamente o entendimento destes fenómenos.” (p.9). Assim, em virtude da pluralidade de dimensões de análise que o fenómeno em estudo implica e das suas componentes de ordem subjetiva, teve-se como intenção a construção de um enquadramento e de uma problematização que articulasse, contributos da psicologia social, da sociologia do corpo, da sociologia da saúde e da sociologia das classes sociais.

O desenvolvimento do interesse académico e clínico pela sexualidade humana, que adquiriu visibilidade nas últimas décadas, foi impulsionado pelo «movimento da medicalização da sexualidade» (Aboim, 2013) e da «farmacologização» da saúde (Williams, Martin & Gabe, 2011). A evolução da medicalização que implicou a ampliação do poder médico e o desenvolvimento da indústria biotecnológica, farmacêutica e da burocratização do complexo médico-industrial (Clarke, Shim, Mamo, Fosket & Fishman, 2003) fez emergir a pertinência de analisar os processos pelos quais se afirma, dissemina e penetra em todas as áreas do quotidiano dos indivíduos. Sob a égide do modelo biomédico, destaca-se o impacto da medicina na saúde das populações e a predominância moral da medicina sobre o constrangimento social (a medicalização do desvio) e sobre os fenómenos de concentração de poder nas sociedades (a medicina como instituição social) (Carapinheiro, 2011).

A medicalização da sexualidade masculina, remete para o tratamento das “dificuldades. As disfunções sexuais masculinas e as abordagens terapêuticas implicadas que se desenvolveram a partir dos anos 80 ilustram o processo de medicalização da sexualidade masculina, que não se reduziu ao campo da medicina e englobou diferentes agentes e instituições (cientistas, industriais, políticos, empresários) (Conrad, 2007). As descobertas científicas, desenvolvidas segundo o seu potencial industrial e aplicadas às pesquisas clínicas, permitiram a criação de fármacos que necessitam de legitimação por parte dos atores da saúde pública e dos políticos (Giami, 2009).

Subjacente à ideia do corpo como o lugar de descodificação dos sinais e sintomas de doença, onde as práticas da enfermagem e da medicina sexual acontecem, emergem

quotidianos atravessados por processos de interação e de mediação das dimensões corporais (Doyal & Gough, 1991). É nesta teia que vai sendo tecida com o contributo das normas e regras sociais, que governam as distâncias entre os corpos e que contribuem para delimitar universos culturais e simbólicos distintos, que se abriga a construção social da sexualidade dos profissionais e a dos homens. Neste âmbito realça-se a complexidade da abordagem de uma área que requer sensibilidade, pela natureza delicada que toca a intimidade de cada indivíduo, e pelas formas como se pode encontrar camuflada no domínio público (Tereso, 2015).

A preservação da saúde sexual, enquanto direito e dever, engloba os comportamentos individuais, as condições sociais que os estruturam, o acesso aos serviços de saúde e a existência de políticas públicas eficazes. Neste âmbito, realça-se a importância da análise dos contextos políticos, institucionais e relacionais que configuram as experiências de saúde/doença sexual dos homens, e que se podem repercutir na sua própria vulnerabilidade à doença sexual (Paiva & Amâncio, 2004).

A saúde sexual dos homens constitui um objeto de estudo relevante pelo acesso que permite a uma realidade com contornos que se imiscuem nas identidades masculinas e nas representações sociais. Neste âmbito, as representações assumem especial relevância pois interferem na perceção que o indivíduo tem dele próprio e dos outros, e refletem-se no seu comportamento e nas suas relações com os grupos.

Nesta lógica de abordagem foi proposta uma análise dos universos simbólicos relevantes nas práticas dos profissionais de saúde, que se consubstanciam em mapas de significação e de idealização normativa, que orientam e configuram os contextos de interação nos quais decorrem as experiências masculinas, de saúde e de doença sexual (Tereso, 2011). Através da análise efetuada, procurou-se também captar a diversidade de perspetivas dos vários atores envolvidos nos percursos terapêuticos dos homens no âmbito da saúde sexual.

Nesse mapeamento, os contributos das ciências sociais foram fundamentais, na medida em que para além de permitirem aceder aos contextos estruturais, institucionais e relacionais que configuram os quotidianos em que decorrem as experiências individuais e coletivas de saúde e doença sexual, também possibilitaram a caracterização das práticas de utilização dos cuidados de saúde sexual pelos homens (Almeida, 2004).

Subjacente ao estudo que se apresenta, procurou-se desenvolver uma abordagem analítica da ação da estrutura sobre a agência, numa perspetiva sincrónica, partindo de

uma hipótese central, que incluiu a problematização da experiência social dos indivíduos. A hipótese que se constituiu como o motor desta pesquisa implicou a consideração de que a gênese das representações sociais dos homens sobre saúde sexual seria analisável através das dinâmicas sociais que se operam entre a estrutura e a agência e que incluem a problematização da experiência social de saúde/doença sexual dos homens, a caracterização sociodemográficas dos envolvidos (indicadores socioprofissionais, idade, níveis de escolaridade e situação conjugal), os processos de interação implicados no acesso e na utilização dos cuidados de saúde.

Assim, o estudo que se apresenta propôs a realização de um percurso teórico e metodológico, adotando como ponto de partida o conceito de “saúde sexual”, na sua dimensão masculina, e como eixos privilegiados para o seu desenvolvimento: o das representações sociais e o das práticas de utilização de cuidados de saúde sexual pelos homens.

Na organização de cada capítulo contido nesta dissertação, esteve subjacente um princípio orientador que englobou dois eixos, o da estrutura e o da agência. Não obstante o facto de não estarem explicitados no índice atravessam toda a lógica deste trabalho.

Optou-se por uma apresentação organizada em 4 capítulos. O capítulo I abrange a problematização da saúde sexual dos homens e convoca a articulação entre a estrutura e a agência para a construção de uma grelha concetual norteadora da pesquisa. No capítulo II faz-se uma reflexão metodológica sobre as especificidades de um percurso efetuado em torno de um fenómeno sensível e íntimo, situado na esfera individual, o que implicou uma constante reformulação das estratégias metodológicas utilizadas.

O capítulo III ocupou-se da interpretação dos dados empíricos recolhidos com recurso a uma estratégia metodológica de natureza qualitativa, através da qual se procurou mapear as configurações legais, políticas e institucionais dos cuidados de saúde/doença sexual dos homens, descrever as narrativas do corpo sexuado, retratar os utilizadores masculinos dos cuidados de saúde/doença sexual, caracterizar as interações entre os saberes profissionais e os leigos, desenhar o mapa das representações sociais masculinas e interpretar as práticas masculinas no acesso e na utilização dos cuidados de saúde/doença sexual.

No capítulo IV são apresentadas as notas conclusivas, através das quais se procurou desvendar linhas de força analítica entre as dimensões contempladas na análise

do material empírico e clarificar pistas para investigações futuras que possam contribuir para uma melhor saúde sexual dos homens.

Capítulo I - PROBLEMATIZAR A SAÚDE SEXUAL DOS HOMENS: UMA GRELHA CONCEPTUAL

Este capítulo debruça-se sobre a saúde sexual dos homens, considerando-a como um fenómeno com contornos que atravessam as identidades masculinas, as representações sociais sobre saúde/doença sexual e as interações entre os homens e os profissionais de saúde.

1 Dos homens às masculinidades nas sociedades contemporâneas

A masculinidade pode assumir uma multiplicidade de formas (in)visíveis e complexas que interferem na saúde sexual dos homens e no acesso destes aos cuidados de saúde. Apesar deste trabalho não ter como objetivo uma análise exaustiva do conceito de masculinidade nem da sua evolução histórica, importa apresentar as ambiguidades que caracterizam a sua definição e os principais aspetos que distinguem a sua fluidez e a sua mutação (Reeser, 2010).

As análises mais recentes sobre a hierarquia social e as pesquisas realizadas em torno do género em vários campos académicos têm sido notoriamente influenciadas pelo conceito de masculinidade hegemónica formulado há três décadas (Connell & Messerschmidt, 2005). Este conceito, que encontrou expressão em campos que vão desde a educação, ao trabalho, à saúde, proporcionou um vínculo interessante entre o crescente campo de pesquisa sobre os homens, as abordagens feministas sobre o patriarcado e os modelos sociológicos de género (Connell & Messerschmidt, 2005).

De acordo com estes autores, o conceito de masculinidade hegemónica foi proposto nos anos 80, na Austrália tendo como ponto de partida três contributos específicos. O primeiro disse respeito a um estudo de campo sobre desigualdade social em escolas secundárias australianas e o segundo e terceiro disseram respeito a debates sobre a produção de masculinidades e a experiência dos corpos dos homens e, sobre o papel dos homens na política trabalhista australianas. O que emergiu destes contributos foi um paralelismo em termos de género, da pesquisa da estrutura de poder na sociologia política, incidindo sobre um grupo dominante. A masculinidade hegemónica foi

entendida como o padrão de práticas que possibilitava a sucessão do domínio dos homens sobre as mulheres e, que se distinguia de outras masculinidades, especialmente das masculinidades subordinadas. Realça-se ainda que, a masculinidade hegemónica apesar da sua normatividade não se caracterizava por uma expressão numérica (dizia respeito a uma minoria). No entanto, ela incorporava a forma mais honrada de ser homem, exigia que todos os outros homens se posicionassem e ideologicamente legitimava a subordinação das mulheres aos homens [Sabo & Gordon (1995); Connell & Messerschmidt (2005)].

Homens que recebiam os benefícios do patriarcado sem promulgar uma versão forte do domínio masculino poderiam ser considerados como mostrando uma masculinidade cúmplice. Foi em relação a esse grupo, e à conformidade entre as mulheres heterossexuais, que o conceito de hegemonia era mais poderoso. A hegemonia não significava violência, embora pudesse ser apoiada pela força; significava ascendência alcançada através da cultura, instituições e persuasão. (Connell & Messerschmidt, 2005, p.832).

Segundo Reeser (2010), quotidianamente a masculinidade pode encontrar-se dissimulada e adotar formas menos óbvias e identificáveis, o que dificulta a sua abordagem como objeto de análise. O autor considera ainda que, tal como nas questões de poder, que são centrais ao estudo do género, o estudo da masculinidade não deve assumir que todos os homens são dotados de poder e hegemonia em qualquer circunstância. Neste sentido, um dos argumentos que utiliza para não considerar a masculinidade como monolítica e unidirecional, é a constatação de que a mesma pode ser opressiva para os que a exercem. O autor mobiliza os contributos de Bourdieu (1999), ao afirmar que os homens também são “dominados pela sua dominação” e que a masculinidade pode imputar problemas aos que a detêm.

Bourdieu (1999) defende que a dominação masculina, se reporta a formas de pensamento que são, elas próprias, produtos da dominação. A força da ordem masculina é notória ao dispensar justificação o que enfatiza a relevância da análise dos processos de naturalização da história e da cultura. O autor afirma ainda que:

Este modo de relação social que de tão comum se diria fora do comum proporciona assim uma ocasião privilegiada de apreensão da lógica da dominação exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido pelo

dominante como pelo dominado, uma língua (ou uma pronuncia), um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, de falar ou de agir) e, mais geralmente, uma propriedade distintiva, emblema ou estigma, (...). (Bourdieu, 1999, pp.1-2)

A reflexão sobre os aspetos supostamente naturais da masculinidade implica identificar as assunções culturais que estão em jogo apenas por invocarem o aparentemente natural. Para Reeser (2010) a cultura e a representação cruzam-se e influenciam o que é tido como “natural”.

Connell (2005) considera que a emergência da masculinidade e as mutações que foi sofrendo implicaram a existência de uma estrutura de relações de género que as tem englobado e na qual tem ocorrido a sua continua (re)construção. A produção da masculinidade e a formação da ordem moderna de género tiveram início no século XVI, em simultâneo com o desenvolvimento da economia capitalista moderna. Desde então, vários acontecimentos, entre os quais a mudança cultural na Europa, que produziu novos entendimentos da pessoa e da sua sexualidade, foram particularmente relevantes para a emergência das configurações da prática social que agora se designa por masculinidade. Relativamente à emergência de uma ordem de género, o autor destaca o século XVIII como um marco histórico, no qual o sentido moderno da masculinidade foi produzido e reconhecido pelo carácter individualizado do género, definido por oposição ao da feminilidade e institucionalizado como tal na economia e no estado.

Ainda segundo o mesmo autor, apesar do conceito atual de masculinidade pressupor uma crença nas diferenças individuais e na agência (que se edificou no conceito de individualidade desenvolvido no início da europa moderna) também se consubstancia por contraste com a feminilidade, ao ser inerentemente relacional. Na mesma linha, defende que uma cultura que não reconheça os homens e as mulheres como portadores de tipos de carácter polarizados, dificilmente integrará um conceito de masculinidade (Connell, 2005).

Apesar de Connell (2005) deixar transparecer uma definição da masculinidade pela negação da feminilidade, Morgan (1992) defende numa multiplicidade de características que os homens empíricos têm (em que o “macho” surge como sinónimo de masculino), que é sustentada por uma relação teórica entre masculinidade e poder (em que a masculinidade protagoniza um poder patriarcal). Nessa masculinidade, Morgan (1992) realça a ambiguidade da relação entre uma infinidade de comportamentos sociais dos homens e a posse de “órgãos sexuais” e considera que a ligação não se concretiza a

nível individual, nem como um aspeto da identidade dos indivíduos, mas a nível social como um aspeto da ideologia produzida pela divisão sexual do trabalho.

Hearn (1996) por seu lado, realça que o conceito de masculinidade era utilizado de forma imprecisa, abarcando uma grande variedade de significados e descrevendo fenómenos sociais muito heterogéneos. Quase uma década depois, MacInnes (2002) critica esta perspetiva realçando uma indefinição da masculinidade (entre a identidade e a ideologia) e a utilização do termo para fundamentar a relação de causalidade com outros fenómenos sociais tais como a identificação do que é expetável de um homem por oposição a uma mulher.

Neste âmbito destaca-se a pluralidade da masculinidade defendida por Connell (2005) que, segundo o autor, desafia as perspetivas centradas numa singularidade edificada numa teoria feminista ultrapassada (na qual todos os homens eram vistos como opressores das mulheres).

Acerca da noção de género, realça-se o contributo de MacInnes (2002), ao considerar que os conceitos de masculinidade e de feminilidade não podem ser utilizados para descrever propriedades dos indivíduos. O autor refere que:

a “masculinidade é um conceito tão óbvio que tem, portanto, de ter uma existência social real (de tal modo que as pessoas produzem facilmente listas do que faz parte dela e essas listas são notavelmente consistentes), e, no entanto, não tem uma definição empírica precisa, para que as pessoas possam rejeitar estas mesmas listas como descrições úteis ou exatas de homens empiricamente existentes. Como é que a masculinidade é ao mesmo tempo tão familiar e, no entanto, tão obscura? Tudo isso levanta a questão do que é a masculinidade?” (MacInnes, 2002, p. 41).

Não obstante, Carrigan, Connell e Lee (2002) consideram que da análise da literatura sobre masculinidade é possível destacar três vertentes: a das implicações políticas, a das descobertas empíricas e a do enquadramento teórico. Defendem ainda que, para os homens, as políticas desenvolvidas no decurso da história da emancipação das mulheres, tiveram implicações radicais. Nos anos 70, em simultâneo com o desenvolvimento do feminismo, emergiu um movimento discreto de “libertação dos homens” entre os homens heterossexuais e tornou-se visível o desenvolvimento de políticas de libertação gay que reclamaram a atenção para a necessidade de compreensão do que era convencionalmente considerado como um homem. Na mesma década, foram

ainda publicadas várias análises e críticas sobre a masculinidade, desenvolvidas com base na pesquisa académica sobre papéis sexuais, que se estendeu ao “papel do homem” e que se deixou de restringir à mulher e à família.

Politicamente, o conteúdo das publicações sobre masculinidade tem-se centrado nas questões do poder e tem mobilizado os contributos feministas que reiteram a ideia de que as relações entre homens e mulheres é envolvida pela opressão e pela dominação (Carrigan, Connell & Lee, 2002). Abordando os aspetos da politização da masculinidade, Connell (2005) considera que globalmente as políticas públicas são políticas de homens. Refere que, (apesar das reivindicações das mulheres) o facto de os recursos sociais serem controlados por homens (através dos processos de poder entre géneros), tem impacto em aspetos fulcrais das sociedades que se encontram sob a influência desse poder, tal como a desigualdade. O mesmo autor considera ainda que a masculinidade não se esgota num único padrão, advogando que as políticas da masculinidade assumem uma infinidade de formas. Segundo Carrigan, Connell e Lee (2002), o ponto de partida para a compreensão da masculinidade não é meramente biológico ou subjetivo, mas inclui o envolvimento dos homens nas relações sociais que constituem a ordem de género e engloba a diferenciação de masculinidades (que também é institucional, um aspeto da prática coletiva) com base nas relações de poder (incluindo a divisão crucial entre a masculinidade hegemónica e as várias masculinidades subordinadas) e nos aspetos psicológicos (que ocorrem no tipo de pessoas que os homens são e em que se tornam).

Neste âmbito Connell (2005) defende que os homens não são todos iguais, que os grupos de homens não partilham os mesmos pilares na ordem de género e que num dado momento histórico existem sempre masculinidades em competição algumas hegemónicas, outras marginalizadas e outras estigmatizadas.

Carrigan, Connell e Lee (2002), consideram que uma teoria da masculinidade pressupõe reconhecer os riscos inerentes ao feminismo enquanto base de acesso à informação sobre os homens, e ter em consideração algumas das explicações sobre a masculinidade que abordam a questão do poder social e a sua análise. Para uma corrente preponderante do feminismo (centrada em ideias de masculinidade associadas a exploração sexual e a violência), a masculinidade inclui uma perfídia partilhada por todos os homens, o que remete para um âmbito moral e político de culpabilização.

Neste contexto vale a pena aludir ao conceito de masculinismo que segundo Whitehead (2008) diz respeito ao ponto de confluência em que as formas dominantes da

masculinidade e da heterossexualidade encontram as dinâmicas ideológicas e que no processo se tornam reificadas e legitimadas como privilégios inquestionáveis das diferenças de gênero e da sua realidade. O masculinismo como ideologia pode ser visto como estando impregnado quer na esfera pública, quer na esfera privada, ligado com, por exemplo, formas dominantes da cultura organizacional, militarismo, representação de gênero e a divisão sexual do trabalho. Neste contexto realça-se o contributo de Brittan (1989) que enfatiza a multiplicidade da masculinidade, reconhecendo a infinidade de formas para os homens expressarem a sua virilidade, através de diferentes tempos, espaços e contextos, defendendo, mas admitindo também, que as práticas dos homens contribuem para a constituição da sua dominação em muitos campos. O autor reconhece ainda que a classe, as estruturas políticas e económicas são moldadas de forma a providenciarem uma vantagem material para os homens heterossexuais, mas defende que esta estrutura hierárquica heterossexual das relações de gênero não é permanente, nem inevitável.

Na perspetiva de Whitehead (2008), no que pode ser designado como o mundo quotidiano, os comportamentos violentos, disfuncionais e opressivos são frequentemente desculpados ou explicados como sendo comportamentos “naturais” dos homens e o senso comum assume-os como predeterminados e como uma inevitabilidade da realidade social de ser homem. Neste cenário, realça-se que um dos objetivos do feminismo tem sido o de criticar e destabilizar essas noções, desafiando as práticas e as crenças que contribuem para sustentar o poder dos homens. Neste contexto destacam-se os ativistas gay, como o primeiro grupo contemporâneo de homens a abordar a masculinidade hegemónica fora do contexto clínico e a apoiar a luta das feministas no âmbito das políticas sexuais (Carrigan, Connell & Lee, 2002).

Carrigan, Connell e Lee (2002) admitem que a capacidade para impor uma definição particular de masculinidade faz parte do que consideram como “hegemónico”. Consideram que a masculinidade hegemónica implica um aprofundamento analítico sobre as posições de poder e de riqueza detida por grupos particulares de homens e sobre as formas de legitimação e de reprodução das relações sociais que geram essa dominação.

Neste âmbito, Connell (2005) refere que a cultura de massas remete para uma masculinidade persistente e verdadeira na dinâmica quotidiana e veicula conceitos como “homens de verdade”, “homem natural” e “masculinidade profunda”. Inerente a estes conceitos, emergiu uma masculinidade que tem o corpo como referência (ou sendo

considerada como inerente ao corpo de um homem ou como a expressão do corpo de um homem – quer o corpo seja visto como impulsionador da ação - como no caso das violações ou da agressividade física, ou como limitador da ação - como a incapacidade para cuidar de crianças). De acordo com o autor, este tipo de crenças são uma parte estratégica da ideologia moderna de gênero e a primeira tarefa de uma análise social deve ser a de compreender a relação dos corpos dos homens com a masculinidade. Neste âmbito, destacam-se três posições substancialmente diferentes (Connell, 2005). A primeira traduz a ideologia dominante para a linguagem da biologia, na qual o corpo é considerado como uma máquina natural que produz diferenças de gênero (através de uma programação genética, de diferenças hormonais ou de diferentes papéis reprodutivos). A segunda, que deriva das humanidades e das ciências sociais, pressupõe a adição de um script social à dicotomia biológica, considerando o corpo como uma superfície mais ou menos neutra, na qual o simbolismo social é imprimido. A terceira posição propõe um compromisso, no qual tanto a biologia, como a influência social, se combinam para produzir diferenças de gênero no comportamento.

O mesmo autor, considera também que a masculinidade pode ser definida sob perspectivas diferentes, destacando:

- as essencialistas, que elegem um traço definidor da masculinidade ao qual atribuem uma causalidade nas vidas dos homens (exemplos: força física, agressividade, exposição a riscos);
- as positivistas, que incidem num ethos que realça a identificação de factos e produz uma definição simples de masculinidade como sendo “o que os homens são na realidade”;
- as normativas, que reconhecem as diferenças de gênero e oferecem um padrão: a masculinidade é o que os homens devem ser;
- a teoria estrita sobre o papel sexual, que considera a masculinidade como uma norma social para os comportamentos sexuais dos homens;
- as da semiótica, que abandonam o nível da personalidade e definem a masculinidade através de um sistema de diferenças simbólicas no qual os lugares do masculino e do feminino estão em contraste e em que a masculinidade aparece definida como o não feminino.

Não obstante a multiplicidade de perspectivas, Connell (2005) não reconhece nenhuma como adequada e das críticas que divulga destaca-se: a arbitrariedade implícita

nas essencialistas e na escolha da essência no traço definidor e a dificuldade de, nas normativas, se designarem os homens fora da norma. Na análise do conceito de masculinidade, que surgiu na segunda metade do século XVIII e que teve origem na palavra *masculinus* (Whitehead, 2008), emerge o desafio perante a sua complexidade e a sua mutabilidade (que podem ser analisadas através das práticas, do imaginário e dos símbolos que o representam).

Uma análise exaustiva dos conteúdos que englobam a masculinidade implica estudar os lugares genderizados na produção e no consumo de bens, em instituições, em lutas sociais e militares, generalizando o princípio da conexão. Segundo Connell (2005), a ideia de que a compreensão de um símbolo implica a sua inserção num sistema de símbolos, sugere a existência atual da masculinidade como estando situada num sistema de relações de género. Considerar a masculinidade como um conceito abrangente implica que a sua definição não se restrinja a um objeto (um tipo de carácter natural, uma média comportamental, uma norma) mas que incida sobre os processos e sobre as relações através dos quais os homens e as mulheres conduzem as suas vidas.

A masculinidade definida sucintamente é, simultaneamente, um lugar nas relações de género, um conjunto de práticas através das quais homens e mulheres ocupam esse lugar e a combinação dos efeitos dessas práticas nas experiências corporais, na personalidade e na cultura.

Alguns autores têm gradualmente reconhecido a definição da masculinidade como a internalização do papel sexual masculino e a sua potencialidade para a mudança. Consideram que as normas que os papéis prescrevem podem ser mudadas pelos processos sociais, o que se pode constatar quando as instâncias de socialização – a família, a escola e os *media* entre outros – transmitem novas expectativas de desempenho desses papéis. Neste âmbito realçam-se os funcionalistas, que na década de 50 assumiam a concordância entre as instituições sociais, as normas associadas aos papéis sociais e os indivíduos. Nos anos 70 esta complacência com os papéis institucionalizados foi desafiada pelo argumento feminista de que a internalização do papel de género constituía uma forma de submissão das mulheres, o que contribuiu para impulsionar a investigação sobre as possibilidades da sua transformação.

No contexto deste debate, Connell (2005) considera que as convenções públicas sobre a masculinidade emergem com particular relevância. No entanto, em vez de as considerar como normas preexistentes, passivamente internalizadas e prescritas, explora

a sua construção e a sua reconstrução na própria prática social, ou seja, remete para as políticas das normas, quer quanto aos interesses que são mobilizados e as técnicas usadas para os (re)construir, quer quanto às forças que contrabalançam ou limitam a produção de um tipo particular de masculinidade.

No escrutínio das definições de masculinidade, emerge ainda a proposta de Reeser (2010), que a considera como uma ideologia, como um conjunto de crenças partilhadas por um grupo de indivíduos, que influencia os seus quotidianos. Defende que da mesma forma que a masculinidade é frequentemente percebida como uma subjetividade ligada ao poder, o conceito de ideologia também é considerado como estando associado a indivíduos ou grupos hegemónicos e que a ideologia vigente num determinado contexto é referida como a “ideologia dominante”. Ainda que não seja fácil situar a origem de uma ideologia, as ideologias são vulgarmente assumidas como sendo criadas e divulgadas através de uma multiplicidade de formas e dispositivos sociais, que incluem imagens, mitos, discursos e práticas. Neste contexto, e em virtude da sua reprodução cultural, estas formas e dispositivos produzem-se e reproduzem-se de uma forma aparentemente natural e inquestionável, mas com impacto no processo de construção da masculinidade como uma ideologia (Reeser, 2010).

Este mesmo autor enfatiza que nas ideologias em geral, tal como nas da masculinidade em particular, estamos perante entidades históricas, não sendo lícito considerar um grupo (ou uma classe por si só), como responsável pela sua construção, não obstante alguns grupos terem maior impacto na sua criação e difusão. Apesar de considerar a impossibilidade de isolar instituições às quais pudesse ser imputada a origem da masculinidade, menciona uma multiplicidade de instituições que evidenciam um interesse notório e específico na masculinidade, promovendo versões particulares e ideias acerca da masculinidade, que podem funcionar conjuntamente na sua construção. Neste âmbito, considera que a masculinidade *per si* também pode ser vista como um contributo para criar instituições e que o processo de construção da masculinidade pode ser considerado como um movimento contínuo de vai-e-vem entre masculinidade e instituições, o que nos permite identificar as dinâmicas históricas associadas a estes movimentos entre causa instituinte e efeito instituído.

Seidler (1994) afirma que a identificação das formas como as identidades masculinas foram formatadas pela história, pelas culturas e pelas diferentes tradições levou algum tempo a ser reconhecida. A distinção entre cultura e natureza que iria

ameaçar o “natural” como adquirido e como tal o histórico e a cultura considerados como “socialmente e historicamente construídos” continuam cruciais para uma tradição estruturalista. Neste contexto o autor destaca uma visão ocidental dominante de modernidade que identifica uma masculinidade branca, heterossexual com a noção da razão, radicalmente separada da natureza.

Do que foi exposto ao longo deste capítulo, evidencia-se a dificuldade em objetivar o conceito de masculinidade, em virtude das ambiguidades que integra. Partindo da ideia de uma masculinidade hegemónica baseada na dominação e no poder inquestionável e naturalizado [que Bourdieu (1999) designa por *dóxa*] do “patriarca”, procurou-se mobilizar os contributos teóricos mais relevantes para uma análise da sua (re)construção que engloba o necessário distanciamento de uma masculinidade única e estanque.¹

1.1 A organização social em torno de um conceito genderizado

“A divisão entre os sexos parece estar ‘na ordem das coisas’(...)” (Bourdieu, 1999, p.8). Emergindo como socialmente normal e natural, incorpora-se nos corpos, nos *habitus* dos agentes e constitui-se como um sistema de esquemas de perceção, de pensamento e de ação.

Alguns autores, entre os quais Shilton (1999), consideram que tanto o papel do homem como o da mulher são desempenhados segundo um guião culturalmente prescrito, que impõe o cumprimento dos requisitos da ação, considerada como apropriada a uma configuração polarizada. Nesta lógica, na representação do papel masculino é expectável um comportamento situado no paradigma cultural dominante, independentemente da concordância ou da discordância do ator social. Nas sociedades ocidentais, o género tem-se evidenciado como um poderoso demarcador de esferas, espaços e práticas, com base

¹ No debate teórico sobre masculinidade(s) a teoria das masculinidades inclusivas (Anderson, 2009) tem ganho visibilidade. Neste contexto, evidencia-se a complexidade do conceito de masculinidade(s) que suscita um debate em aberto e evidenciou a necessidade de definir fronteiras neste estudo que facilitassem uma abordagem intensiva do objeto de estudo. Estas fronteiras que de alguma forma delimitam a discussão do conceito de masculinidade explicitam o terreno de investigação onde se situam as opções que foram tomadas e que não abarca a análise de todas as masculinidades possíveis cuja constituição histórica, social e científica já as coloca nas agendas mais recentes.

na aparência sexuada dos indivíduos. As teorias sociológicas sobre os denominados papéis sexuais remontam a Parsons (1967) e abordam os fatores que influenciam o comportamento humano, considerando que os indivíduos ocupam posições na sociedade e que o desempenho dos seus papéis nessas posições ou categorias é determinado por normas e regras sociais. Os padrões performativos encriptados (*scripted*) e que estão associados predominantemente a um dos gêneros, têm conduzido à formulação de estereótipos rígidos, que representam uma polaridade entre os interesses dos homens e das mulheres. Lewin (citado em Shilton 1999), refere-se a esta polaridade como a “doutrina das duas esferas”, destacando o contexto e a influência dos mesmos (a casa para as crianças e para as mulheres e o mundo exterior e o trabalho para os homens). Neste contexto social estereotipado (no qual se forma a base para o papel tradicional de gênero) constatou-se uma aceitação tácita da desresponsabilização dos homens pela saúde pessoal e pelos cuidados de saúde da família.

Contemporaneamente, os traços e as características predominantemente físicas do papel tradicional do gênero masculino [descritas por alguns autores como competitividade, independência e promiscuidade sexual (Shilton, 1999; Robertson, 2007)], foram substituídos por competências intelectuais e interpessoais valorizadas no “homem moderno” que emergiu do paradigma tradicional (Shilton, 1999). De acordo com Shilton (1999), no papel moderno do gênero masculino, as habilidades cognitivas e as competências interpessoais foram valorizadas, foi concedida visibilidade social ao sucesso individual em áreas de influência na sociedade contemporânea (entre as quais a medicina e a academia) e salientada a expectativa acerca das capacidades masculinas para a intimidade emocional.

Seidler (1997) defende que o feminismo desafiou não só as formas como os homens utilizam o poder nas relações com as mulheres, mas também a forma como se experienciam como homens, ao encontro dos desafios pessoais e conceptuais com que se deparam. A visão iluminista da modernidade desafiou o estatuto permanente da masculinidade e remeteu-a para um regime em constante validação. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, os homens são invadidos pelo receio de inadequação e os seus quotidianos são ensombrados pela obrigação de terem de provar que são “suficientemente homens”. Segundo este autor, a procura constante da validação conduziu a uma crise das masculinidades, na qual as formas tradicionais de afirmação da masculinidade não estão facilmente acessíveis para muitos homens.

Connell (2005), defende que o género organiza a prática social e considera-o como a prática social que diz respeito aos corpos e ao que os corpos fazem, mas que não se reduz ao corpo. Realça ainda que a estruturação do género na prática, não tem uma relação biológica, mas social com a reprodução abarcando um processo histórico que se situa fisicamente. No entanto, esta perspetiva reprodutiva que considera a polaridade entre o sexo feminino e o masculino como base para a definição dos géneros é criticada por Giddens (1996). O autor argumenta que:

A combinação de um desequilibrado poder de género e de disposições psicológicas enraizadas mantêm bastante firmemente as divisões dualísticas de sexo, mas, em princípio, as coisas podiam estar organizadas de forma diferente. Como a anatomia deixou de ser uma fatalidade, a identidade sexual é cada vez mais uma questão de estilo de vida. As diferenças de sexo continuaram a estar ligadas, pelo menos num futuro próximo, aos mecanismos de reprodução das espécies, mas deixou de haver razões para se conformarem com uma clara rotura de comportamentos e de atitudes. A identidade sexual poderia formar-se através de diferentes configurações que articulam aparência, conduta, comportamento – e nada mais. (Giddens, 1996, p. 140)

Nas obras publicadas por Connell (2005) transparece uma definição da masculinidade pela negação da feminilidade, que tem sido alvo de várias críticas. Morgan (1992) situa a definição da masculinidade numa agregação das características dos homens (em que o “macho” surge como sinónimo de masculino), que é sustentada por uma relação teórica entre masculinidade e poder. Nesta definição é realçada a ambiguidade da relação entre uma imensidão de comportamentos sociais dos homens e a posse de “órgãos sexuais” e é considerado que a ligação não se concretiza a nível individual, nem como sendo um aspeto da identidade dos indivíduos, mas a nível social como um aspeto da ideologia produzida pela divisão sexual do trabalho.

Numa perspetiva muito diferente das anteriores, Hearn (1996) considera que o conceito de masculinidade abarca uma multiplicidade de significados e descreve fenómenos sociais muito heterogéneos. A sua definição resvala entre a masculinidade como identidade ou como ideologia e culmina em definições que na sua essência são descrições de ideologias populares sobre as características reais ou ideais dos homens. Na sua análise, o autor questiona o valor do conceito de masculinidade, sugerindo a sua

utilização com parcimónia e propondo como opção o afastamento das “masculinidades” e a aproximação “aos “homens”.

De acordo com Connell (2005), em qualquer unidade de análise do mundo social, o género emerge como configurador da prática e do discurso, da ideologia ou da cultura (organizado em práticas simbólicas que podem prolongar-se para lá das vidas individuais como por exemplo a construção das masculinidades heroicas nos épicos e a construção das “disforias de género” ou “perversões” na teoria médica) ou como configurador de instituições tais como o estado, o trabalho e a escola.

Para a análise das masculinidades é importante realçar que desde os anos 70, o género é considerado como uma estrutura, na qual várias lógicas diferentes se sobrepõem. A masculinidade como configuradora das práticas surge simultaneamente posicionada em várias estruturas de relações, que podem seguir trajetórias históricas diferentes. A masculinidade adequada, tal como a feminilidade, está sempre sujeita a contradições internas e a ruturas históricas.

Neste processo, Giddens (1996) destaca e caracteriza o impacto da democratização da esfera privada:

O acolhimento da democracia no domínio público foi antes de mais um projeto masculino – em que as mulheres conseguiram finalmente, sobretudo a golpes de luta, participar. A democratização da vida pessoal é um fenómeno menos visível, em parte precisamente por não ocorrer na arena pública, mas as suas implicações são igualmente profundas. (p.129)

O autor realça ainda as implicações na autonomia dos indivíduos e nas estruturas que gerem e limitam as oportunidades, considerando que a autonomia ajuda a estabelecer os limites pessoais para uma evolução positiva das relações.

Giddens (1996) defende que um poder democrático oferece dispositivos institucionais para a mediação e negociação, fomenta a participação num debate que privilegie uma cidadania mais esclarecida, alargando os horizontes cognitivos do individuo e reconhecendo o pluralismo. Este autor realça a responsabilidade pública como um aspeto fundamental de uma política democrática e considera que a institucionalização do princípio da autonomia implica a especificação de direitos e deveres que, para além de serem formais, têm de ser substantivos.

Os direitos especificam os privilégios que acompanham a pertença à política, mas indicam também os deveres dos indivíduos em relação uns aos outros e à própria ordem política. Os direitos são essencialmente formas de autorização, são dispositivos autorizados. Os deveres especificam o preço que tem de ser pago pelos direitos atribuídos. Numa política democrática, direitos e deveres são negociados e nunca podem ser simplesmente assumidos (...). A democracia (...) não necessita de uniformidade, (...) não é inimiga do pluralismo (...). (Giddens, 1996, pp.131-132).

De acordo com Connell e Messerschmidt (2005), é relevante considerar as lutas sociais nas quais as masculinidades subordinadas influenciam as formas dominantes. Nesta lógica, defendem a ideia de múltiplas masculinidades, o conceito de hegemonia, a ênfase na mudança e a eliminação de um tratamento unidimensional de hierarquia e de concepções de características de género. Culminam sugerindo uma reformulação do conceito em quatro áreas: um modelo mais complexo de hierarquia de género, enfatizando a agência das mulheres; o reconhecimento explícito da geografia das masculinidades, enfatizando a interação entre os níveis local, regional e global; um tratamento mais específico da incorporação (*embodiment*) em contextos de privilégio e poder; e uma maior ênfase na dinâmica da masculinidade hegemónica, reconhecendo contradições internas e as possibilidades de movimentos para a democracia de género (Connell & Messerschmidt, 2005).

Genericamente pode-se considerar que a cultura diz respeito à globalidade das formas de vida dos membros de uma sociedade (Giddens, 2000) e que inclui conhecimento, crenças, moral, costumes e outras capacidades e hábitos adquiridos pelos homens como membros da sociedade (Shilton, 1999). Partindo da definição de Keesing (1981) das culturas enquanto sistemas partilhados, sistemas de conceitos, regras e significados, que estão subjacentes e que são expressos nas formas como vivem os seres humanos, Helman (1994) defende que a cultura é constituída por *guidelines*, implícitas e explícitas, que dizem aos membros de uma sociedade em particular, como devem ver o mundo e como se devem comportar nele. Dos papéis tradicionais aos modernos, Pleck (1976) considera que apesar do papel tradicional ter evoluído como um aspeto de uma cultura dinâmica e flexível, a corporeidade do papel tradicional persiste nas identidades do “homem moderno”. Essa persistência é facilmente confirmada sob a forma do fenómeno do “homem real” que admira e aspira a uma proximidade identitária com os

ícones masculinos. Nessa aspiração são procuradas experiências que contribuam para a validação da masculinidade e que podem interferir direta ou indiretamente na saúde dos homens (Shilton,1999; Courtenay, 2000).

A masculinidade influencia a saúde dos homens e dos rapazes. Muitos dos seus comportamentos para “serem homens” aumentam o risco de doença, dano e morte (Courtenay, 2011). Courtenay e Keeling (2000) sugerem que as crenças e os comportamentos relacionados com a saúde, tal como outras práticas sociais, em que as mulheres e os homens se envolvem, são um meio de demonstrar feminilidades e masculinidades. Defende ainda que as práticas sociais que minam a saúde dos homens são frequentemente significantes da masculinidade e instrumentos usados na negociação do poder social e do seu estatuto. O autor analisa a forma como alguns fatores tais como a etnia, o estatuto económico, o nível educacional, a orientação sexual e o contexto social influenciam o tipo de masculinidade construída (Courtenay, 2011).

1.2 As (re)construções quotidianas das masculinidades e a pluralidade das experiências de saúde/doença

A sociologia não reconhece o género como estático. Situa o género na dinâmica das interações e relações sociais. Neste âmbito, Connell e Messerschmidt (2005) identificam uma multiplicidade de formas ao conceito de masculinidade, defendem a designação de “masculinidades” e realçam a inexistência de um paradigma instituído que abarque a saúde dos homens. Nesta perspetiva, destacam ainda como áreas temáticas implicadas na saúde dos homens a construção da masculinidade no quotidiano, as estruturas económicas e institucionais, o significado das diferenças entre masculinidades e o carácter dinâmico e contraditório do género.

Whitehead (2008) defende que os conceitos de “homem”, “sujeito masculino” e “ontologia masculina” não são edificantes. Considera que coexistem e se auto sustentam no ciclo infundável da construção e manutenção da identidade de género. O único elemento constante é o “homem”, considerado como sendo um produto das relações historicamente específicas entre poder e conhecimento. Uma categoria incorporada, politicamente traduzida pela ordem dualística do conhecimento que atravessa o mundo social. Assim a masculinidade é indivisível da categoria “homem” e sustentam-se mutuamente, sendo a masculinidade o instrumento discursivo em que o homem reside e

a partir do qual ele subjetivamente se liga ao social. Como o “homem” não existe como uma entidade fundacional, ele só pode ser tornado real através da expressão discursiva e através da sua ligação às práticas culturais que insinuam a masculinidade. Esta é a questão ontológica do sujeito masculino. O autor alude a Sarup (1993) e refere que o discurso é a agência, onde o sujeito masculino é produzido e a ordem existente é sustentada. Como uma presença fundamental, mas, no entanto, ilusória, a masculinidade é momentânea, relacional e aberta à rotura.

Durante os anos 70 e 80 os debates sobre o género masculino incidiram maioritariamente no conceito de “papel do sexo masculino”, mais especificamente sobre a forma como os homens e os rapazes eram “socializados” de acordo com as normas inerentes a esse papel. No entanto a conceção de “papel do sexo masculino” uniforme foi objeto de críticas crescentes, que incidiram nas suas múltiplas e extremas simplificações e na sua inadequação para abordar as questões relacionadas com o poder (Connell, 2000).

Segundo Dulac (2000), os homens, apesar de serem considerados como atores e agentes sociais pelos lugares que ocupam e pelos papéis que desempenham, não têm sido considerados como categoria específica, o que dificulta o reconhecimento do seu estatuto de sujeitos. O autor realça ainda os contributos de alguns autores (Frank, 1987; Connell, 1987), que argumentam que a participação dos homens no poder, tal como a masculinidade, não são homogéneas e que os homens se movem nas relações sociais ocupando diferentes lugares. Nesta dinâmica, as ações realizadas podem colidir com as estruturas sociais e as práticas são passíveis de entrar em contradição com as normas em vigor (e com as normas inerentes à definição da masculinidade dominante).

Considerar os homens como sujeitos de investigação implica considerar a complexa diversidade da masculinidade, as inegáveis desigualdades de participação no poder e a hierarquização das masculinidades. O masculino é sujeito, mas um sujeito que, analiticamente, não pode ser reduzido a um simples agente de poder, a um grupo dominante, ou à sua ação como opressor (Dulac, 2000).

A ligação entre masculinidade e práticas sexuais tem sido reconhecida por alguns historiadores. Segundo Liliequist (2007), apesar da análise da masculinidade ter revelado múltiplos e sofisticados modelos de hierarquização, a história da sexualidade evidencia o domínio de um modelo falocêntrico. Neste modelo (que se desenvolveu antes da emergência dos conceitos modernos de identidade sexual no século XIX), a penetração foi considerada como a materialização do poder e da dominação social, numa perspetiva

que tem sido associada a Foucault e à sua análise do poder e da sexualidade, nomeadamente na sua obra “História de Sexualidade 1 – A vontade de saber” publicada em 1976.

Halperin (citado em Lilequist 2007) afirma que é fundamental ter em consideração que na antiguidade o sexo não era percebido como um ato de satisfação mútua, mas como um ato realizado por alguém, noutra alguém. Neste âmbito, a virilidade, enquanto conceito socialmente edificado sobre os comportamentos físicos e sexuais como símbolos da força e do vigor masculinos, pode desempenhar um papel crucial na conexão entre as práticas sexuais dos homens e os significados da masculinidade (Liliequist, 2007).

Camoletto e Bertone (2010) destacam a escassez de trabalhos de pesquisa que desafie uma conceção naturalizada de sexualidade masculina (predominantemente referida à heterossexualidade), através da análise das múltiplas formas pelas quais os homens experimentam e atribuem sentido à sexualidade nas suas vidas quotidianas.

Neste contexto, Connell e Messerschmidt (2005) criticam os autores que consideram os homens iguais, e defendem que, apesar de historicamente contextualizadas, existem masculinidades em competição, cada uma delas com as suas âncoras estruturais, psicossociais e culturais.

A assunção básica da teoria do papel é a de que as expectativas sociais acerca do estatuto de um indivíduo na sociedade asseguram conformidade com um determinado papel e com as funções que lhe estão relacionadas. Por sua vez, o cumprimento desses papéis é encorajado através de compensações e de punições que são utilizadas para garantir essa conformidade (Parsons, 1964; Robertson, 2007).

Beck (1999) considera que as possibilidades de escolha do contexto pós-tradicional colocam o indivíduo numa cultura contraditória entre oportunidades e riscos (pessoais e globais). Perante a ambivalência impõe-se a gestão das oportunidades e dos riscos, com base numa construção cognitiva e social. Neste âmbito, realça-se que muitas das decisões abarcam uma pluralidade conflitual de saberes que permeiam as práticas sociais e que, muitas das escolhas efetuadas não são universalmente estabelecidas com base no conhecimento pericial (Giddens, 2000), tal como é o caso das decisões no âmbito da saúde sexual. Autores como Shilton (1999) argumentam que a heterogeneidade das culturas compromete as generalizações que englobam crenças e comportamentos, e que os grupos com frequência não se comportam segundo um estilo fixo estereotipado. Neste contexto realça a perspectiva de Giddens (2000), que considera que a tradição está

relacionada com a “memória coletiva”, preservada através do ritual, que reforça a experiência quotidiana e a coesão na comunidade, mas que é reconstruída de forma reflexiva em cada geração.

Vários autores consideram que as práticas de saúde e os seus resultados advêm de uma combinação de aspetos (Doyal, 2000; White, 2006; Robertson, 2007). Robertson (2007) considera que, apesar da saúde dos homens ser mediada por fatores socioculturais, a etiologia das alterações da saúde e da doença deve ser reconhecida como um processo multifatorial, que alguns autores designam como “cadeia de causalidade”. Neste processo torna-se fundamental o reconhecimento da inexistência de uma explicação objetiva para as diferenças epidemiológicas entre homens e mulheres, uma relativização das diferenças biológicas e uma valorização das diferenças que são criadas através das expectativas sociais e das influências culturais nos homens (Shilton, 1999).

Shilton (1999) afirma que o papel pós-moderno do género masculino que diz respeito ao “novo homem”, emergiu para dar resposta às necessidades que Giddens (1991) designa de “alta modernidade”. Neste processo, destaca o impacto do feminismo, pelas mudanças que ocorreram no estatuto das mulheres e na sua inter-relação cultural com os homens. No âmbito do papel de género, realça ainda que o conflito induzido pelas expectativas imputa uma contradição na identidade masculina que pode dar origem ao que Harris (1995) designou de “*gender role stress*”. Este, pode conduzir a uma “masculinidade compensatória” (Harrison, 1978) edificada na necessidade de demonstrar e de provar o direito ao estatuto masculino (Shilton, 1999).

White (2006) considera fundamental explorar se “ser homem” influencia as escolhas de saúde e se a fluidez do conceito de masculinidade afeta a saúde, o que só pode ser conseguido indo ao encontro dos homens, ouvindo as suas histórias, as suas experiências, conhecendo as suas expectativas e práticas de saúde, bem como identificando a sua relação com os serviços de saúde.

1.3 Scripts sexuais e representações da sexualidade dos homens

No contexto da sexualidade masculina destaca-se a perspetiva que enfatiza a construção do mundo social pelos atores sociais que nele se situam, que incluiu as suas representações e identidades. Segundo Policarpo (2011), pode-se situar teoricamente a

emergência do conceito de *Scripts* (Gagnon & Simon, 2005)² no interacionismo simbólico³, pela importância dada à interação social, enquanto forma de produzir significados para o domínio sexual.

Alferes (1997) afirma que no interior de uma dada sociedade, o número de encenações culturais da sexualidade é limitado, tal como as orientações ou as ideologias que lhe estão subjacentes. Neste âmbito, o autor enfatiza os cinco tipos de *scripts* considerados por Nass, Libby e Fisher (1981): *o script religioso tradicional, o script romântico, o script das relações sexuais baseadas na amizade, o script da infidelidade e o script utilitário/predador*, aludindo às conclusões de Forgas e Dobosz (1980) que, ao analisarem as representações de 25 episódios interpessoais heterossexuais, concluem que os sujeitos classificam os *scripts* interpessoais em função de três dimensões: sexualidade (sexo físico vs. mero envolvimento afetivo), valoração e equilíbrio das relações (relações frustrantes vs. satisfatórias; relações simétricas vs. desiguais) e amor e compromisso (relações efémeras vs. duradouras).

A concetualização de *scripts* sexuais desenvolvida por Simon e Gagnon (1987) articula três níveis de abordagem: os *scripts* intrapsíquicos que reenviam para as formas de interiorização e de apropriação subjetiva dos cenários culturais (organizam-se em esquemas cognitivos estruturados e assumem a forma de sequências narrativas, planos e fantasias sexuais); os *scripts* interpessoais que orientam e codificam as relações entre indivíduos situados em contextos diferentes e especialmente entre os parceiros sexuais (de acordo com as condições sociais da interação); e os *cenários* culturais que dizem respeito às representações gerais da sexualidade que são desenvolvidas no espaço público e que incluem os saberes periciais e o senso comum (constituem prescrições coletivas acerca

² A obra *Sexual Conduct: the social sources of human sexuality*, de Gagnon e Simon foi publicada em 1973 e constituiu-se como um marco na história da sociologia da sexualidade. Nela foi definido o conceito de *script* como aquilo que pode descrever o comportamento humano e foi também englobada a crítica ao que poderia ser designado de espontâneo. Os autores consideram que os *scripts* estão envolvidos na aprendizagem dos significados dos estados internos, na organização das sequências dos atos sexuais específicos, na descodificação de novas situações, no estabelecimento dos limites nas respostas sexuais, e na ligação dos significados dos aspetos da vida que não são sexuais à experiência sexual específica.

³ No *Foreword* da 2ª edição da obra de Gagnon e Simon (2005), Plummer enfatiza a importância da interação social para o enquadramento do campo das novas sexualidades e para a abordagem social construcionista da sexualidade. O autor refere que ‘The core of their approach was to challenge the view that sex was simply “natural”- that most obvious and commonsensical view of sex and the available sex research. Drawing on the work of the literary critic Kenneth Burke for whom symbolism was so central; utilizing their Chicago-based training in symbolic interactionism; influenced by dramaturgical metaphors of Erving Goffman; and just being good sociologists who recognized “the social” when they saw it, they argued that the study of sexuality would be most rewarding if analytically located within the realms of the social and the symbolic.’ (Plummer in Gagnon & Simon, 2005 p. X)

do lícito e do ilícito sexual). Alferes (1997) mobilizando Simon e Gagnon (1987) afirma que a comunicação representa um dos aspetos centrais nos *scripts* interpessoais permitindo que “um encontro sexual potencial” se transforme “numa troca sexual explícita”.

Segundo Giami, Moreau e Moulin (2015), existe uma multiplicidade de elementos que contribuem para a construção de *scripts* e de cenários da sexualidade e que integram o desenvolvimento do conhecimento “pessoal-profissional” dos profissionais de saúde. Realçam que um questionamento socio-histórico sobre o lugar e o protagonismo da sexualidade no campo da medicina pode ter como ponto de partida a medicalização da sexualidade e a "especialização informal" dos profissionais (Giami, 2010) relativamente ao lugar da sexualidade na atividade dos profissionais de saúde. Neste âmbito Giami et al. (2015), remetem o lugar da sexualidade na prestação de cuidados de saúde para os cenários profissionais da sexualidade, tendo em conta a articulação entre:

- as informações científicas (médicos, psicólogos, sexólogos e outros peritos) recentes/validadas e as antigas/desatualizadas sobre sexualidade;
- a cultura e a identidade dos profissionais de saúde;
- a organização institucional dos cuidados e os valores culturais e morais dominantes;
- a dimensão subjetiva ligada à história individual de cada um e às relações de género.

No seguimento da abordagem proposta, emerge a pertinência do mapeamento das representações dos profissionais sobre a sexualidade em geral, do lugar que lhe reconhecem nas suas vidas, da importância que lhes atribuem no campo da saúde e, por fim, a visibilidade que lhe atribuem no contexto da prática profissional.

Num estudo realizado por Giami et al. (2015), procurou-se distinguir as concepções de sexualidade do senso comum (ligadas à experiência comum, ao discurso dos media, aos valores morais e às concepções relacionadas com o género), das concepções científicas da sexualidade, mais ou menos medicalizadas. Por outras palavras os autores, procuraram perceber se os profissionais de saúde na sua prática, usavam definições do senso comum e se essas definições eram combinadas com definições mais técnicas e medicalizadas da sexualidade. De realçar que as análises empíricas por eles realizadas permitiram identificar sobreposições entre as esferas ideológicas e temáticas do conhecimento científico e do senso comum. No que diz respeito à sexualidade, ainda segundo os mesmos autores, torna-se fundamental perceber se os profissionais consideram que estão a lidar com um problema moral, pessoal, orgânico, médico ou psicológico.

Ainda no contexto deste estudo, considerando a literatura especializada, os autores distinguem os médicos dos enfermeiros, em que os médicos se situam mais num nível de abordagem da patologia e os enfermeiros mais num nível das pessoas. O outro aspeto desta visão idealizada da sexualidade é a partilha da representação socialmente difundida sobre a ligação da sexualidade ao bem-estar, por um lado, e da ligação à (boa) saúde, por outro. Essa ideia reitera implicitamente a definição de saúde sexual veiculada pela WHO em 2015 e na qual é mencionado que:

A saúde sexual hoje é amplamente entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade. Engloba não apenas certos aspetos da saúde reprodutiva – tais como a capacidade para controlar a fertilidade através do acesso à contraceção e ao aborto, sendo livre de infeções sexualmente transmissíveis (IST), disfunções sexuais e sequelas relacionadas com a violência ou a mutilação genital feminina - mas também, a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. De facto, ficou claro que a sexualidade humana inclui muitas formas diferentes de comportamento e de expressão, e que o reconhecimento da diversidade do comportamento e da expressão sexual, contribui para a sensação geral de bem-estar das pessoas e para a sua saúde. (p.1).

O desenvolvimento técnico-científico que ocorreu nas últimas décadas, particularmente na sequência da pandemia do HIV, contribuiu para a emergência da constatação de que a discriminação e a desigualdade social interferem de forma significativa na obtenção e manutenção da saúde sexual. A estes aspetos acresce ainda o facto da privação ou a dificuldade de acesso a informações e a serviços relacionados com a sexualidade e a saúde sexual, implicar uma vulnerabilidade aumentada aos problemas de saúde sexual.

1.4 Corporeidades das masculinidades

Segundo Connell (2005) a masculinidade é quase sempre pensada tendo como ponto de partida um corpo masculino – inerente a esse corpo ou como forma de expressão de algo acerca desse mesmo corpo. Genericamente o corpo é considerado como fundamento da ação (o que na perspetiva de alguns ideólogos legitima que os homens sejam “naturalmente” mais agressivos do que as mulheres) e/ou como definidor de limites

para a ação (o que, na perspectiva de outros, justifica que os homens não tenham uma aptidão “natural” para serem cuidadores). Estas crenças constituem uma dimensão estratégica da moderna ideologia de género e a compreensão dos corpos masculinos e da sua relação com a masculinidade constitui-se como uma tarefa privilegiada da análise sociológica.

De acordo com Connell (2000) a constituição da masculinidade pode ser analisada na relação com o corpo, quer na vida pessoal e quer na prática social coletiva. Dentro de cada um destes níveis emerge a necessidade de analisar a influência dos processos de globalização nas configurações do género. Aos corpos dos homens é reconhecida uma posição específica na ordem de género e a sua integração no processo do género que atravessa as práticas corporais reflexivas nas quais os corpos são objetos e agentes (Connell, 2005). Esta atividade é considerada como estando especialmente condicionada pelo lugar em que o indivíduo se encontra e que está disponível para a interação. Neste contexto, para análise das relações sociais sexuais, é fundamental o reconhecimento de que a ordem social mundial distribui e redistribui os corpos, através das migrações e do controlo político dos movimentos e das interações e que o crescimento dos media de massas (particularmente os eletrónicos) é um vetor da globalização do género. Ao nível da vida pessoal e ao nível da prática coletiva, as masculinidades são reconstruídas pela reelaboração do sistema de significações do género e pela remodelação dos contextos institucionais em que se inscrevem essa prática (Connell, 2000).

Connell (2005) refere que nas últimas décadas o debate em torno dos corpos masculinos e da sua relação com a masculinidade tem sido pautado por duas conceções dominantes. Uma, que traduz a ideologia dominante, e que se alicerça numa codificação biológica em que o corpo é considerado como uma máquina que naturalmente produz a diferença de género (diferenças geneticamente programadas, diferenças hormonais ou os diferentes papéis na reprodução). Outra, que varreu as humanidades e as ciências sociais e que considera o corpo como uma superfície neutra ou como uma área em que o simbolismo social é imprimido.

Neste âmbito o autor realça ainda uma terceira conceção que defende as diferenças de género no comportamento como o resultado da combinação entre a biologia e a influência social. A análise das práticas corpo-reflexivas inclui a consideração de que os corpos são influenciados por processos sociais e arrastados para a história sem deixarem de ser corpos. No discurso não se tornam símbolos, sinais ou posições e a sua

materialidade (incluindo as suas capacidades para parir, menstruar, ejacular, penetrar) não se extingue.

A semiótica do género que enfatiza a multiplicidade de perspectivas da significação proporcionou um contributo fundamental para o questionamento do determinismo biológico. Connell (2005) realça que as práticas corpo-reflexivas formam e são formadas por estruturas que têm historicamente peso e solidez e que salientam os particularismos da realidade social. O autor considera ainda que as práticas não têm origem nem ocorrem num vazio, mas que correspondem a situações, e as situações são estruturadas sob formas que admitem determinadas possibilidades e excluem outras. A ação converte situações iniciais em novas situações. A prática constrói e reconstrói as estruturas, edifica a realidade em que vivemos e nesse sentido as práticas que constroem a masculinidade são ontoformativas. Como práticas corpo-reflexivas constituem um mundo que tem uma dimensão corpórea, mas que não se encontra subjugado ao determinismo biológico. Pela liberdade de ação implícita e não estando determinado pela lógica física do corpo, este novo mundo pode ser hostil para o bem-estar físico do corpo, como foi exemplo a prática de sexo não seguro no contexto da epidemia da SIDA. Para os homens, tal como para as mulheres, o mundo formado pelas práticas corpo-reflexivas do género é um domínio das políticas – da luta de interesses num contexto de desigualdade. Segundo o autor as políticas de género são políticas incorporadas socialmente e as políticas incorporadas da masculinidade assumem uma multiplicidade de formas.

Os corpos, são estruturas fascinantes que envelhecem, adoecem e que se reproduzem. Segundo este mesmo autor na literatura sobre o papel sexual e nos “livros acerca de homens”, é possível catalogar os problemas relativos aos corpos dos homens, desde a impotência e o envelhecimento aos riscos na saúde ocupacional, às lesões resultantes de violência física, à perda de aptidão para o desporto e à morte prematura. Como resultado da catalogação efetuada o questionamento sobre o potencial carácter nefasto que o papel sexual masculino pode ter para a saúde adquire protagonismo.

Segundo Bourdieu (1999):

(...) o corpo percebido é objeto de uma dupla determinação social. Por um lado, é, até ao que na aparência tem de mais natural (o seu volume, o seu porte, o seu peso, a sua musculatura, etc.), um produto social que depende das suas condições sociais de produção, através de diversas mediações, tais como as condições de

trabalho (a par nomeadamente das deformações decorrentes das doenças profissionais) e os hábitos alimentares. (p.55).

Por outro lado, as propriedades corporais são apreendidas através de esquemas de percepção, cuja utilização nas ações de avaliação depende da posição ocupada no espaço social.

Globalmente, a teoria do papel sexual junta um script social a uma biologia dicotómica. No entanto, de acordo com Connell (2005), existem fortes razões para pôr em causa a combinação de dois níveis de análise (um determinismo biológico e um determinismo social), e considera cada um desadequado por si só. Uma abordagem alternativa pode ter como ponto de partida a consideração de que o sentido físico da masculinidade e da feminilidade é central à interpretação cultural do género. A estrutura corporal do género masculino comporta, entre outras coisas, formas musculares, posturas específicas, formas de se movimentar e determinadas possibilidades sexuais. A experiência corporal é muitas vezes central nas memórias das nossas próprias vidas e como tal no nosso entendimento de quem somos e do que somos (Connell, 2005). De acordo com Bourdieu (1999):

A diferença *biológica* entre os *sexos*, quer dizer entre os corpos masculino e feminino e, muito em particular, a diferença *anatômica* entre os órgãos sexuais, pode assim surgir como a justificação natural da diferença socialmente construída entre os *géneros*, e em particular da divisão sexual do trabalho. O corpo e os seus movimentos, matrizes de universais que são submetidos a um trabalho de construção social, não são nem por completo determinados na sua significação, nomeadamente sexual, nem por completo indeterminados, de tal maneira que o simbolismo que lhes é associado é ao mesmo tempo convencional e ‘motivado’, percebido, portanto, como quase natural. (pp. 9-10)

Connell (2005) defende que a personificação (materialização, corporeidade) da masculinidade é visível no desporto e envolve todo um padrão de desenvolvimento e de utilização do corpo. A organização institucional do desporto incorpora definições das relações sociais que são simultaneamente realizadas e simbolizadas nas performances físicas: competição e hierarquização entre os homens e exclusão ou dominação das mulheres. A constituição da masculinidade através da performance física significa que o

gênero é vulnerável quando a performance não pode ser mantida (como é o caso nas situações de doença ou limitações físicas).

“O mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexuentes.” (Bourdieu, 1999, p.9). Esta percepção social incorporada tem o corpo (pela diferença biológica entre os sexos) como ponto de partida dos percursos arbitrários da relação de dominação dos homens sobre as mulheres, que se imiscui na divisão do trabalho e na ordem social. Nesta lógica, as relações de dominação que se inscrevem na objetividade anatómica e na diferença socialmente construída (que edifica a aparência natural da visão social que a funda), levam, a que, na sua subjetividade (sob a forma de esquemas cognitivos organizados segundo essas divisões), organize a percepção de divisões objetivas (Bourdieu, 1999).

A ereção fálica e a construção social dos órgãos genitais registam e ratificam simbolicamente algumas propriedades naturais evidentes.

Mas por estreita que seja a correspondência entre as realidades ou os processos do mundo natural e os princípios de visão e de divisão que lhes são aplicados, há sempre lugar para uma luta cognitiva a propósito do sentido das coisas do mundo e em particular das realidades sexuais. A indeterminação parcial de certos objetos autoriza com efeito interpretações antagónicas, oferecendo aos dominados uma possibilidade de resistência contra o efeito da imposição simbólica. (Bourdieu, 1999, p. 12).

1.5 Sexualidade dos homens: definições, transformações e subjetividades

A sexualidade esteve ausente no desenvolvimento científico da medicina até ao século XIX. Até então, a sexualidade era considerada como uma área do âmbito religioso, político e até penal e a intervenção médica restringia-se ao diagnóstico e tratamento de algumas das infeções sexualmente transmissíveis (IST).

A estruturação da sexualidade como domínio do saber médico e científico, permitiu um distanciamento da moral religiosa (Aboim, 2013). Segundo Vilar (2003), a “confissão” dos problemas sexuais deixou de ser justificada pela procura da “expição dos pecados” e passou a ser legitimada pela procura de uma vida sexual vivida com prazer

e enquadrada pelo conceito de “saúde sexual”, que adquiriu visibilidade depois dos anos 80.⁴

No entanto, apesar das mudanças que se constata, mantêm-se sentimentos negativos face à sexualidade, tais como a vergonha ou a culpa, que afetam, em diferentes graus, as formas de perceber, de sentir e de agir sexualmente. De acordo com Vilar (2003), os problemas no desempenho sexual estão relacionados com os processos de aprendizagem sexual, que englobam as representações individuais sobre sexualidade, sobre o sexo e sobre o erotismo, a aprendizagem sobre como viver e gerir o corpo sexuado, os desejos e as expectativas sexuais nos processos de interação que permeiam os relacionamentos sexuais e amorosos.⁵

Segundo Harrison (1999), a definição de sexualidade de Barole's (1986) proporciona uma perspetiva sobre a amplitude do tema: “Os genitais são-nos dados, o que fazemos com eles é uma questão de invenção criativa, como interpretamos o que fazemos com eles é o que chamamos de sexualidade.” (tal como citado em Harrison & Dignan, 1999).

A sexualidade e o sexo têm sido consideradas como dimensões complexas do ser humano e apesar da multiplicidade de definições existentes alguns autores tais como, Harrison (1999) e Batcup e Thomas (1994) sugerem que nenhuma das definições existentes de sexualidade e de sexo pode ser universalizada nos cuidados de saúde.

Na definição proporcionada pela WHO (2006), a sexualidade emerge da convergência de três eixos principais. O primeiro diz respeito à sexualidade ser considerada como um aspeto central do ser humano ao longo da vida (englobando o sexo, a identidade de género, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução), o segundo centra-se no reconhecimento de que a mesma é simultaneamente experienciada e expressa (em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações) e o terceiro engloba a identificação da influência exercida pela “(...) interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (WHO, 2006, p.5).

Nas publicações científicas, a utilização dos termos “sexo” e “género”, habitualmente parece corresponder a uma opção aleatória dos autores sugerindo o seu

⁴ Tereso (2015)

⁵ Tereso (2015)

reconhecimento enquanto sinónimos (Prazeres, 2008). Segundo a WHO (2006) os termos “sexo” e “género” são frequentemente utilizados de forma incorreta e indiscriminadamente, não só nas publicações científicas, mas também nas políticas de saúde e na legislação. Tomando como exemplo o termo “sexo”, habitualmente utilizado para referir a atividade sexual, a WHO (2006) considera que no contexto da sexualidade e das discussões sobre saúde sexual, a sua definição deve ser clara e remetida para as características biológicas que definem os seres humanos enquanto homens ou mulheres (apesar destes conjuntos de características não serem mutuamente exclusivos, por existirem indivíduos que possuem ambos).

A vida sexual dos indivíduos depende da sua socialização e a atividade sexual imiscui-se numa intrincada dinâmica social e histórica. Neste âmbito e na procura de uma abordagem da sexualidade numa perspetiva sociológica procuraram-se contributos de vários autores para o seu estudo e compreensão, dos quais destacamos Bozon (2002). Na abordagem que este autor efetua, é realçada a multiplicidade de construções e vivências histórico-culturais possíveis e é evidenciada a possibilidade de a sexualidade poder proporcionar a compreensão de relações sociais mais amplas estruturando as relações sociais de que depende incorporando-as e representando-as. Na mesma linha, Moutinho (2002) realça que, apesar da sexualidade se apresentar na sociedade ocidental como uma esfera autónoma, engloba outros domínios sociais, que, na verdade, lhe concedem sentido, significado e organização.

Bozon (2002) considera que a sociedade é a instância principal da produção da sexualidade humana. O autor distancia o comportamento sexual de um qualquer determinismo biológico e situa-o no âmbito de uma aprendizagem que engloba o como, o quando e com quem agir sexualmente. Realça ainda que a sexualidade é uma construção cultural duplamente política, que se edifica no contexto cultural em que está inscrita e que contribui para estruturar as relações sociais das quais depende, na medida em que as incorpora e as coloca em cena.

De acordo com este autor, na maioria das sociedades a sexualidade tem um papel fundamental na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos e na representação da ordem estabelecida entre as gerações. Mesmo nas relações entre indivíduos de espaços culturais diferentes, emerge a inclusão de contatos sexuais, encorajados, desejados ou proibidos entre atores culturalmente diferentes e hierarquizados através da classe, da raça ou da origem. A sexualidade é uma dimensão específica do comportamento humano, que

engloba os atos, as relações e as significações. De acordo com o autor é o não sexual que dá significado ao sexual. Neste âmbito, realça como exemplo o primado do desejo nos homens que subsiste com a subvalorização do desejo nas mulheres, por sua vez situadas no primado do afeto, considerando que tal tipologia não decorre de uma lógica intrínseca da esfera sexual, mas de uma socialização de género desigualitária que não se manifesta somente através da sexualidade.

Os teóricos do papel sexual e da identidade masculina têm chamado a atenção para aspetos letais do papel masculino e para a procura de relações entre masculinidade (ou papéis masculinos) e o risco de doença ou de morte prematura. Segundo Sabo e Gordon (1995) a socialização de género influencia a forma como os rapazes adotam comportamentos masculinos e traduz-se na sua suscetibilidade à doença e à morte devido a causas acidentais. A necessidade de mostrar que se é mais poderoso do que o outro pode remeter para estilos de vida caracterizados pelo consumo excessivo de álcool e pela alta velocidade automobilizada, o que se traduz em cerca de metade das causas de morte dos adolescentes.

Estes autores consideram que a ordem de género incorpora dois sistemas hierárquicos: um sistema hierárquico em que os homens dominam as mulheres e um sistema de dominação entre os homens, em que uma minoria de homens domina os outros homens. Os investigadores da saúde/doença dos homens têm procurado descrever e documentar as diferenças substanciais entre as opções de saúde de alguns grupos específicos de homens, tais como: sem abrigo, atletas profissionais, operários, reclusos, minorias étnicas e a sua desvantagem comparativa com homens de estratos socioeconómicos mais elevados.

O declínio histórico da mortalidade conduziu ao aumento da esperança média de vida ao nascer apesar das diferenças entre os sexos. Entre outros fatores, para explicar as variações nas taxas de mortalidade mundiais⁶, destacam-se as diferenças de género nos comportamentos relacionados com a saúde e de desempenho dos papéis sociais. Analisando as construções da masculinidade e a saúde num contexto relacional, Courtenay (2000) defende que os comportamentos de saúde são utilizados nas interações quotidianas na estrutura social do género e do poder e que as práticas sociais que minam a saúde dos homens são frequentemente significantes da masculinidade e instrumentos

⁶ Segundo o World Bank, em 2016 a taxa de mortalidade masculina foi de 179.628 (por 1.000 homens adultos) e a feminina de 123.164 (por 1.000 mulheres adultas) (<https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.AMRT.MA>)

utilizados pelos homens na negociação do poder social e de estatuto. O autor realça ainda alguns fatores tais como a etnicidade, o estatuto económico, nível de educação, orientação sexual e o contexto social que influenciam o tipo de masculinidade que os homens constroem e que têm impacto na sua saúde (Courtenay, 2000).

Entre as causas de morte com maior impacto para esta assimetria entre os géneros (nos países ditos desenvolvidos) estão os problemas cardíacos (doença cardíaca isquémica) e o cancro do pulmão. Em 2017 em Portugal, a esperança média de vida à nascença era de 78,10 anos para os homens e de 84,30 para as mulheres (OECD, 2018) e a esperança média de vida aos 65 anos era de 18,00 para os homens e de 21,8 para as mulheres (OECD, 2018a). Neste âmbito, as políticas de saúde portuguesas têm envidado esforços para analisar as causas que antecipam a morte na população portuguesa e a “causa das causas” (os designados fatores de risco), incluindo nos seus programas a procura da redução da exposição dos cidadãos a riscos evitáveis (George, 2012). Em 2016, a análise por sexo revela diferenças no número médio de anos potenciais de vida perdidos que foi de 16,7 para os homens e de 16,1 para as mulheres. Relativamente aos tumores malignos que foram a segunda causa de morte (a primeira foram as doenças do aparelho circulatório) a relação de masculinidade foi de 147,5 óbitos masculinos por cada 100 femininos.

Os óbitos relacionados com o vírus da imunodeficiência humana [VIH/SIDA] representaram 0,3% da mortalidade no país e atingiram mais os homens [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2018]. Segundo a mesma fonte, em Portugal em 2016, a relação de masculinidade com o óbito por doenças pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH/SIDA] foi de 317,5 (óbitos masculinos por cada 100 femininos), com o óbito por agressões e sequelas foi de 260,9 (óbitos masculinos por cada 100 femininos) e com o óbito por acidentes de transporte e sequelas foi de 331,2 (óbitos masculinos por cada 100 femininos). As lesões autoprovocadas intencionalmente e sequelas (suicídios) apresentaram uma relação de masculinidade de 324,7 (óbitos masculinos por cada 100 femininos) (INE, 2018).

No que diz respeito às clivagens entre géneros Baker, Dworkin, Sengfah, Banks, Shand e Yamey (2014) referem que apesar de em muitas sociedades os homens terem melhores oportunidades, privilégios e poder do que as mulheres, essas múltiplas vantagens não se traduzem em melhores resultados na saúde. Sobre a explicação para as disparidades de género e segundo a análise sobre os determinantes sociais de saúde nas

Regiões Europeias, as taxas mais baixas de sobrevivência dos homens refletem uma multiplicidade de aspetos - maiores níveis de exposição ocupacional a perigos físicos e químicos, comportamentos associados com as normas masculinas de risco e aventura, paradigmas de comportamento de saúde relacionados com a masculinidade e o facto de os homens serem menos propensos a visitar um médico. Mesmo em situação de doença, nos casos em que procuram um médico, têm menos probabilidade de relatar os sintomas.

Os autores referidos mencionam que, relativamente a comportamentos de risco, morrem mais homens do que mulheres, devido a causas relacionadas com o consumo excessivo de álcool⁷ e realçam que para muitos homens, esse consumo está relacionado com noções sobre a masculinidade. Neste contexto, aludem a um estudo conduzido por Hinote e Webber (2012)⁸ na Federação Russa, que mostrou que o consumo exagerado de bebidas espirituosas aumenta ou pelo menos mantém o estatuto de um homem em grupos sociais da classe operária, facilitando o acesso ao poder associado ao ideal hegemónico do homem de trabalho real.

1.6 Da saúde sexual masculina à medicalização da sexualidade e bem-estar.

A constatação da invisibilidade dos homens enquanto sujeitos dos cuidados de saúde, quer no âmbito sexual, quer no reprodutivo, realça a complexidade, da abordagem de um tema que requer sensibilidade, pela natureza delicada que toca a intimidade de cada indivíduo, e pelas formas como se pode encontrar camuflado no domínio público.⁹

Nos anos oitenta o interesse pela saúde dos homens contribuiu para a sua visibilidade (White, 2006) enquanto área de interesse:

- político [englobando as configurações legais, políticas e institucionais dos cuidados de saúde sexual (Connell, 2005)];

⁷ “As mortes motivadas por esta causa representaram 0,1% da mortalidade no país e atingiram mais homens (0,1% do total de óbitos de homens) do que mulheres (0,02% do total de óbitos de mulheres). A relação de masculinidade ao óbito por Abuso de álcool (incluindo psicose alcoólica) foi de 709,1 óbitos masculinos por cada 100 femininos. Em todas as regiões do país, este indicador foi sempre superior a 100, indiciando uma sobre mortalidade masculina neste tipo de doenças.” (INE, 2018, p.63)

⁸ Hinote e Webber (2012) mobilizaram o conceito de masculinidade hegemónica para analisar as dimensões históricas do consumo de álcool pela classe operária e o impacto deste consumo na saúde dos homens russos. No que diz respeito às práticas de consumo nocivo de álcool, e à promulgação da masculinidade, identificaram dois campos sociais relevantes, a taverna e o local de trabalho.

⁹ Tereso (2015)

- académico [abarcando os avanços epidemiológicos e farmacológicos na área da sexualidade (Connell, 2005)];
- clínico (no que diz respeito à concretização dos cuidados de saúde).

A perspetiva moderna do conceito de saúde sexual que surgiu na década de 70 (da qual se destaca a definição divulgada pela WHO em 1975), só adquiriu visibilidade nos finais do século XX. Epstein e Mamo (2017) consideram que foi nos anos 90 que o conceito moderno de saúde sexual emergiu nos domínios profissionais, leigos e comerciais. Na análise deste fenómeno, os autores identificaram várias dimensões relevantes: a dos contextos em que o protagonismo da saúde sexual se espoletou (e as implicações no entendimento acerca da definição de sexualidade), o desenvolvimento do conhecimento, as políticas de saúde, os conceitos implicados (a sua genealogia e padronização) e as lógicas de racionalidade leiga que se foram revelando.

De acordo com os autores quando o conceito se tornou visível, a sua impressionante ascensão indiciava uma institucionalização progressiva que supostamente se concretizaria no reconhecimento de uma subespecialidade dos profissionais de saúde ou no domínio de uma prática especializada. No entanto, apesar da disseminação globalizada do conceito, os diferentes contextos em que se inscreve o seu significado têm evidenciado uma plasticidade considerável. No âmago desta polissemia da “saúde sexual” que sugere a inexistência de um significado claro, mas que não lhe retira importância, Epstein e Mamo (2017) consideram fundamental a abordagem do conceito de *healthism*, definido como a obrigação moral dos indivíduos modernos para maximizarem a sua saúde. Segundo estes, a sexualidade não tem sido analisada da melhor forma pelos teóricos do *healthism* que não têm considerado a sua representação como controversa, ilegítima ou estigmatizante e que têm utilizado o emparelhamento do conceito de “saúde” e o de “sexual” para legitimar e sanitizar (*sanitize*) a sexualidade. Realçam ainda, que, o enquadramento dos aspetos sexuais como questões de saúde sexual, que tem sido adotado em várias áreas sociais tem contribuído para a proliferação do termo e para a diversificação da sua utilização. A análise de conteúdo realizada pelos autores a artigos de jornais, de revistas e de websites, conduziu à categorização das semânticas da saúde sexual em várias áreas de problemas sociais, dentro dos quais a sexualidade e a saúde são construídas de formas distintas. Incidindo sobre a forma como a união dos termos (saúde e sexual) mudou o seu significado individual, a análise efetuada veio também contribuir para desafiar a singularidade da conceção de *healthism* (Epstein & Mamo, 2017). De

acordo com os mesmos autores, a aparente ubiquidade dos discursos e das práticas sobre “saúde sexual” pode proporcionar informação sobre o *healthism*, frequentemente considerado como uma característica definidora das sociedades ocidentais contemporâneas (Crawford, 1980).

Nestas sociedades, destaca-se também a emergência de vários conceitos, num período em que o esmorecimento da responsabilidade pública pelos cuidados médicos coexiste com o apelo para que os indivíduos maximizem e promovam a sua saúde e bem-estar e para que reduzam os riscos e o seu impacto. Epstein e Mamo (2017) realçam que o desejo de saúde (*will to health*) considerado por Rose (2001), o imperativo da saúde (*imperative of health*) definido por Lupton (1995), os imperativos de uma vida saudável considerados por Petersen, Davis, Fraser e Lindsay (2010) ou a responsabilidade individual pela saúde (e implicitamente no que diz respeito aos estilos de vida) mencionado por Conrad (1992), têm sido reconhecidos como imposições morais com fundamentações científicas variáveis. Crawford (1980) argumenta que a preocupação com a saúde individual se tornou numa preocupação nacional e define o *healthism* como a preocupação com a saúde pessoal, como o foco principal para a definição e obtenção do bem-estar, como um objetivo a ser atingido principalmente através da modificação de estilos de vida, com ou sem ajuda terapêutica (Crawford, 1980).

A medicalização da sexualidade implicou o desenvolvimento da expressão de problemas (que até aí tinham sido conotados como pecados ou contranatura em termos religiosos), através de uma nova linguagem e a consideração do “*sexual healthism*” como um exemplo particular do desejo de saúde enfatizou que as implicações dos aspetos sexuais passassem a ser caracterizados como conteúdos da saúde (Epstein & Mamo, 2017; Conrad, 1992; Crawford, 2006).

Neste contexto, as práticas sexuais extravasaram a sua caracterização que sob a influência dos movimentos de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos se restringia aos conceitos de licitude ou ilicitude [tendo como fundamento os valores morais envolvidos, tais como o respeito pela liberdade de decisão e o consentimento dos envolvidos (Marzano, 2006; Simard, 2015)] e passaram também a ser consideradas sob outro tipo de conceitos, tais como o de “bom funcionamento sexual” no caso dos homens.

Segundo Bozon (2002) a medicalização da sexualidade tem estado englobada num processo de medicalização da sociedade que atribui uma natureza médica a representações, práticas e problemas.

Dessa redefinição de uma realidade já existente como um problema médico decorrem desdobramentos clínicos sob a forma de exames, diagnósticos e tratamentos. E quando o problema médico toma o seu lugar no espaço coletivo e suscita uma política de saúde pública destinada a reorientar as condutas da população, um patamar suplementar da medicalização é alcançado. (Bozon, 2002 p. 141)

Neste âmbito, este autor realça ainda que alguns domínios, como é o caso da homossexualidade, surpreendentemente, englobaram processos de medicalização e “desmedicalização”. O discurso psiquiátrico que tinha substituído a linguagem religiosa sobre sodomia, desenvolvendo uma classificação de anomalia psicológica ou perversão que nalguns países se chegou a articular com a dimensão penal (implicando a sua classificação como delito ou crime), foi abandonado e a homossexualidade de perversão grave passou a ser considerada uma opção despatologizada.

Epstein e Mamo (2017) optaram por eleger duas perspetivas para a análise do lugar da sexualidade no quotidiano do desejo de saúde e da conjugação da saúde com a sexualidade. A primeira perspetiva incide na ligação do *healthism* aos processos de legitimação social e a segunda, enfatiza a variedade de formas que pode adotar. Os autores defendem que a sexualidade engloba os estilos de vida que estão implicados na promoção da saúde, no *healthism* e na biomedicalização e que é um tópico sensível especialmente suscetível de ser politizado, de poder ser situado num ponto fulcral de controvérsias morais, de poder ser percebido como ilegítimo e estigmatizante e de ser considerado como uma ameaça à ordem social.

No âmbito da sexualidade, as políticas de saúde e os cuidados que muitas vezes se materializam no corpo, na sua exposição e na sua invasão, têm-se centrado numa preocupação globalizada que extrapola a saúde/doença individual e privilegia o bem coletivo. Segundo Bozon (2002) na sociedade contemporânea, os desejos e as relações constroem-se a partir de uma interpretação das experiências vividas por cada um. As representações culturais da sexualidade são cada vez mais explícitas e intervêm na construção de uma nova normatividade das condutas sexuais.

Relativamente ao que pode ser remetido para uma conceção de saúde sexual ligada ao senso comum, no presente estudo foi interessante constatar que os homens entrevistados não evidenciaram uma apropriação leiga do conceito e do seu sentido. No guião das entrevistas realizadas aos homens, constava uma questão que tinha como

objetivo identificar o conceito de saúde/doença sexual dos participantes e que veio a revelar-se como aquela em que se constatou uma maior hesitação e dificuldade nas respostas. Em quase todas as entrevistas a resposta foi antecedida de uma pausa e acompanhada pela manifestação da dificuldade em clarificar a resposta como ilustram os excertos:

Saúde sexual? Não sei como é que te hei-de explicar... (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Saúde sexual...? (E51-O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Pergunta difícil... (E35-EE; 35 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Na minha opinião isso não é assim uma pergunta muito fácil de responder. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Hum... Saúde sexual? (E1-PTE; 40 anos; ens. superior; coabitação)

Ter saúde sexual? Bom... Pergunta engraçada. (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Essa é daquelas mais melindrosas... (E25-EDL; 32 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

No que pode ser entendido como a conceção mais normativa de saúde sexual que atravessa os cenários académicos e clínicos e incidindo no que são atualmente as plataformas eletrónicas de partilha de divulgação científica e académica, constata-se que quando se pesquisa acerca da saúde dos homens e mais especificamente da sua saúde sexual, o *men's health* é um dos descritores indexados nas bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (Plus with full text)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) (with full text)*, que são duas das principais bases de dados bibliográficas no âmbito da saúde. Já no que diz respeito ao termo *sexual health*, este apenas aparece englobado nos descritores indexados da CINAHL. Na base de dados MEDLINE, o termo *sexual health* não consta nos descritores indexados e é substituído pelo termo *Reproductive Health* apresentando como definição (*scope*) *The physical condition of human reproductive systems*.

Segundo Giami (2007), a saúde como forma de bem-estar individual e coletivo é um valor central e irrevogável do mundo contemporâneo. O autor advoga que a definição de saúde sexual implica a ideia de que a sexualidade não se restringe à prática reprodutiva,

mas que, inclui uma melhor saúde e bem-estar. Apesar da definição de saúde sexual ter sido desenvolvida sob o escrutínio da WHO, em 1975, e de a mesma entidade nas suas publicações considerar que a sexualidade inclui a natureza e a frequência dos atos sexuais, as condições de opção ou de coerção que os motivam, os significados que lhes são atribuídos, a perceção e a experiência do desejo sexual e do prazer, a escolha de parceiros sexuais, e a formação e complexidade da identidade sexual do indivíduo (Dixon-Muller, 1993), nos programas de saúde tem-se traduzido em intervenções educativas e preventivas na área da sexualidade e no âmbito da saúde pública. Neste contexto o autor realça ainda que o conceito de saúde sexual é cada vez mais utilizado como o equivalente do termo sexualidade entre os médicos envolvidos no tratamento de distúrbios sexuais.

1.7 O género como estruturador das proximidades e das distâncias aos cuidados de saúde sexual

De acordo com a WHO (2000a), a noção de género engloba os atributos económicos, sociais e culturais e as oportunidades associadas ao ser homem ou mulher num determinado momento. O género enquanto construção social das diferenças entre homens e mulheres é um determinante com impacto reconhecido nos indicadores de saúde (Prazeres, 2008) que tem alicerçado o reconhecimento mundial [WHO; United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); United Nations Population Fund (UNFPA)] da importância do desenvolvimento de políticas de saúde sensíveis ao sexo e ao género.

As diferenças nos padrões de saúde e de doença experienciados por homens e mulheres podem encontrar explicação nas características biológicas que os distinguem e não devem ser menosprezadas as particularidades genéticas, hormonais e metabólicas (Doyal, 2001). No entanto as diferenças entre os sexos ultrapassam o domínio biológico desta realidade e as especificidades de cada sexo não são imunes à construção social da diferença que afeta a saúde dos indivíduos. O facto de os homens apresentarem uma menor esperança de vida ao nascer, a par com o aumento da morbilidade específica relacionada com a idade, sustentam a identificação do género masculino como um grupo de risco para as mortes prematuras (INE, 2018).

Enquanto determinante de saúde, o género, imiscui-se de forma diferente na vida de homens e mulheres e pode ter influência em vários aspetos fundamentais, tais como:

a exposição aos riscos, o acesso e a compreensão da informação sobre a gestão da doença a sua prevenção e controlo, a experiência subjetiva de doença e o seu significado social, as atitudes em relação à preservação da sua própria saúde e de outros membros da família, os padrões de utilização dos serviços e as perceções da qualidade dos cuidados [Women's Health Association of Victoria (WHAV), 2001].

Na medida em que as políticas de saúde permitem, incentivam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde, segundo uma perspetiva de género, contribuem para a evidência de uma visão normativa do que é ser homem e ser mulher e do que é o seu comportamento natural e desejável para a proteção/promoção da saúde sexual de uns e de outros (Masters, Johnson & Kolodny, 1992). Na investigação social, as desigualdades sociais perante a saúde têm sido evidenciadas e, com frequência, a explicação dessas desigualdades remete para aspetos relacionados com o género e com a estratificação social. A identidade masculina constitui-se como fonte de atitudes e de comportamentos diferenciados e de expectativas sociais organizadas em torno do papel do homem. Nestas, realçam-se as desigualdades estruturais, como a da distribuição dos rendimentos entre os diferentes grupos sociais e as desigualdades nos consumos (em que se englobam a utilização/consumo de cuidados de saúde) e os comportamentos de proteção da saúde e de prevenção da doença (Cabral, 2002)¹⁰.

A cultura do género masculino em muitos aspetos é mais patogénica do que protetora da saúde e a maioria dos aspetos negativos pode ser categorizada na rubrica “estilos de vida e ocupações”. Fumar, consumir álcool em excesso e a alimentação desregrada, têm vindo a ser entendidas numa relação causal entre saúde e doença. Helman (1994) realça que, em comparação com as mulheres, os homens são ativamente encorajados a ingerir mais álcool e a fumarem mais cigarros, e que ambas as atividades constituem uma validação da masculinidade “oleando as rodas sociais” da ligação masculina. Na cultura do género masculino existem atividades que validam a masculinidade e que geralmente são descritas como comportamentos de risco.¹¹

Lloyd (1996) defende que a saúde dos homens engloba três dimensões que devem ser tidas em consideração: a biológica (que inclui a anatomia e a fisiologia específicas dos homens), a que diz respeito ao “*risk-taking*” (relativo ao envolvimento dos homens em comportamentos potencialmente perigosos) e a que está relacionada com a

¹⁰ Baseado na publicação de Tereso (2015)

¹¹ Idem

masculinidade (o processo de ser ou de se tornar um homem que geralmente influencia negativamente as práticas de saúde dos homens e os seus resultados).

O'Brien (2006) analisou as experiências de saúde e de doença dos homens e as suas relações e implicações para as práticas de masculinidade e considerou que as descrições dessas práticas eram cruciais para a compreensão destas experiências.

Tendo como ponto de partida a importância da informação sobre as especificidades masculinas nas necessidades de saúde, como um contributo para a melhoria da situação atual da saúde dos homens, o Observatório Nacional de Saúde em Portugal (ONSA) realizou um estudo, denominado “Uma observação sobre a utilização de “cuidados preventivos” pelo homem em Portugal Continental” (ONSA, 2007). Como resultados deste estudo destacam-se duas perspetivas interessantes. A primeira diz respeito à consideração de que a criação de indicadores específicos sobre a saúde masculina implica não só a desagregação de dados de determinantes de saúde, morbidade e de mortalidade por sexo, mas também a implementação e avaliação de programas especificamente destinados ao sexo masculino como grupo-alvo; a segunda enfatiza o desenvolvimento de estratégias que promovam a participação dos homens em programas de índole preventiva, nos quais as doenças com maior impacto na saúde do homem mereçam uma atenção especial.

Na sociedade portuguesa, entre as doenças com maior impacto na saúde dos homens podem-se referir as IST¹² e as suas implicações na saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos [Direção Geral da Saúde (DGS), 2015]. Neste âmbito, realça-se que em 2016 a infeção pelo VIH/SIDA no grupo dos homens com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos englobava as 5 principais doenças causadoras de morbidade nos homens e que a transmissão do vírus atualmente acontece sobretudo por via sexual e em relações heterossexuais (45,5%) (Ministério da Saúde, 2018).

¹² As IST constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade. As IST podem-se transmitir através de um contacto sexual como é o caso da infeção pelo VIH1/2/SIDA, da hepatite B e da hepatite C, do herpes genital, da infeção pelo vírus do papiloma humano, das vaginites provocadas por *Trichomonas vaginalis*, da sífilis, da gonorreia, do linfogranuloma venéreo provocado por estirpes LGV de *Chlamydia trachomatis* e de uretrites e cervicites provocadas por *C. trachomatis*, estirpes D a K, e *Mycoplasma genitalium* [Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), 2019].

Antes da era dos cuidados de saúde reprodutivos, as preocupações políticas com a saúde, a sexualidade e a reprodução das populações debruçavam-se sobre o crescimento populacional insustentável. Com base na premissa do controle da fertilidade e na constatação do facto de as mulheres albergarem, física e socialmente, uma grande parte da morbidade e da mortalidade reprodutiva, foram desenvolvidos estudos sobre os determinantes da fertilidade que tomaram as mulheres como sujeitos privilegiados de análise. Contextualmente, os homens foram relegados para determinantes distantes da fertilidade das mulheres e excluídos enquanto parceiros (Lundgren, 2000).

A International Conference on Population and Development (United Nations, 1994), no Cairo, evidenciou a necessidade de serem desenvolvidos mais programas com informação e serviços relativos à saúde reprodutiva, com o objetivo de promover uma maior igualdade de género. A proposta subjacente consistia em envolver os homens diretamente na saúde reprodutiva das mulheres e centrava-se na utilização de meios masculinos de contraceção, no apoio da utilização de contraceção pelos parceiros, através da realização da decisão conjunta, e na prevenção do aumento das IST através de comportamentos sexuais responsáveis. A ênfase foi colocada numa dimensão de cidadania em que os direitos reprodutivos se encontravam integrados na carta de direitos universais e pressupunha que homens e mulheres pudessem agir livre e informadamente, no que diz respeito à reprodução e à sexualidade. Neste âmbito, eram tidos em conta os contextos sociais, familiares e culturais em que se situam os indivíduos portadores desses direitos e o desenvolvimento de saberes e de políticas de saúde.

Historicamente, os programas de saúde que têm incluído na saúde reprodutiva alguns dos aspetos relacionados com a saúde sexual têm-se centrado na provisão de cuidados no âmbito do planeamento familiar e da saúde materna. Paralelamente, tem-se constatado que no desenvolvimento de novos métodos contraceptivos, os progressos se têm centrado no controle da fertilidade nas mulheres, sendo que muitos dos métodos não interferem no ato sexual e não requerem o envolvimento ativo dos homens (Lundgren, 2000). As práticas de saúde têm enfatizado a saúde da mulher, divulgando a ideia de que estas albergam os maiores riscos de saúde associados à reprodução e na suposição de os homens serem, em grande parte, responsáveis por esses riscos.

Apesar de as dimensões da procriação, da contraceção e da sexualidade poderem ser consideradas como partes de um todo (Almeida, 2004), no planeamento e na organização dos cuidados de saúde em Portugal, a abordagem da sexualidade encontra-

se confinada a uma lógica reprodutiva, heterossexual (confinada às mulheres) e excluída do *continuum* de vida dos indivíduos. Este aspeto é realçado pela omissão do termo “Sexual” na designação do “Programa Nacional de Saúde Reprodutiva” no atual Plano Nacional de Saúde [2012–2016, com revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015)], que veio substituir a designação do “Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva”, que constava do Plano Nacional de Saúde anterior. É também interessante referir que, na maioria dos Centros de Saúde, das Unidades de Saúde Familiar e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, a designação “Planeamento Familiar” foi substituída pela designação “Saúde da Mulher” (designação dada a conhecer aos utentes para a marcação de consultas, nas placas existentes nas receções das instituições e nas portas dos gabinetes). Neste tipo de cenários, a exclusão dos homens é também perceptível através dos objetos que os povoam (cartazes, revistas, panfletos) e que se destinam de uma forma exclusiva a um público feminino.¹³ Neste âmbito realça-se que o Action Plan for sexual and reproductive health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind (WHO, 2016) não reconhece de forma visível os homens como sujeitos a serem incluídos.

Neste âmbito, realça-se que a prevenção de sequelas de infeções sexuais não diagnosticadas nas mulheres pode, em grande parte, contribuir para diminuir a sobrecarga física e social dos problemas reprodutivos (WHO, 2000) e que as consequências dessas infeções podem ser graves, e por vezes fatais, para as próprias e para os seus filhos. Contudo, enquanto que nas mulheres o diagnóstico é ameaçado por dificuldades metodológicas de natureza clínica, nos homens, muitas das IST são fáceis de diagnosticar e de tratar, em comparação com as das mulheres (WHO, 2000a). De realçar que os programas que providenciam serviços aos homens podem ter como consequência benéfica alcançar mulheres, assintomáticas, mas infetadas, através de estratégias de notificação dos parceiros, embora este tipo de estratégias seja notoriamente difícil e esteja longe de estar avaliado (Collumbien & Hawkes, 2000).

O impacto das IST (incluindo o VIH) na organização do fornecimento de cuidados de saúde reprodutiva implicou incorporar os homens como potenciais beneficiários das intervenções. Foi reconhecido pelos políticos, por profissionais que elaboravam os programas de intervenção, pelos investigadores e por especialistas do direito que a saúde reprodutiva dos homens e os seus comportamentos sexuais tinham efeitos diretos na saúde

¹³ Tereso (2015)

das mulheres (Collumbien & Hawkes, 2000). Apesar dos eventuais benefícios decorrentes desse reconhecimento, esses programas têm evidenciado uma racionalidade biomédica para alcançar os homens, e a inclusão masculina tem sido considerada como um meio para atingir um fim no feminino. De realçar que em contraste com a ancoragem da saúde das mulheres numa alargada consciência feminista, a saúde dos homens tem-se situado localmente e permanecido descontextualizada de um movimento mais alargado.

A preservação da saúde sexual, considerada simultaneamente como um direito e como um dever, encontra-se associada à organização política dos cuidados de saúde e aos comportamentos individuais relacionados com a saúde. Contudo, a saúde sexual extrapola o controlo dos comportamentos individuais, principalmente os que são relacionados com a sexualidade e a identidade de género, ao depender do comportamento dos outros indivíduos, das condições sociais que se inscrevem nos comportamentos, do acesso aos serviços de saúde e da existência de políticas públicas eficazes. No âmbito da influência das condições sociais enquanto geradoras de práticas e de representações sociais realçam-se ainda as implicações que estas podem ter na vulnerabilidade à doença (Paiva & Amâncio, 2004).

As conceções sociais generalizadas sobre a saúde sexual masculina têm como implícita a sua natureza íntima, privada e subjetiva, já que é considerada uma realidade que tem a ver com a consciência de cada um, porque acontece no domínio privado das relações sexuais e também porque é pensada como estando unicamente articulada com as subjetividades individuais. Contudo, a permeabilidade dos processos de saúde/doença sexual confere-lhe um carácter público, em que se constroem e reconstroem complexas relações entre comportamentos e atitudes individuais no âmbito da sexualidade, fatores sociais, papéis de género e acesso a cuidados de saúde.

No âmbito da investigação sociológica realizada em Portugal, nos últimos 15 anos têm vindo a ser realizados e publicados estudos muito interessantes que abordam questões relacionadas com a saúde reprodutiva masculina. Desses destacam-se: Vasco Prazeres com as publicações “Saúde Juvenil no Masculino: Género e Saúde Sexual e Reprodutiva” (2003) e “Tratar da Vida, Tratar do Corpo: Masculinidades e Políticas de Saúde” (2004) (capítulo publicado na obra de Lúcia Amâncio, “Aprender a Ser Homem. Construindo Masculinidades”), Victor Rodrigues, que em 2007 apresentou o tema “O silêncio da Saúde Reprodutiva Masculina” no Colóquio Internacional Saúde e Sociedade e Ana Nunes Almeida e Duarte Vilar que em 2008 publicaram o artigo “Literacia e Práticas

Contraceptivas Masculinas”. No entanto, surpreendentemente, apesar de a saúde sexual constituir um vasto campo de possibilidades para a investigação sociológica, não tem sido considerada como área preferencial pelos investigadores, e os estudos que têm sido desenvolvidos centram-se sobretudo em abordagens que excluem o género masculino. Como exceções a este cenário realçamos a publicação de Sofia Aboim, em 2013, “A Sexualidade dos Portugueses” com a qual pretendeu contribuir para uma reflexão crítica sobre a «revolução sexual» iniciada na segunda metade do século XX, propondo que, a par da maior liberdade e do elogio do prazer, novas regras de dominação e outras formas de controlo se manifestam nos nossos dias e a obra publicada em 2010 por Ferreira e Cabral “Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos”, que analisa as práticas sexuais no quadro das relações sexuais, abrange os comportamentos sexuais considerando os valores e atitudes que rodeiam a sexualidade e a relação entre sexualidade e o bem-estar do indivíduo¹⁴.

Segundo a WHO (2010), conceptualmente a saúde sexual e a saúde reprodutiva estão interligadas, quer direta, quer indiretamente. Desde a International Conference on Population and Development [United Nations (UN), 1994] que o termo “saúde sexual e reprodutiva” se difundiu mundialmente apesar de nalguns países, a existência de sensibilidades culturais e políticas limitarem o uso do termo saúde sexual. Nesses países [nos quais se inclui Portugal que omite a termo saúde sexual na designação dos seus programas de saúde (DGS, 2018)] o termo saúde reprodutiva é interpretado e operacionalizado como incluindo implicitamente aspetos relacionados com a saúde sexual (WHO, 2010). Neste contexto, realça-se que a definição de saúde sexual como uma componente da saúde reprodutiva, elaborada na International Conference on Population and Development (UN, 1994), tem sido questionada, pois é amplamente reconhecido que a saúde sexual é mais abrangente do que a saúde reprodutiva, o que realça a importância de considerar a saúde sexual como uma área per se. Nesta consideração destaca-se que a saúde sexual está subjacente e é uma condição necessária para a obtenção da saúde reprodutiva, não podendo ser reduzida a uma componente da saúde reprodutiva.

A sexualidade e as dinâmicas dos relacionamentos sexuais têm uma influência fundamental para a prevenção de numerosos problemas, tais como, por exemplo a gravidez indesejada e as IST, e que integram tanto a saúde sexual como a reprodutiva.

¹⁴ Ver referências bibliográficas completas na bibliografia deste trabalho.

Não obstante, a maior parte da atividade sexual não está diretamente associada à reprodução, e é relevante ao longo da vida, o que implica a desadequação da utilização do termo “saúde reprodutiva” como um termo abrangente e agregador. A saúde sexual reconhece nos indivíduos e casais de todas as orientações sexuais a existência do desejo e a aspiração à satisfação sexual o que pode não englobar a fertilidade e a reprodução e englobar a disfunção sexual e a violência relacionada com a sexualidade, que não encaixam necessariamente num enquadramento exclusivo da saúde reprodutiva (WHO, 2010).

Nas abordagens realizadas à saúde sexual dos homens, um aspeto que atravessa as conversas com profissionais e com utentes do SNS diz respeito à consideração de não haver serviços disponíveis no âmbito da saúde sexual dos homens, o que é explicado pela sua eventual não utilização, o que implicaria um consumo desnecessário de recursos. No entanto vários homens referem que quando tiveram problemas sexuais, tentaram procurar ajuda e que as dificuldades se situaram entre o “não saber onde ir”, o “ninguém querer saber” e o “aparecer um batalhão de pessoas para ver”.¹⁵

1.8 Do corpo procriativo ao corpo prazer: erotização e risco nos quotidianos masculinos

A sexualidade tradicionalmente confinada à privacidade, aos espaços íntimos e fechados tem gradualmente penetrado nos espaços públicos. Considerada como estando ligada ao amor e às emoções, num contexto influenciado pela epidemia do VIH/SIDA, tornou-se objeto de cálculos e de medidas racionais, passível de vigilância e punição por um discurso público (Loyola, 1999). Na experiência contemporânea da sexualidade, o surgimento da SIDA intensificou as perceções individuais, profissionais e sociais de risco (Nettleton, 2006) e contribuiu para a consideração do sexo enquanto ameaça potencial ao bem-estar individual e público.

Segundo Lupton (1993) o risco é um conceito ideologicamente carregado com múltiplos significados. No entanto, este conceito, no contexto da saúde pública, tem sido utilizado na educação para a saúde para a criação de uma consciência pública dos riscos para a saúde dos indivíduos, que se relacionam com as suas escolhas relativas a estilos de vida. A discriminação irracional e o medo das pessoas infetadas com VIH são exemplos

¹⁵ Tereso (2005)

da equivalência do estar em risco com o pecado. A retórica do risco serve diferentes funções e depende da forma como o risco é percebido como sendo pessoalmente controlável. A autora acredita que a coesão social é mantida através de dois tipos de atribuição do risco: a culpabilização da vítima (que protege o controlo social interno) e a responsabilização do inimigo (que reforça a lealdade). A categorização de quais são os riscos considerados internos e externos influencia os julgamentos morais sobre a culpabilização e a responsabilidade relacionados com o colocar a saúde em perigo e enfatiza a relevância de mapear as instituições que detêm o poder para definir essas categorias de risco (Lupton, 1993).

Sapolsky (1990) defende que a importância contemporânea atribuída ao risco é oriunda do sistema político dos países industrializados. Nos contextos leigos a informação para a avaliação dos riscos pode ser disponibilizada por cientistas, empresários, políticos ou pelos meios de comunicação, que nem sempre garantem a veracidade dos factos face aos conflitos de interesse que podem estar envolvidos. As definições de risco podem ser consideradas ferramentas concetuais hegemónicas que mantêm a estrutura de poder da sociedade. As grandes empresas e os sistemas políticos assumem o protagonismo na identificação de riscos e nas propostas para as suas soluções (Lupton, 1993).

No contexto da saúde sexual dos homens, o discurso de risco é habitualmente moralista e recriminador de comportamentos considerados socialmente inaceitáveis, exercendo controle sobre o corpo político e sobre o corpo físico.

Hawkes (1996) considera que a higiene está profundamente relacionada com a saúde e com os comportamentos que lhe são inerentes e que permitem a prevenção da doença. A definição de “higiene” extrapolou as práticas antissépticas e a sua dimensão social introduziu um conteúdo moral que veiculou o comportamento saudável como um imperativo. Esta moralidade internalizada imiscui-se nas práticas preventivas como um meio para atingir um fim e a higiene tornou-se num desses fins. Neste contexto a preocupação da higiene sexual não incidiu nas doenças sexuais, mas na promoção daquilo que eram considerados os comportamentos saudáveis para o indivíduo e para a sociedade e a expressão da sexualidade adulta como o coito heterossexual mutuamente prazeroso emergiu como central na saúde sexual. Durante várias décadas, a sexualidade foi considerada como natural e desejável para a conquista de um corpo saudável, e a iniciativa e o desempenho da tarefa de proporcionar prazer estava a cargo do homem. No entanto, com o desenvolvimento do conceito de higiene sexual e da responsabilização da mulher

pela sua salvaguarda, esta passa a ter a seu cargo o prazer sexual do seu marido e o seu fracasso nesta função passa a ser visto como iminência de infidelidade. A educação sexual da mulher era assim um requisito para a manutenção de um casamento monogâmico e estável.

Segundo Hawkes (2004) o século XIX englobou dois períodos no que diz respeito ao sexo e à sexualidade. A primeira metade do século, um período desencadeado pela densidade populacional (que imputou o estatuto de ameaça ao comportamento sexual das massas), e a segunda metade, um período caracterizado pela constatação da ligação entre o sexo desregrado, a sobrepopulação e a deterioração da saúde pública que conduziu à intensificação do poder social e da autoridade moral e científica da medicina. O sexo prazer passou a ser encarado como sexo perigo e o desenvolvimento científico permitiu a objetivação dos aspetos negativos do desejo e do prazer e reescreveu as perspetivas do iluminismo acerca do “sexo natural”. Neste contexto, as construções genderizadas e incorporadas da sexualidade mantiveram-se numa conjuntura complacente em virtude dos benefícios sociais e individuais obtidos de um sexo coital heterossexual praticado com moderação dentro do casamento. O sexo marital era potencialmente reprodutivo, contido e respeitável. A sua respeitabilidade residia no facto do prazer ser restringido ao contexto de uma relação monogâmica que legitimava a reprodução (Hawkes, 1996).

A história da sexualidade como um problema de saúde pública remonta ao século XIX e nessa época a abordagem da sexualidade foi inicialmente considerada em relação à procriação. As ideias centrais e as estratégias previstas pelas instituições de saúde pública eram preservar as melhores condições para procriar, num contexto de casamento, expressas quer como uma função biológica, quer como um valor moral da sociedade. No decurso dos anos 60, este tipo de perspetivas mudou e a introdução da contraceção hormonal oral teve o efeito de legitimar socialmente a atividade sexual não procriativa dentro e fora do casamento. O conceito de saúde reprodutiva passa a enfatizar as opções reprodutivas individuais. No entanto, a inclusão da sexualidade como problema de saúde pública, ampliou as possibilidades de medicalização da sexualidade concentrada nas populações e não nos indivíduos, implicou ir além do modelo médico/paciente e implementar estratégias preventivas e de controlo da saúde através de campanhas de informação pública (Giarni, 2002).

O conhecimento médico sobrepôs-se às consequências dos desígnios da natureza na sexualidade das mulheres e desenvolveu tipologias de normalidade e de anormalidade

acerca do controlo dos aspetos indesejados da sexualidade. Nesta nova ordem social o modelo binário, que fixava expressões de desejo em categorias de feminino e de masculino, normal e anormal, saudável e doente, teve um papel crucial. Central a todas estas mudanças estava o foco sobre a sexualidade reprodutiva contida em limites sociais rígidos e no silêncio acerca das alegrias do sexo. A gravidez deixa de ser uma dádiva de Deus e passa a ser o resultado de uma intenção, de um planeamento. O corolário era a rejeição de qualquer outro tipo de prazer. Para um escrutínio e um controlo mais intenso emergiram três aspetos: a autonomia sexual das mulheres, o autoerotismo e o desejo entre pessoas do mesmo sexo, especialmente entre homens. A essência da “sexualidade Vitoriana” foi encapsulada no ideal da mulher assexuada na qual a sexualidade era obliterada pela reprodução. A manutenção das analogias fixas entre o sexo corporal e o comportamento social aceitável intensificou o escrutínio secular da sexualidade dos homens e das mulheres, enquanto a aceitabilidade das formas de expressão do desejo heterossexual se estreitava (Hawkes, 2004).

Muchembled (1988) defende que o orgasmo ou 'pequena morte' foi situado paradoxalmente no campo demoníaco e no campo místico, e que só na década de 60 é que se diluiu a forte repressão do prazer resultante dos esforços conjuntos entre a igreja e o estado na procura de controlar os corpos e disciplinar as consciências dos indivíduos. De acordo com o autor (1988) o primeiro relatório de Alfred Kinsey, publicado em 1948, foi um marco na libertação feminina do que classifica como "tirania da sexualidade obrigatoriamente fecundadora" (p. 308). Neste âmbito realça ainda o impacto da pílula anticoncepcional comercializada na década de 1960 (que permitiu uma proteção libertadora), as conquistas feministas, e a legalização do aborto e de comportamentos sexuais estigmatizados, como foi o caso da homossexualidade entre adultos e mediante consentimento (Hawkes, 2004). Neste contexto realça-se uma diminuição da censura (apesar das diferenças abissais entre os vários países) que permitiu a elaboração de leis que incidiam sobre aspetos explicitamente sexuais.

O desejo sexual e o prazer têm conhecido significados diferentes ao longo do tempo e de acordo com os diferentes contextos sociais. Uma dimensão de análise interessante diz respeito à forte ligação entre o desejo e a ordem social. A abordagem da interação entre o individual e o social no que diz respeito ao sexo, foi sobretudo objeto da interpretação sociológica que enfatizou o experiencial sobre o estrutural. Nesta abordagem foi desvalorizada a existência de uma dimensão ideológica do desejo sexual

e do prazer que opera a um nível menos consciente e que liga a experiência sexual à ordem social (Hawkes, 2004).

Este mesmo autor defende que a libertação sexual foi um fenómeno com duas faces opostas. Por um lado, amenizou o secretismo embaraçante que alimentava a ignorância e que desencorajava a discussão aberta sobre os assuntos sexuais, mas, por outro, alimentou as campanhas dos movimentos conservadores sobre promiscuidade sexual e desintegração da família. Falar sobre sexo requeria perícia, de forma a evitar a erosão das distinções no comportamento sexual. Em conformidade, os especialistas da saúde reivindicaram a liderança e assumiram a exclusividade na produção de conhecimento e na disponibilização de “intruções” de cariz sexual (Hawkes, 2004). No discurso dos profissionais que ecoou nos media mais populares eram enfatizadas normas sociais edificantes. A principal englobava a ideia de o sexo permanecer como algo que acontecia em privado, no âmbito de uma relação estruturada e estável (o casamento evidenciava-se como a relação ideal) e obviamente heterossexual e coital. As posições e as alternativas que aumentassem o prazer eram englobadas, mas restringiam-se às que proporcionavam o orgasmo vaginal. A sexualidade das mulheres passou a ser cuidada e incentivada, e o seu treino e perícia sexual tornaram-se gradualmente uma imposição social, apesar de na esfera pública, o prazer sexual e a expressão da sexualidade terem mantido o estatuto de moralmente corruptos e obscenos.

Desenvolveram-se distinções normativas entre a intimidade e a expressão sexual privada e pública que veiculavam a circunscrição da “liberdade sexual” à esfera privada e doméstica (“o lugar adequado”) (Hawkes, 2004). Esta transformação de uma sociedade em que os afetos e as funções corporais deixam de ser visíveis e explícitas e passam a ter de ser dissimuladas e controladas é descrita por Elias (2003).

Nas duas últimas décadas do século XX a distinção entre esfera pública e privada tornou-se ambígua. Em primeiro lugar o sexo e a sexualidade saíram do domínio exclusivo dos profissionais e dos peritos. A importância da produção oficial e da disseminação do conhecimento sexual foi substituída pela importância do poder de escolha e do consumo do sexo e da sexualidade. A perícia que era oferecida nas publicações produzidas pelos “especialistas do sexo”, foi substituída por uma nova forma de falar sobre sexo divulgada através de um marketing concebido por empresários do sexo e direcionado para a obtenção de prazer. Em segundo lugar, diluiu-se a distinção moral entre as esferas pública e a privada do sexo.

- Os encontros sexuais anónimos, até aqui percebidos como uma característica definidora da prostituição, foram contextualizados no âmbito dos entretenimentos.
- As novas tecnologias de informação contribuíram para a emergência de *reality shows* na televisão que oferecem experiências voyeurísticas aos espetadores e encorajam a exibição sexual dos concorrentes.
- A globalização da internet e da tecnologia digital permitiu a expansão do acesso anónimo a material erótico e pornográfico (Hawkes, 2004).

De acordo com este autor, este erotismo comercializado adulterou a separação entre o público e o privado oferecendo uma entrada virtual para a intimidade de um espaço privado, o quarto¹⁶, que passa a albergar o sexo, descontextualizado de qualquer tipo de compromisso ou de laços emocionais, que fora até então formalmente definido como prostituição. Contemporaneamente, esta ligação estigmatizante foi suavizada pela sua fragmentação em diversos contextos, o que diluiu os limites morais acerca do sexo público e do sexo privado.

De acordo com Bozon (2002), a "sexualidade" é o resultado de uma autonomização crescente. Como resultado da generalização do acesso aos métodos contraceptivos, diferenciou-se progressivamente da procriação num contexto conjugal, a chamada ordem tradicional. Inscrito na história da dominação masculina e da emancipação das mulheres, este processo contribuiu para o aparecimento de uma esfera de privacidade (circunscrita ao recato do quarto) e de subjetividade (sentimentos de amor, em particular), que se manifesta, especialmente na sociedade urbana, por uma individualização nas trajetórias sexuais que se tornaram decisivas na construção dos sujeitos. Contudo, este autor não conclui que se trata de uma revolução ou de uma desregulação da sexualidade, mas sim da emergência de uma nova normatividade. Os quadros sociais da sexualidade contemporânea propõem de facto uma nova formulação das relações de género. Atualmente, apesar de os padrões conjugais e românticos se diluírem, as interações sexuais permanecem inscritas no formato das relações instituídas entre os indivíduos e a assimetria de papéis persiste. Este autor (Bozon, 2002) defende que a abordagem da sexualidade implica a análise da dimensão socio-histórica da sua organização social, da esfera mais íntima englobadora do desejo e do prazer.

¹⁶ De acordo com Bozon o “quarto conjugal” constituiu-se como “o templo secreto da sexualidade legítima” (Bozon, 2002, p. 34).

Evans (1993) defende que a explicação da “sexualização das sociedades modernas” implica considerar o contexto das dinâmicas políticas, económicas e ideológicas do capitalismo tardio. O autor argumenta que o capitalismo moderno engendra e alimenta o consumismo e neste contexto a cidadania sexual opera como um diferencial na qualificação para “mercados sexuais e sexualizados específicos”. Os parâmetros da cidadania sexual situam-se numa relação dinâmica com o capitalismo, na qual a realização de uma cidadania em pleno é filtrada através de um prisma de conformidade com o padrão sexual. A adesão ao sexo marital, monogâmico, heterossexual e procriativo é consistente com uma cidadania plena, no entanto para aqueles cuja sexualidade não se expressa dentro destes padrões, os direitos são diferencialmente proscritos. Neste âmbito faz sentido mencionar o conceito de cidadania “moral” (Crawford, 1980; Lupton, 1994) que enfatiza uma moralização subjacente à adoção de um padrão sexual como uma responsabilidade individual e moral, como um dever suportado por modelos de regulamentação que incidem na responsabilidade pessoal pela saúde. A existência de um discurso moral em torno do sexo e dos comportamentos sexuais é visto como um exemplo de *healthism*, no qual a saúde é considerada central em todos os aspetos da vida e a autodisciplina vista como um meio para alcançar saúde (Crawford, 2006).

Carver e Mottier (1998) afirmam que o estado ocupa uma posição chave nas políticas da sexualidade, o que torna importante a análise das políticas através das quais o estado organiza e regula a sexualidade dos cidadãos e dos tipos de mobilização política implicados.

Hawkes (2004) defende que o que é definido e experienciado como aceitável e não aceitável, é extremamente contingente. Neste âmbito Lupton (2014) enfatiza as implicações éticas, morais e políticas da utilização do que designa como a pedagogia da “aversão”¹⁷ nas campanhas de saúde. A autora argumenta que os mentores das campanhas de saúde pública, por vezes, utilizam a “aversão” como estratégia para persuadir o público-alvo a alterar comportamentos, o que na sua opinião reforça a estigmatização e a discriminação de indivíduos e grupos.

Aboim (2013) afirma que a sexualidade e o prazer sexual tornaram-se centrais na construção dos indivíduos. Para a autora “A procura incessante de realização pessoal através da sexualidade, da intimidade e do prazer tornou-se fundamental para o indivíduo

¹⁷ O termo utilizado pela autora é “*disgust*”

não só enquanto prova viva da sua felicidade, mas, mais do que isso, também enquanto afirmação da sua «normalidade» (Aboim, 2013, p.37). Paralelamente, refere ainda que a classificação dos comportamentos se tornou mais ambígua, que se diluíram as fronteiras entre o puro e o impuro e que se ampliaram as dificuldades em definir o conceito de “normalidade”.¹⁸

Prazeres (2008a) na sua obra “O voo desordeiro de Eros” afirma que:

Hoje, não se afigura mais ser possível encarar o sexo e as relações interpessoais através de cartilhas únicas, de manuais de procedimentos prescritivos ou de normativas conjunturalmente aprovadas. Precisamos de ser capazes de entender bem as forças que regem a nossa vida fora da alcova para, desse modo, conhecermos melhor as linhas com que nos cosemos debaixo dos lençóis. Não nos basta substituir os óculos da Moral pelos da Filosofia, da Medicina, da Justiça ou pelos da Política (a ordem neste caso é arbitrária) para que se enxergue com clareza o universo complexo de Eros. Precisamos de vários tipos de lentes e de um conjunto de filtros coloridos que nos permitam estudar o voo fascinante da divindade, os espaços em que se desenrola e os locais em que resolve poisar. (p. 144)

A análise da erotização do corpo masculino engloba não só o processo procriativo, mas também um processo de procura de prazer e a materialização de um sujeito sexual, implica a existência de um corpo erótico para além de um corpo fisiológico (Dejours, 2000). Na sexualidade contemporânea, as lógicas de experimentação sexual e o elogio do prazer erótico assumiram protagonismo e constata-se uma inegável passagem de uma “ordem tradicional da procriação”, para uma “ordem da intimidade e do prazer” (Bozon, 2002).¹⁹ Giddens (1996) fala de uma sexualidade descentrada, liberta da reprodução²⁰, uma sexualidade autónoma, associada ao amor romântico²¹, que designa como *sexualidade plástica* e que tem como ideal subjacente a *relação pura*. Neste tipo de

¹⁸ Tereso (2015)

¹⁹ Tereso (2015)

²⁰ Segundo Giddens (1996) desenvolve-se como “(...) resultado da divulgação da contraceção moderna e das novas tecnologias reprodutivas. A sexualidade plástica pode ser moldada como uma característica da personalidade e, nesta medida, está intrinsecamente ligada ao *self*. Ao mesmo tempo, ela liberta, em princípio, a sexualidade da dominação do falo, da ufana importância da experiência sexual masculina.” (p. 2)

²¹ Giddens (1996) afirma que o amor romântico é o precursor da relação pura, embora se encontre em conflito com ela. O amor romântico “(...) pode ser visto como um ativo e radical comprometimento com a ‘masculinidade’ da sociedade moderna.” (p.2)

relação, caracterizada por uma igualdade sexual e emocional, é valorizada a autonomia individual (incluindo a reivindicação feminina do prazer sexual). Segundo Aboim (2013) esta é uma visão longínqua dos determinismos biológicos e dos constrangimentos morais impostos por uma sociedade puritana em que o prazer era condenável. “Nas sociedades contemporâneas ocidentais, cada indivíduo seria assim mais livre para construir o seu próprio «roteiro sexual» e para o negociar permanentemente com o parceiro.” (Aboim, 2013, p.41).

Acadêmica e clinicamente a abordagem do prazer masculino nas relações heterossexuais tem incidido quase exclusivamente na sua inexistência. No que se refere aos significados atribuídos ao prazer masculino, Jackson e Scott (2007) argumentam que:

os significados masculinos atuais associados à "sentença sexual" e ao próprio orgasmo não são dados pela anatomia e fisiologia sexual masculina, mas são o produto de significados culturalmente ordenados incorporados em práticas sociais particulares. Os significados do orgasmo derivam de contextos sociais, não biológicos. (p.105)

Neste âmbito emerge a pertinência de analisar as formas e os contextos sociais nos quais esses significados são produzidos e reproduzidos para analisar o prazer masculino heterossexual. Explorar os discursos dos homens e das mulheres heterossexuais sobre prazer sexual permite analisar as nuances da naturalização da sexualidade heterossexual masculina e identificar as antinomias nos processos de construção de uma concepção única e uniforme de prazer (Camoletto & Bertone, 2010).

De acordo com Camoletto e Bertone (2010) a análise da concepção naturalizada da sexualidade do homem (heterossexual) através da abordagem das múltiplas formas através das quais os homens heterossexuais experimentam e dão sentido à sexualidade nas suas vidas cotidianas, não tem tido grande relevância na investigação desenvolvida. A persistência da naturalização da sexualidade masculina reproduz uma concepção dos homens baseada na subordinação a um desejo sexual (um instinto, uma força inata) que procura libertação e satisfação no orgasmo. Assim, os homens são impelidos a procurarem e a estarem incondicionalmente disponíveis para a atividade sexual. Esta perspectiva da sexualidade masculina, que se encontra enraizada numa assunção essencialista, considera os homens como máquinas de desejo sexual, impelidas pela natureza, iguais e imutáveis.

Giarni (2015) considera que o prazer masculino é o resultado esperado do funcionamento da atividade sexual normal. Considerado sempre presente e inquestionável, o desejo masculino não é entendido pelos homens no grupo das disfunções pelos homens. No que diz respeito às disfunções que são constatadas pelo próprio e pela/o parceira/o, são remetidas para a incapacidade de ter um desempenho “capaz”, quer na qualidade da ereção (nos casos da disfunção erétil), quer na duração (nos casos de ejaculação prematura²²).

Harrison e Dignan (1999) enfatizam as alterações orgânicas e as implicações que estas alterações podem ter no desejo, no prazer, no funcionamento sexual dos homens e na sua qualidade de vida. Independentemente do género, a saúde de uma forma global, pode condicionar a saúde sexual e a obtenção de prazer (que engloba a autodescoberta da sexualidade, a sua autodefinição e a aceitação pessoal e social). De acordo com os autores o medo, a vergonha e a culpa que interferem na saúde sexual dos homens devem ser abordados pragmaticamente e as definições médicas e sociais de comportamento normal e desviante devem ser analisadas.

Também Bozon (2002) defende que na sexualidade contemporânea, a experiência pessoal²³ na esfera da intimidade e da afetividade adquiriu protagonismo e a procriação foi remetida para um plano secundário. O reportório sexual foi ampliado, as normas e as trajetórias da vida sexual diversificaram-se, tal como os saberes e as encenações da sexualidade.

O autor refere ainda que na sexologia contemporânea o tema da normalidade que era central no século anterior, foi substituído pelo prazer, tendo como corolário principal o funcionamento conjugal heterossexual. Neste contexto “(...) o orgasmo é a finalidade, a prova e a realidade profunda da sexualidade; e também a unidade de medida da atividade sexual (...)” (Bozon, 2002, p.51). A experiência sexual, apesar do processo histórico de privatização, que a situou na esfera íntima, passou e englobar a visibilidade e a aceitação social crescente das “orientações sexuais alternativas”.

²² A ejaculação prematura é uma das disfunções sexuais masculinas mais comuns e encontra-se associada a baixa satisfação na relação sexual, a altos níveis de ansiedade pessoal e dificuldade no relacionamento interpessoal, nomeadamente com a parceira sexual. A definição atual de ejaculação prematura incide em quatro aspetos: tempo de latência intravaginal, incapacidade de controlo da ejaculação, consciência da ejaculação prematura como um problema por parte do homem e o facto de esta consistir um problema para a/o parceira/o. Existem vários tratamentos para esta situação passando pela terapêutica oral à tópica e à terapia comportamental (Carvalho, 2014)

²³ Experiência essa que segundo Bozon (2002) é uma experiência de si mesmo e de novas relações interpessoais que estão relacionadas com outras transformações sociais.

2 De corpo a corpo: saberes e intersubjetividades em contexto

2.1 Percepções coletivas e individuais da saúde sexual masculina

Situar o individual (a dimensão mais pessoal e íntima da vida de qualquer ser humano) num contexto político mais alargado implica integrar as múltiplas facetas da sexualidade contemporânea nas alterações mundiais que as contextualizam. Considerar a sexualidade num enquadramento global, permite interligar os direitos sexuais, a saúde e a educação, simultaneamente com questões sobre o que é relevante em termos das estruturas morais e de valores sociais das diferentes culturas. Ter em conta as diferenças em relação à economia e à história de cada país é também obrigatório quando se pensa na sexualidade num contexto global. Implica também a avaliação das assunções e dos sistemas de valores de cada um dos envolvidos. Compreender as intimidades da sexualidade em dimensões globais inclui questionar e problematizar as percepções sobre o que é considerado como certo e errado por cada um e sobre o que é “natural” relativamente à sexualidade (Herdt & Howe, 2007).

Segundo Robertson (2007), as práticas de saúde, os comportamentos e as experiências relacionadas com a saúde não se conseguem analisar fora do contexto social em que emergem, sendo que as relações entre “masculinidades” e “práticas de saúde” são moldadas nos e pelos contextos sociais particulares. Neste âmbito enfatiza ainda a importância da exploração crítica dos relatos dos homens leigos e dos profissionais de saúde.

Moscovici (1992) defende que a experiência de doença e a relação que o indivíduo estabelece com a mesma, ilustra a representação que tem de si próprio, e situa-se em dois domínios próximos. O primeiro diz respeito ao corpo, o bem mais precioso, a mais densa realidade em que tudo se inscreve. O segundo domínio refere-se ao mal. Durante milénios proliferou um vocabulário que evidenciou a associação entre a doença e o profano, o impuro, o caos, a injustiça e a culpa. Estas representações evidenciam o "bom", como sinónimo do que promove a vida e o “mau” como algo que tende a abreviar a vida, a mutilar, ou a desfigurar o corpo.

Este autor caracteriza a passagem da humanidade da idade mágica para a era científica como um “mito etiológico”, moralmente edificante e profundamente enraizado

na consciência social. Este mito, que trouxe popularidade à medicina, recebeu em troca uma concepção académica inteiramente livre de condicionalismos exteriores aos seus princípios e técnicas²⁴.

A abordagem da percepção quotidiana de saúde/doença implica analisar as percepções dos sujeitos e os fatores que as influenciam. Implica indagar acerca das diferenças que apresentam em relação às definições “oficiais” de saúde e de doença, exige estudar em que medida estas concepções subjetivas diferem das concepções científicas e profissionais e de que forma influenciam o sucesso das intervenções preventivas ou curativas. Neste contexto é ainda interessante pesquisar se a experiência de doença pessoal, familiar e de pessoas significativas afeta as percepções e as construções subjetivas e como as afeta (Flick, 1992). Numa perspetiva mais ampla, a análise incide na relação entre ciência e senso comum, nos saberes sobre a saúde e a doença que se podem detetar nas percepções quotidianas paralelamente ao corpo de conhecimentos científicos procurando a identificação da dinâmica estabelecida entre estes.

A percepção profissional da saúde e da doença representa um domínio de saber social existente sobre o sujeito. A percepção quotidiana leiga permite distinguir e superar doenças apesar de uma grande parte dos sintomas e problemas não advirem somente do sistema médico profissional. Além do conhecimento que o individuo realmente tem, o conhecimento dos que o rodeiam tem uma grande importância. No entanto, o estabelecimento gradual da medicina em particular e da cultura dos terapeutas peritos, foi acompanhada de uma gradual rejeição para segundo plano dessas fontes de conhecimento, pelo menos no que diz respeito à importância que lhes é concedida (apesar de continuarem a desempenhar um papel decisivo no sucesso das ofertas terapêuticas).

De acordo com Wimberly e Moore (2007) os profissionais de saúde não são imunes às influências sociais e o seu desempenho profissional veicula ideais, valores e crenças sociais. Nas interações que desenvolvem com os pacientes, sob o lema da educação em saúde sexual, parece expectável que transmitam uma percepção neutra acerca dos aspetos da sexualidade humana que podem ter impacto nas vidas daqueles que os procuram. No entanto, os que os procuram também o fazem a partir de crenças com base

²⁴ De acordo com Moscovici (1992) é considerado frequentemente que a medicina se racionalizou, perseguindo os seus fins, independentemente das normas e das regras vigentes e indiferente à sua vinculação aos valores de solidariedade e do respeito pelo outro.

em múltiplas fontes de conhecimento, leigas e científicas. Digamos que nas interações se colocam frente a frente crenças com crenças.

Um dos exemplos que pode ser referido sobre a influência das crenças dos profissionais no planeamento e na provisão de cuidados de saúde diz respeito aos homens infetados com o VIH/SIDA. As características dos indivíduos infetados com o VIH estão a mudar. As taxas de infeção em adultos com mais idade estão a aumentar e devido aos recursos terapêuticos disponíveis há pessoas a envelhecerem com a infeção. É o que acontece com o impacto do recurso a fármacos para a disfunção erétil, que contribuiu para a ocorrência de mudanças no comportamento sexual dos homens mais velhos que não eram sexualmente ativos. No entanto o impacto das crenças (dos profissionais e dos próprios homens²⁵) acerca dos comportamentos sexuais dos homens mais velhos contribuiu para que não lhes seja dada visibilidade como “grupo de risco” e para que a sua “reentrada” nos relacionamentos sexuais fosse desprovida do desenvolvimento da perceção da ameaça da infeção pelo VIH/SIDA e da capacidade para a gerirem.

2.2 Representações sociais da saúde/doença sexual

Durkheim (1987, 1991, 2002) foi o primeiro autor a referir-se ao conceito de representações que designou como coletivas. Para este autor os factos sociais diziam respeito a modos de pensar, de agir e de sentir que se definiam pela exterioridade (relativamente às consciências individuais) e pelo constrangimento. A consciência coletiva representava o conjunto de normas, valores, atitudes e crenças, signos e símbolos partilhados por uma sociedade. Nesta perspetiva, as representações individuais não eram mais do que a forma, ou a expressão individualizada e adaptada, das representações coletivas.

Umhas décadas depois de Durkheim, o conceito de representação coletiva constituiu-se como o ponto de partida da pesquisa sobre representações levada a cabo por Moscovici em 1961. A pesquisa foi realizada na sequência de vários anos de debates académicos sobre psicanálise, que tiveram repercussão na imprensa e penetraram no tecido social. Partindo de dados colhidos através de questionários e da análise de conteúdo

²⁵ De acordo com Latini e Coon (2007) os homens mais idosos muitas vezes têm perceções erradas acerca da possibilidade de serem contaminados com VIH. Alguns, consideram a infeção, como um problema dos homens jovens, dos homossexuais e não consideram a eventualidade de serem infetados apesar dos comportamentos de risco que adotam.

das publicações da imprensa, o autor definiu como problemática específica a apropriação, a transformação e a utilização de uma teoria científica pelo homem comum e como problemática mais geral o modo de construção de um mundo significativo. É no quadro da análise destas problemáticas que Moscovici (1976) propõe o conceito de representação social, tendo como propósito mostrar a forma como uma nova teoria é difundida numa determinada cultura e como altera a visão que os indivíduos têm de si próprios e do mundo em que vivem.

Segundo este autor, uma representação social pode ser considerada como um sistema de valores, de ideias e de práticas com duas funções. A primeira diz respeito ao estabelecimento de uma ordem que capacite os indivíduos para a orientação e dominação do mundo social e material. A segunda permite a existência de comunicação entre os membros de uma comunidade, dotando-os de um código para a dominação e classificação dos aspetos que integram o seu mundo e a sua história individual e grupal.

O autor defende ainda que os indivíduos não se limitam à receção e processamento de informação, mas que tomam também parte ativa na construção de significados e na teorização da realidade. Neste âmbito, propõe a análise dos processos através dos quais os indivíduos em interação social constroem teorias sobre os objetos sociais que tornam viável a comunicação e a organização de comportamentos. Segundo o autor, a Teoria das Representações Sociais pretende explicar os fenómenos do homem a partir de uma perspetiva coletiva, sem perder de vista a individualidade (Moscovici, 1992).

Segundo Vala (2000), na psicologia e na sociologia a representação social é considerada simultaneamente como um processo que interpreta, comunica e produz conhecimento e como um instrumento que possibilita a compreensão da realidade social. De acordo com o mesmo autor, apesar da multiplicidade de níveis de análise e das perspetivas que têm constituído o fundamento dos estudos sobre atividade representativa, “(...) o nível de análise que se salienta é aquele que reenvia o sujeito para as suas pertenças sociais e para as atividades de comunicação, e a representação para a sua funcionalidade e eficácia social.” (Vala, 2000, p.461).

As pesquisas desenvolvidas por Herzlich em 1969 (Herzlich, 1992), sobre a saúde e a doença, e as desenvolvidas por Jodelet em 1989, sobre a doença mental, constituem-se como exemplos que caracterizam uma abordagem do conceito de representação social num sentido amplo. Nesse tipo de abordagem, destaca-se a análise dos processos através dos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos, que

viabilizam a comunicação e a organização dos comportamentos (Moscovici, 1992). Assim, nesse sentido, as representações sociais “(...) alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas.” (Vala, 2000, p. 458).

Na pesquisa de Herzlich (1992), o conceito de representação social é considerado como um processo de construção do real no qual é enfatizada a abordagem dos modos de conhecimento e dos processos simbólicos relacionados com os comportamentos. Duas décadas depois, Jodelet (1989) atribuiu um carácter de funcionalidade às representações sociais, considerando-as como um saber prático e definindo-as como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada. Considerou, ainda, que a representação social, enquanto forma de conhecimento, se caracterizava por uma visão prática e por concorrer para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

A génese e o funcionamento das representações sociais podem ser explicitados através de dois processos principais: a objetivação e a ancoragem. O primeiro dá-nos conta do modo como a representação se elabora a partir da seleção de elementos do real, da sua estruturação esquematizante e da sua naturalização. O segundo refere-se explicitamente ao modo de agenciamento da representação no real, em particular, aos processos pelos quais influencia o comportamento dos atores sociais (Jodelet, 1984; Moscovici, 1984). Realça-se, ainda, que estes processos são considerados como sociocognitivos, no sentido em que são processos cognitivos socialmente regulados, que fazem referência a regulações normativas.

Bourdieu (1999) destaca a atividade representativa dos indivíduos enquanto reprodução de ideologias dominantes e determinação dos seus posicionamentos sociais. Neste sentido desenvolve o conceito de *habitus* para a compreensão das estruturas que configuram a ação dos indivíduos e a forma como os seus processos de identificação são influenciados por fatores que ultrapassam a vontade individual. Segundo o autor (Bourdieu, 2002), o *habitus* é entendido como sendo constituído por disposições provenientes das posições sociais e dos processos de socialização apreensíveis nas práticas sociais. O *habitus* resulta da confluência de dois processos, a “interiorização da exterioridade” e a “exteriorização da interioridade”, e tem subjacente o facto de as estruturas externas produzirem *habitus* e de este por sua vez estruturar as práticas. De referir que esta definição não se entende como incompatível com a análise dos processos

de atribuição de sentido que são socialmente condicionados e com a consideração de que os sujeitos se movem em diferentes campos sociais e detêm repertórios de ação distintos.

Neste âmbito, Bourdieu (1979, 1990, 2002) procurou ainda uma abordagem de síntese entre estrutura e agência. O autor considerou as estruturas objetivas como independentes da consciência e da vontade dos agentes e com potencial para conduzir e constringer as suas práticas e representações. Ou seja, o *habitus* limita e constringe a ação, mas os atores têm alguma agência nas escolhas que fazem. A teoria de Bourdieu constituiu-se como uma dialética entre externalizar o interno e internalizar o externo.

Incidindo nas representações de saúde e de doença que influenciam a percepção que o indivíduo tem de si próprio e dos outros e se refletem no seu comportamento e nas suas relações, realça-se a perspectiva de Herzlich (1992), que considera que a saúde permite a adaptação aos modos de vida e a participação na sociedade e que a doença diminui o indivíduo, constringe o seu modo de vida e enfraquece a sua participação. A diversidade das formas e de sentido que a saúde e a doença adquirem para cada indivíduo é enquadrada pelas imagens dos objetos sociais que orientam as atitudes e os comportamentos que lhes dizem respeito. Segundo a autora, um dos níveis de análise da relação entre saúde e doença pode situar-se ao nível dos comportamentos preventivos e ao nível dos comportamentos relativos aos cuidados de saúde na doença.

Adotando a perspectiva da autora (Herzlich, 1992), o estudo das representações sociais da saúde e da doença sexual dos homens implica observar a forma como o conjunto de valores, normas sociais e modelos culturais são pensados e vividos pelos indivíduos que integram a sociedade. Implica estudar o modo como é elaborada e estruturada a imagem da saúde e da doença sexual enquanto objetos sociais, almejando uma aproximação da imagem individual do real, da sua organização e do seu sentido. Essa imagem, ao contribuir para modelar os comportamentos, constitui-se como geradora dos mesmos, permitindo compreender a génese das representações sociais masculinas sobre saúde sexual e a sua influência na utilização/consumo de cuidados de saúde.

2.3 Os lugares da sexualidade e do erotismo nas interações entre leigos e peritos

Este capítulo, elaborado com base numa publicação efetuada em 2014 que englobou um Manual de Medicina Sexual²⁶ apresenta uma reflexão acerca das dimensões corporais implicadas na interação entre profissionais e doentes no âmbito da saúde/doença sexual, evocando a sexualidade como fio condutor.

O desenvolvimento do interesse científico pela sexualidade humana, impulsionado pelo protagonismo do “movimento da medicalização da sexualidade” (Aboim, 2013) e da “farmacologização” da saúde (Williams, Martin & Gabe, 2011), adquiriu visibilidade nas últimas décadas. A divulgação dos saberes sobre sexualidade e sobre as novas possibilidades terapêuticas disponíveis (Aboim, 2013) invadiu os media, imiscuiu-se nos cuidados de saúde e enfatizou a importância de diagnosticar e tratar as disfunções no desempenho sexual (Vilar, 2010). As expectativas terapêuticas por parte dos indivíduos aproximaram-nos dos cuidados de saúde na procura de soluções para os seus problemas, o que esteve na base da (re)definição das formas de interação entre os profissionais e os homens e dos contextos considerados legítimos para o seu tratamento.²⁷

Na abordagem do corpo como o lugar de descodificação dos sinais e sintomas de doença, onde as práticas da enfermagem e da medicina sexual acontecem, o conceito de risco associado às intervenções desenvolvidas emerge com um impacto considerável. Diagnosticar e tratar legitima invadir órgãos, infligir dor (Nettleton, 2006), provocar “inaptidão” e negligenciar a privacidade e o pudor. Neste contexto, realçam-se as abordagens terapêuticas relativas aos problemas prostáticos, que para muitos homens se constituem como uma ameaça à sua masculinidade, tendo como consequência diagnósticos tardios que arrastam consigo a ameaça dos “cuidados paliativos” e que, por vezes, conduzem a finais trágicos legitimados pela resolução inabalável de “querer ser homem até ao fim” (Tereso, 2015).

Emerson (1987) analisa a valorização da definição médica da situação (incluindo os seus efeitos objetivos e subjetivos), e considera que, por um lado, legitima a realização dos procedimentos invasivos e que, por outro, minimiza a perceção do paciente sobre a ameaça potencial à sua dignidade.

²⁶ Tereso, Alexandra (2014) Sexualidade e Profissionais de Saúde: de corpo a corpo. In Barros, F. e Figueiredo, R. (2014) Manual de Medicina Sexual. Lisboa: HSJ. pp. 543-546.

²⁷ Tereso (2015)

Neste contexto, os quotidianos dos profissionais de saúde são atravessados por processos de mediação das dimensões corporais que estão intimamente ligados às interações corpo a corpo, que lhes permitem comunicar, “experienciar necessidades comuns, desejos, satisfações e frustrações” (Doyal & Gough, 1991). Nestas interações, evidenciam-se normas sociais que regem as distâncias entre os corpos e contribuem para delimitar universos culturais e simbólicos distintos, onde se abrigam a construção social da sexualidade dos profissionais e a dos doentes (Mercadier, 2002).

No âmago das configurações institucionais, a prática médica geralmente acontece na intimidade de um consultório ou de um gabinete de atendimento em que se (des)ocultam intimidades e corporeidades. Nestes espaços, onde os corpos se aproximam, é presumido que os médicos sejam objetivos, sejam emocionalmente distanciados e se guiem pelas regras das boas práticas profissionais (Morgan, 2003). A conformidade com estas presunções gerais é considerada como um requisito essencial para a realização de intervenções terapêuticas, especialmente quando implicam a observação dos órgãos genitais ou envolvem a obtenção de informações sobre aspetos considerados íntimos pelo paciente (Morgan, 2003). É nestes contextos, onde objetiva e subjetivamente se revelam intimidades, que a erotização das interações pode invadir a relação entre cuidador e cuidado e metamorfoseá-la numa relação entre sujeito de desejo e sujeito desejanse.

Nas interações entre profissionais e doentes, os uniformes podem contribuir para ocultar os corpos dos profissionais e a sua sexualidade (Mercadier, 2002). No entanto, apesar de simbolizarem uma suposta insensibilidade à dimensão erótica do corpo do outro, não impossibilitam a transformação de lugares terapêuticos em lugares povoados pelo desejo, onde o olhar e o toque procuram o corpo do outro, fora de lógicas terapêuticas supostamente assexuadas (Mercadier, 2002).

O facto de a medicina atualmente não ser considerada como um sacerdócio exercido por seres superiores, assexuados e providos das melhores intenções, não anulou a crença de que os profissionais de saúde são seres “dessensualizados” e “agenderizados” que observam e examinam o corpo de uma forma estritamente clínica (Morgan, 2003). A bata branca que envergam parece constituir-se como um artefacto que simboliza a pertença profissional, legitima o acesso ao corpo do outro, permite tornar pública a intimidade e a privacidade alheias e contribui para considerar o pudor como obsoleto face à nobreza do objetivo terapêutico (Lhez, 1995).

No início do percurso formativo de qualquer enfermeiro ou médico surge o momento da descoberta e do confronto com o corpo do outro. Diagnosticar e tratar o corpo doente requer proximidade, olhar, tocar e, por vezes, invadir. Na sua socialização, os estudantes aprendem a responder com neutralidade e de forma “rotinizada” a situações delicadas e embaraçosas que envolvem o toque íntimo (Atkinson, 1981). No entanto, a ansiedade e o incómodo em relação à abordagem de questões sobre sexo ou sexualidade com os doentes torna-se visível na omissão de registos na história do doente e na ausência do exame físico (Wimberly & Moore, 2007) que seria normalmente justificado pelo eventual mal-estar, unicamente imputável ao doente. Neste âmbito, realça-se que o desconforto na abordagem da sexualidade com os doentes não se restringe aos processos formativos. No exercício clínico em Portugal, evidenciam-se estratégias que sugerem o evitamento da observação dos órgãos genitais dos homens, mesmo em situações em que estes o solicitam (de forma mais ou menos explícita) em virtude de alguma queixa ou sintoma. Entre estas estratégias realçam-se o encaminhamento para um especialista (sendo que muitas vezes os especialistas consideram o encaminhamento injustificado), a solicitação de exames complementares de diagnóstico (que passam a constituir o único meio de diagnóstico, excluído o exame físico e a observação) e a prescrição de tratamento com base nas queixas verbalizadas (Tereso, 2015).

Apesar da crescente verbalização da sexualidade (que é vista como relevante no que pode ser considerado como “processo de erotização das relações”) (Aboim, 2013), para muitos homens e profissionais, a sexualidade e o sexo são considerados aspetos íntimos (Wimberly & Moore, 2007) e os sentimentos negativos face à sexualidade, como a vergonha ou a culpa (Nettleton, 2006), parecem evidenciar-se como constrangimentos e limitações no desenvolvimento das interações.

Nos pacientes, o evitamento de assuntos respeitantes à sua saúde sexual (Wimberly & Moore, 2007) parece estar relacionado com a aparente indiferença dos profissionais no que diz respeito às questões de género na saúde, fundamentada pela falta de sensibilização e de preparação técnica (Prazeres, 2008).

No que se refere aos profissionais, destacam-se:

- O pudor dos próprios profissionais, que evitam olhar e tocar o corpo dos doentes;
- A falta de formação para lidarem com situações que envolvem a proximidade física, a intimidade e a sexualidade;

- Os modelos formativos que privilegiam o desenvolvimento de estratégias de aproximação ao corpo feminino e nos quais é desvalorizada a necessidade de aproximação ao corpo masculino (Turner, 1999);
- A constatação de que, nas práticas quotidianas, a autoridade, a rotinização e a despersonalização parecem ser consideradas funcionais quer para os profissionais, quer para os pacientes (Lupton, 1994);
- A crença de que o ambiente médico é inócuo e asséptico, logo anti-erótico, e que nesse contexto o paciente tem de ser visto como um objeto clínico (Emerson, 1987).

No entanto, para além dos aspetos descritos, centrados nos profissionais, a literatura sobre este tema realça ainda os que dizem respeito às manifestações da sexualidade dos doentes para com os profissionais, tais como os olhares insidiosos, a procura do contacto físico e até mesmo as manifestações de desejo (Mercadier, 2002; Lupton, 1994). Estes comportamentos, que por vezes desencadeiam nos profissionais reações de reprovação, recriminação e até de punição, são sobretudo evidenciados em situações que envolvem questões relacionadas com a idade, com o género e com a orientação sexual de profissionais e doentes, e apresentam contornos variáveis e significações distintas, de acordo com os contextos terapêuticos, as situações clínicas, os profissionais envolvidos e o ethos que preside às práticas profissionais.

Concretamente, no que diz respeito aos profissionais de enfermagem, são realçados alguns aspetos que parecem contribuir para a complexidade relacional:

- O tipo de atividades que os enfermeiros desenvolvem e que implicam a proximidade física e a manipulação dos órgãos genitais dos doentes (Mercadier, 2002; Lupton, 1994);
- A simbologia associada ao estatuto profissional dos enfermeiros, que os aproxima da sua identidade corporal (Lupton, 1994). Nesta questão, alguma literatura disponível realça ainda o impacto da carga erótica atribuída à figura feminina da profissão de enfermagem e à sua imagem estereotipada como objeto sexual disponível (Fagin & Diers, 1984).

Neste contexto é também relevante referir as interações nas situações de doença e as alternativas terapêuticas que interferem de forma objetiva no bem-estar sexual dos homens. Nestas situações, apesar de os doentes poderem manifestar objetivamente a necessidade de abordar o impacto das patologias e das terapêuticas na sua sexualidade e intimidade, os profissionais evitam o assunto e consideram a expressão sexual dos

doentes e companheiras/os como “inapropriada” face às circunstâncias. Apesar de na globalidade os profissionais de saúde considerarem pertinente a abordagem dos aspetos sexuais, a sua abordagem é evitada, quase criticada quando é solicitada pelos doentes (Kadwell, 2016). No âmbito de crenças pessoais e profissionais de que as pessoas idosas ou em situação de doença são assexuais, situa-se o silêncio que resguarda o constrangimento e a inibição dos profissionais e ameaça a saúde sexual dos doentes (Royal College of Nursing, 2018).

Os sentimentos dos profissionais de saúde sobre sexualidade influenciam a forma como abordam o tema com os homens. A capacidade dos indivíduos para alcançarem a saúde sexual depende do acesso a informações compreensíveis sobre sexualidade, do conhecimento sobre o risco que enfrentam, da vulnerabilidade para as consequências adversas da sua atividade sexual, do acesso a cuidados de saúde sexual de boa qualidade e de um ambiente que afirme e promova a saúde sexual. Não obstante a importância da abordagem de aspetos relacionados com a sexualidade dos pacientes, não são raros os médicos que evidenciam ansiedade e desconforto nessa abordagem. Alguns aspetos, tais como o percurso biográfico e a religião, parecem ter um impacto significativo na moral e nos valores que os profissionais de saúde defendem em relação à sexualidade (Wimberly & Moore, 2007). Neste contexto, realçam-se dificuldades em promover um ambiente facilitador para a exposição de aspetos íntimos por parte dos pacientes. Wimberly e Moore (2007) referem que, apesar de o acesso à informação adequada sobre sexo e sexualidade ser vital para a saúde do indivíduo, muitos clínicos gerais, ao efetuarem a história do doente e o seu exame físico, não englobam aspetos relativos à sexualidade e consideram a história sexual do paciente como algo “privado”, que não deve ser inquirido.²⁸

Como conclusão, realça-se o impacto dos modelos e das ideologias formativas e institucionais que enquadram as práticas dos profissionais de saúde e que se imiscuem nas interações que se pretendem terapêuticas. Habitualmente, a experiência erótica é vivida em segredo e raramente é partilhado o desconforto provocado pelo “erotismo da situação”. “Proibida, negada, apagada, disfarçada, é assim a sexualidade no hospital; o véu do silêncio recobre quase permanentemente a dimensão erótica dos cuidados.” (Mercadier, 2002: 183). Neste contexto, salienta-se que, para uma abordagem positiva das dimensões corporais e da erotização dos cuidados, é fundamental uma análise

²⁸ Tereso (2015)

transdisciplinar, desmistificar silêncios e promover a efetivação da “verbalização da sexualidade”.

Capítulo II - NARRATIVAS SOBRE SAÚDE/ DOENÇA SEXUAL DOS HOMENS

1 Inquirir sobre saúde/doença sexual masculina: reflexão metodológica

A aproximação ao espaço social da saúde sexual dos homens foi desenvolvida previamente ao início deste estudo, através da pesquisa documental, do contacto com profissionais no terreno e de um estudo exploratório quantitativo sobre as perceções e as práticas masculinas sobre saúde/doença sexual, realizado em 2008, no âmbito de um concurso para professor coordenador.

Partindo destas abordagens iniciais e iniciáticas, a opção pela saúde sexual masculina como objeto de estudo foi-se consolidando através da sistematização de ideias que foi sendo desenvolvida pelo acesso a trabalhos que, teórica e metodologicamente, abordavam questões relacionadas com a saúde sexual, como área de problematização sociológica.

Na realização deste trajeto, realça-se ainda que as publicações consultadas denotavam um desconhecimento sobre o comportamento dos homens no domínio da saúde/doença sexual, sobre as suas atitudes e sentimentos e respetivos significados socioculturais (Lundgren, 2000).

Nestas condições, emergiu a necessidade de caracterizar os universos de representações e de práticas de saúde/doença sexual masculinas, recorrendo ao mapeamento dos contextos estruturais, institucionais e relacionais que configuravam os quotidianos onde decorriam as experiências individuais masculinas de saúde/doença sexual.

Da formulação dos objetivos dependem as atividades empíricas, as decisões sobre os métodos a desenvolver, sobre quem envolver no estudo (indivíduos, grupos, instituições) e sobre o que incluir no estudo (atividades, relações, processos, ...). Neste estudo, os objetivos que o ancoraram pautaram-se pela procura de consistência, de clareza, de possibilidades de gerar respostas e de aceder ao campo da saúde sexual dos homens, num quadro de recursos existentes, mas limitados.

Assim, os objetivos que presidiram ao desenvolvimento desta pesquisa foram:

- Revelar as configurações legais, políticas e institucionais dos cuidados de saúde sexual masculina;
- Retratar os utilizadores masculinos e avaliar as suas possibilidades de acesso aos cuidados de saúde sexual, procurando identificar as características sociais estruturantes das suas subjetividades;
- Mapear a génese das representações sociais dos homens sobre saúde sexual masculina.

Os objetivos referidos pretenderam contribuir para dar resposta a um conjunto de interrogações que, atualmente, não têm resposta no contexto português, tais como:

- Como se caracterizam as representações sociais da saúde sexual masculina?
- Qual a sua génese?
- Quais as suas repercussões na organização dos cuidados de saúde?
- Que visibilidades/invisibilidades produzem nos cuidados de saúde?
- Quais as repercussões que as representações sociais podem ter na vulnerabilidade à doença?

Um processo de investigação implica sempre uma sequência de decisões e neste subcapítulo apresentar-se-ão as opções metodológicas de natureza qualitativa que foram planeadas e operacionalizadas neste trabalho.

1.1 A opção pela metodologia qualitativa: dos pressupostos às circunstâncias de aplicabilidade

O estudo da sexualidade, nomeadamente da homossexualidade, tem privilegiado a metodologia qualitativa e tem realçado como técnicas de investigação a etnografia, a observação participante, as entrevistas em profundidade, a análise textual e a investigação histórica. Estas técnicas, frequentemente consideradas suspeitas à luz dos pressupostos epistemológicos positivistas, realçam como foco de investigação a criação de significados culturais e o seu processo interpretativo, as identidades individuais e coletivas, a interação social e as práticas quotidianas, entre outras (Gamson, 2000).

Nas ciências sociais, tradicionalmente, os critérios da adequação metodológica e da validade científica foram formulados e defendidos no âmbito de uma ideologia positivista que legitimou a sobrevalorização dos métodos quantitativos e padronizados (Flick, 2005; Denzin & Lincoln, 1998). No âmbito da sua aplicação, foram enfatizados

objetivos tais como “isolar claramente causas e efeitos, operacionalizar adequadamente as relações teóricas, medir e quantificar os fenómenos, conceber planos de investigação que permitam a generalização dos resultados, formular leis gerais” (Flick, 2005, pp. 2-3). Os desenhos de pesquisa edificados nesta lógica ilustravam sobretudo a preocupação em minimizar a influência do investigador, em garantir a representatividade das amostras, em permitir a classificação dos fenómenos em termos da sua frequência e distribuição, em testar a causalidade das relações e em assegurar a sua validade (Flick, 2005). Durante décadas, a pesquisa social baseou-se em inquéritos padronizados, procurando documentar e analisar a frequência e a distribuição dos fenómenos sociais na população. Neste contexto, os padrões e os procedimentos da investigação quantitativa foram sendo cada vez menos analisados em profundidade e a sua apropriação dos objetos de estudo não foi avaliada, constatando-se um descrédito sobre os ideais da objetividade, ilustrado pelo baixo grau de aplicabilidade e de articulação dos resultados.

(...) os resultados das Ciências Sociais raramente são percebidos e utilizados no dia-a-dia, porque, no intuito de cumprir as exigências metodológicas, as pesquisas e os seus resultados estão frequentemente muito longe das preocupações e problemas quotidianos. Por outro lado, as análises da prática da investigação mostraram que grande parte dos ideais de objetividade almejados não pode ser cumprida. Mau grado todos os controles metodológicos, a investigação e os seus resultados são inevitavelmente influenciados pelos interesses e bases sociais e culturais dos que nela participam. Estes fatores influenciam a formulação das questões e hipóteses da investigação, assim como a interpretação dos dados e das relações. (Flick, 2005, pp.3-4)

Contrastando com o paradigma científico tradicional da investigação quantitativa, nas décadas de 60 e de 70 a investigação qualitativa, desenvolveu-se, adotando uma posição epistemológica descrita como interpretativa (Bryman, 2012).

Como principais contrastes, Bryman (2012) realça que a investigação qualitativa se caracteriza por: incidir sobre o ponto de vista dos participantes e não sobre o do investigador; implicar a proximidade do investigador com o investigado; privilegiar a teoria e os conceitos que emergem dos dados; incidir sobre a dinâmica do processo e não sobre a estática da imagem; ser menos estruturada; privilegiar a compreensão contextual em detrimento da generalização; valorizar a riqueza e a profundidade dos dados em vez

de a sua redução aos critérios da validade; abarcar níveis micro e abordar os significados. O autor realça ainda que na investigação qualitativa é valorizada a descrição e a compreensão contextual do comportamento social, dos valores e de todos os outros aspetos que podem ser considerados (Bryman, 2012)

Segundo Flick (2005), as ideias centrais da investigação qualitativa enfatizam a escolha adequada das teorias e dos métodos (ajustados à complexidade do objeto de estudo), o reconhecimento e a análise de diferentes perspetivas, a reflexão do investigador sobre o estudo como parte do processo de produção de conhecimento e a análise da variedade de métodos e de perspetivas na investigação qualitativa. O autor enfatiza ainda a consideração da interação do investigador com o campo e com os sujeitos de investigação como parte integrante na produção do conhecimento.

No entanto, apesar das distinções enumeradas, Bryman (2012) refere que existem semelhanças entre a investigação qualitativa e quantitativa e que dizem respeito às preocupações em dar resposta às perguntas de investigação, relacionar a análise dos dados com a literatura da pesquisa, descobrir a variação, analisar a frequência, evitar a distorção deliberada, realçar a importância da transparência, considerar a questão do erro e adequar os métodos às perguntas de investigação. O mesmo autor realça ainda a subjetividade, a dificuldade em replicar os estudos, os problemas na generalização e a falta de transparência, como as críticas mais frequentes à investigação qualitativa.

Segundo Wainwright (1997), o domínio de critérios positivistas, tais como a validade e a fiabilidade, imiscui-se na crítica que tem sido feita à credibilidade científica da metodologia intensiva e conduziu à reconceptualização desta metodologia como a gestão reflexiva da relação entre o testemunho dos informantes e um processo mais alargado de análise histórica e estrutural. Contudo se, por um lado, se pode considerar que os métodos qualitativos oferecem uma ligação a alguns dos assuntos centrais do pensamento sociológico, permitindo a abordagem de questões como o poder, por outro lado, podem ser percebidos como suspeitos relativamente à sua eficácia e fiabilidade, em particular quando comparados com métodos “mais científicos” disponíveis na pesquisa quantitativa (Wainwright, 1997).

Nesta pesquisa, pretendeu-se reforçar o carácter analítico central dos dados qualitativos. Recorreu-se à metodologia qualitativa como estratégia fundamental para a caracterização dos universos de representações e de práticas de saúde sexual dos homens e para o mapeamento dos contextos estruturais, institucionais e relacionais que

configuram os quotidianos onde decorrem as experiências masculinas individuais de saúde e de doença sexual.

Como base da abordagem metodológica selecionada destacam-se: as três hipóteses de Blumer (1969) sobre o interacionismo simbólico²⁹ e um dos princípios metodológicos de Thomas, que segundo Flick (2005) é fundamental para o interacionismo simbólico e que assenta no pressuposto de que quando um indivíduo define uma situação como real, a mesma se torna real nos seus efeitos³⁰.

Neste trabalho adotou-se a perspetiva de Flick (2005), que defende que a pesquisa qualitativa não se baseia numa conceção teórica e metodológica única e que a sua prática e análises se caracterizam por uma multiplicidade de abordagens teóricas e os respetivos métodos. As opiniões de cada sujeito constituem-se como o ponto de partida, que é seguido do estudo da construção e do desenvolvimento das interações, e da procura da reconstituição das estruturas do espaço social e do significado latente das práticas.

Segundo o autor, a

(...) investigação qualitativa engloba diferentes perspetivas de investigação: diferentes nas hipóteses teóricas, no modo de entender o seu objeto e na sua perspetiva metodológica. No geral, estas abordagens orientam-se para três posições fundamentais: a tradição do interacionismo simbólico, preocupado com os significados subjetivos e as atribuições individuais de sentido; a etnometodologia, interessada nas rotinas do quotidiano e na sua criação; (...) (Flick, 2005, p.17)

Contudo, nas abordagens estruturalistas permanece ambígua a relação entre o conhecimento social implícito e o conhecimento e a ação individual. Neste âmbito

²⁹ A primeira hipótese refere que os indivíduos agem em relação às coisas, com base no significado que lhes atribuem. A segunda, menciona que esse significado deriva, ou resulta, da interação social entre o sujeito e os outros. A terceira hipótese, refere que os significados são geridos e modificados através de um processo interpretativo que o indivíduo utiliza para lidar com as coisas que encontra. Nesta lógica, Blumer (1969), realça que o foco da investigação é constituído pelos significados que os indivíduos atribuem aos objetos, aos acontecimentos, às experiências e aos percursos, entre outros.

³⁰ Segundo este princípio, o imperativo metodológico consiste em reconstituir o ponto de vista do sujeito sobre vários aspetos nomeadamente: as “(...) teorias subjetivas de que as pessoas se servem para explicar a si próprios o mundo – ou pelo menos uma certa gama de objetos, enquanto parte desse mundo”, das quais se realçam as teorias subjetivas sobre saúde e doença; as “(...) narrativas autobiográficas, trajetórias biográficas reconstituídas do ponto de vista dos sujeitos. Mas é igualmente importante que elas incluam contextos locais e temporais reconstituídos de acordo com o ponto de vista do narrador (...)” (Flick, 2005:19).

destaca-se a influência do conhecimento social e culturalmente partilhado, sobre as modalidades individuais de percepção, experiência e ação (Flick, 2005).

Uma das abordagens que tem sido utilizada com frequência como quadro teórico dos estudos qualitativos sobre a construção social de fenómenos como a saúde e a doença (Herzlich, 1992) assenta no conceito de representação social.

No âmbito da sexualidade, o impulso qualitativo foi estimulado pelo contexto político, no qual a investigação sobre esta temática (nomeadamente a que incidia sobre a sexualidade dos homossexuais) tomou forma (Gamson, 2000). Nas ciências sociais também se evidenciou o reconhecimento da investigação desenvolvida, apesar das polémicas que emergiram acerca das suposições de que os investigadores se estariam a distanciar dos “interesses” em definir os homossexuais como patológicos, a desvalorizar a procura da “causa” das sexualidades desviantes e, como consequência, a desconsiderarem a procura da cura enquanto prioridade.

Inicialmente, a polémica que se desencadeou contribuiu para fomentar a aproximação da investigação ao terreno da sexualidade e da saúde sexual. Posteriormente, os métodos qualitativos, com foco na criação de sentido e nos significados da vida quotidiana, enquadraram-se particularmente bem nos movimentos que defendiam como objetivos a visibilidade, a mudança cultural e a autodeterminação. Neste contexto, realça-se ainda que os estudos sobre *gays* e *lésbicas* desencadearam desenvolvimentos teóricos muito particulares, tais como os que criticavam a construção social de categorias sexuais e de identidades e os que incidiam no foco *queer* sobre o papel alargado do binário homo/heterossexual na vida contemporânea (Gamson, 2000).

Ainda segundo o mesmo autor, o percurso desenvolvido no âmbito das ciências sociais e da sexualidade acabou por enfatizar os aspetos interpretativos especialmente adequados à investigação qualitativa. A pesquisa qualitativa, em parte impulsionada pelo protagonismo de atores anteriormente silenciosos face às suas atividades, passou por uma série de alterações e transformações que afetaram e foram afetadas pelo estudo da sexualidade. No contexto da sexualidade, a pesquisa qualitativa foi e significou coisas diferentes em momentos diferentes. A este respeito, este autor alude à utilização do termo sexualidades, que pode ser utilizado para especificar que os campos em que se situa abarcam os não heterossexuais, mas que, ainda assim, pode não estar de acordo com os estatutos sexuais, as identidades e as práticas. A forma como estes objetos de análise são concebidos mudou de um modo significativo e implicou abordagens diferentes: estudar

homossexualidade e homossexualidades, não é necessariamente igual a estudar *gays* e lésbicas que, por sua vez, não é forçosamente o mesmo do que estudar os *queer* (Gamson, 2000).

Neste âmbito, realça-se também a História da Sexualidade de Foucault (1988, 1988a) que, de uma forma inédita, enfatizou a importância da análise da construção social do “discurso” sexual, reforçou o ceticismo no conhecimento científico como progresso, e encorajou um questionamento renovado das categorizações da sexualidade, consideradas como uma certeza por muitos dos envolvidos no campo de pesquisa. Foucault (1988a) considera que a investigação sobre “sexualidade” implica uma análise dos três eixos que a constituem: a formação dos saberes que lhe dizem respeito, os sistemas de poder que regulam as suas práticas e as formas através das quais os indivíduos podem e devem reconhecer-se enquanto sujeitos dessa sexualidade.

1.2 Perspetivas e percursos de indagação em torno da saúde sexual dos homens

Na problematização da saúde sexual dos homens destaca-se a complexidade no acesso a um objeto que requer sensibilidade, pela sua natureza delicada, que toca a esfera íntima de cada indivíduo, e pelas formas como se pode encontrar camuflado na esfera pública, na qual se inscrevem os cuidados de saúde sexual.

A história da pesquisa social sobre *sexualidades* é permeada pelas dinâmicas políticas dos movimentos sociais, é ponderada com recurso às estratégias através das quais a ciência tem sido usada contra a marginalização de alguns grupos e privilegia as estratégias da investigação qualitativa. De acordo com Gamson (2000), a metodologia qualitativa parece ser a metodologia menos objetificante dos seus sujeitos, a mais preocupada com a criação de significados culturais e políticos, e a que oferece mais espaço para desocultar narrativas e experiências suprimidas durante muito tempo. Neste contexto destaca-se o protagonismo atribuído aos homossexuais (*gays* e lésbicas), e a sexualidade como uma área de investigação emergente face a estes grupos.

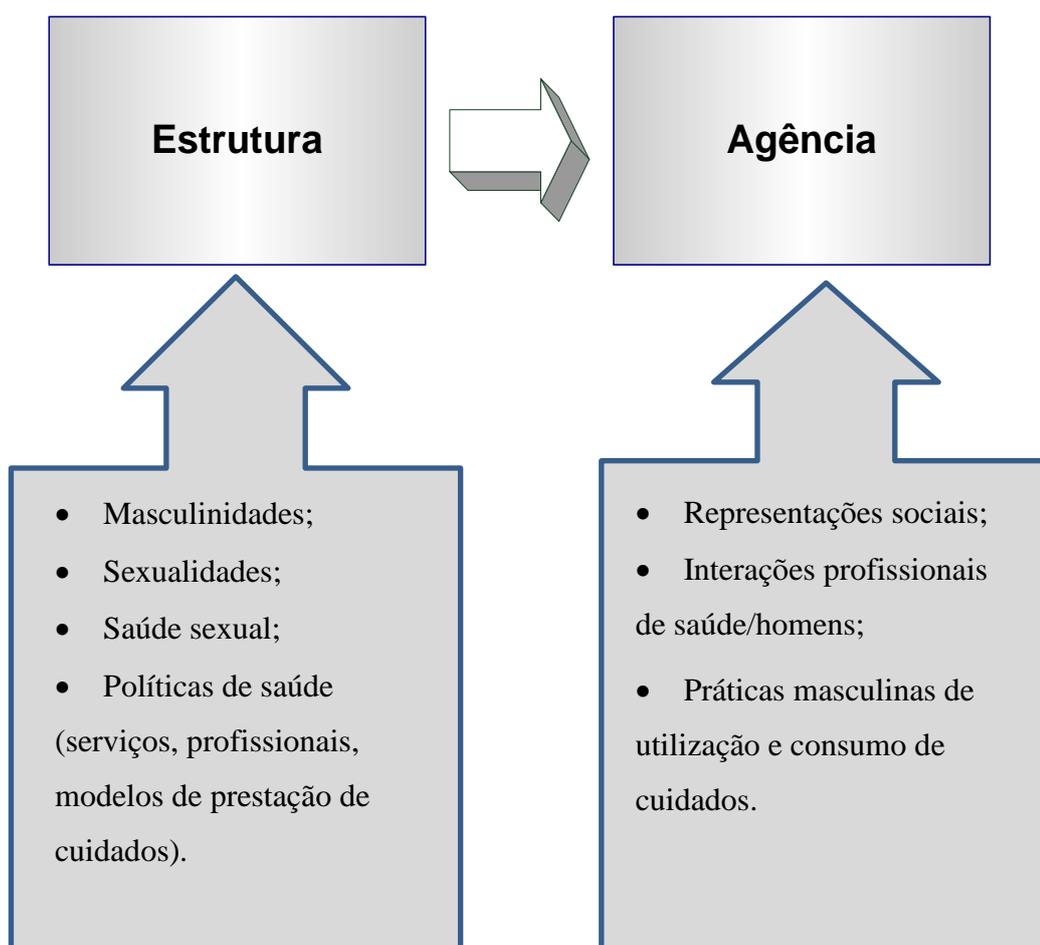
Eleger a saúde sexual dos homens como objeto de estudo implica romper com a sua invisibilidade a nível político e académico. Globalmente, a saúde dos homens é uma temática que progressivamente tem emergido na comunidade científica e que adquiriu o estatuto de identidade de direito. Não obstante, a realidade traduz-se num cenário

matizado por dados estatísticos que enumeram os problemas de saúde dos homens, sombreado por um desconhecimento preocupante sobre as causas subjacentes e as medidas que poderiam ser desenvolvidas na procura de soluções (Luck, Bamford & Williamson, 2000). Mais especificamente no que diz respeito à saúde sexual dos homens, e apesar de se evidenciar como um vasto campo de possibilidades para a investigação sociológica, constata-se que não tem sido considerada como área preferencial de pesquisa e que os estudos que têm sido realizados se caracterizam por excluir os homens heterossexuais ou por arrastarem a saúde sexual dos homens para o âmbito reprodutivo.

A hipótese que se constituiu como o motor desta pesquisa implicou a consideração de que a gênese das representações sociais dos homens sobre saúde sexual seria analisável através das dinâmicas sociais que se operam entre a estrutura e a agência e que incluem a problematização da experiência social de saúde/doença sexual dos homens, a caracterização sociodemográficas dos envolvidos (indicadores socioprofissionais, idade, níveis de escolaridade e situação conjugal), os processos de interação implicados no acesso e na utilização dos cuidados de saúde.

Na tentativa de clarificar esta proposta analítica foi elaborado o seguinte esquema de análise.

Figura II-1 Esquema Analítico



Com base neste modelo analítico, a pesquisa desenvolveu-se de acordo com os pressupostos de uma abordagem qualitativa, com base na opção pelas entrevistas semiestruturadas como principal técnica de pesquisa.

Na procura da redução da probabilidade de erros de interpretação foram mobilizados vários procedimentos, do que se convencionou designar por técnicas de triangulação, o que implicou o recurso a várias perspectivas e estratégias para a clarificação dos significados e para a avaliação da repetibilidade de uma observação ou interpretação (Denzin & Lincoln, 2000). No entanto, reconhecendo que não há observações ou interpretações perfeitamente repetíveis, também é considerado que a triangulação permite clarificar eventuais dispersões dos significados, através da identificação das diferentes formas de ver o fenómeno (Denzin & Lincoln, 1998; Flick, 1998; Silverman, 1993).

Numa investigação de cariz qualitativo, como a que aqui se apresenta, as diferentes perspectivas e respetivos fundamentos, bem como as estratégias angulares seleccionadas podem ser triangulados como contributos para o alargamento da visão do

fenómeno em estudo. Cada uma destas possibilidades de interpretação analítica pode ser entendida como vias diferentes para o estudo do fenómeno e pode ser mobilizada face à dimensão que explora e face àquela que exclui, permitindo a sua combinação e complementaridade (Flick, 2005).

Denzin (1970) ampliou a ideia de triangulação para lá da associação convencional com métodos de pesquisa e projetos e distinguiu quatro tipos de triangulação: triangulação de dados (implica recolher dados através de várias estratégias de amostragem e permite obter dados colhidos em diferentes momentos, diferentes situações e a uma variedade de indivíduos); triangulação do investigador (pressupõe a utilização de mais do que um investigador no campo para recolher e interpretar dados); triangulação teórica (diz respeito à utilização de mais do que uma posição teórica na análise de dados); triangulação metodológica (utilização de mais do que um método para a colheita de dados).

Neste estudo optou-se pela triangulação teórica e incluiu-se a triangulação de fontes (Denzin & Lincoln, 1998). Na triangulação de fontes foi utilizado um mesmo método (as entrevistas semiestruturadas utilizando dois guiões diferentes) e recorreu-se à análise de diferentes fontes de dados. A escolha das fontes de dados foi organizada em dois grupos distintos, seleccionados com base nas eventuais diferenças de perspetivas sobre o fenómeno: o primeiro grupo foi constituído por atores com posicionamento central no campo de análise ou que se encontrem em posições privilegiadas para fornecerem informação sobre a evolução desse campo; o segundo grupo foi constituído por homens, como uma forma de aceder à configuração das representações sociais e aos universos de sentido dos protagonistas das práticas de saúde sexual masculina. A perspetiva dos atores sociais sobre as suas próprias práticas e as suas próprias representações sociais sobre saúde e doença sexual são elementos fundamentais nesta pesquisa.

Neste âmbito, realça-se que a opção pela triangulação, explicitada anteriormente, não teve como finalidade corroborar achados ou testar a sua validade, mas sim proporcionar uma estratégia que permitisse uma abordagem rica, sólida, compreensiva e bem desenvolvida, permitindo uma compreensão mais aprofundada do fenómeno.

Na investigação qualitativa, os casos escolhidos podem apresentar vários níveis de construção da realidade:

Os sujeitos, com a sua visão de um determinado fenómeno constroem uma parte da sua realidade; nas conversas e discursos, são interactivamente produzidos fenómenos, que contribuem igualmente para a construção da realidade; as estruturas de significado latentes e as normas com elas relacionadas contribuem para a construção das situações sociais e atividades nelas geradas. Consequentemente, a realidade estudada pela investigação qualitativa não é dada; é, sim, construída por diversos “atores”: qual deles será considerado crucial para essa construção é algo que depende da perspectiva teórica assumida no estudo do processo. (Flick, 2005, p. 26)

Numa situação de pesquisa em ciências sociais só existe a interpretação, nada fala por si próprio. Confrontado com uma montanha de impressões, documentos, notas de campo, transcrições de entrevistas, um investigador enfrenta a dificuldade e o desafio de atribuir sentido ao material. Denzin e Lincoln (1998) consideram o atribuir sentido àquilo que foi aprendido, “à arte da interpretação”. Segundo os autores também pode ser descrito como a deslocação do campo para o texto e depois para o leitor. A prática desta arte é complexa e implica um processo reflexivo. O investigador cria um texto do campo que pode consistir em notas de campo, transcrição de entrevistas ou outros documentos do campo (Denzin & Lincoln, 1998), e a partir destes recria o texto de pesquisa como um documento de trabalho interpretativo.

1.2.1 Estruturar amostras e selecionar participantes: dos informantes privilegiados à heterogeneidade dos casos

Segundo Gamson (2000), quando os investigadores sociais começaram a desenvolver estudos sobre sexualidade e sobre homossexuais, enfrentaram obstáculos práticos para encontrarem participantes. No entanto, os movimentos para a proteção dos direitos dos gays e das lésbicas vieram alterar consideravelmente esse cenário e contribuíram para facilitar o acesso a potenciais participantes enquanto membros de comunidades organizadas.

Na pesquisa que se apresenta, em virtude da temática proposta se situar num campo sociológico pouco explorado e de haver a procura de heterogeneidade e diversidade nos contributos proporcionados, emergiu o confronto com um desafio que se adivinhava árduo e que englobava não só as dificuldades inerentes a uma seleção

adequada dos participantes, como também os obstáculos em conseguir aceder aos indivíduos selecionados.

Apesar de não se constituir como uma imposição, habitualmente o processo de seleção tem início antes do desenvolvimento formal do estudo e incide sobre casos previamente identificados e considerados como relevantes. Neste âmbito realça-se que, quer o processo seja prévio ou posterior, o sucesso na compreensão do fenómeno depende em larga medida da escolha adequada dos casos. Para alguns autores, tais como Huberman e Miles (1994) nada é tão importante como a seleção apropriada de casos, realçando a importância da sua representatividade no processo de seleção, sendo expectável que o fenómeno de interesse observável nos casos represente o fenómeno alargado.

Numa outra perspetiva, Wright (1971) afirma que numa pesquisa qualitativa, uma seleção de casos que permita alcançar a maior diversidade possível de explicações do fenómeno sobrepõe-se à procura de representatividade e realça que os casos selecionados se constituem como as oportunidades de estudar o fenómeno.

Nos estudos de natureza qualitativa, tal como o que aqui se apresenta, geralmente é desenhada uma amostra intencional, escolha alicerçada no reconhecimento da variedade de oportunidades que esta amostra contém para a realização da pesquisa, nomeadamente por permitir a apreensão das principais visões que estão em jogo nos contextos onde se desenrolam os enredos da pesquisa. Isto é, as escolhas são feitas assegurando a variedade, mas não necessariamente a representatividade. Neste âmbito realça-se ainda a escolha de casos dentro do caso, isto é, as decisões acerca das pessoas, lugares e momentos que proporcionem as melhores condições para uma abordagem intensiva do fenómeno (Stake, 2000).

No decurso desta pesquisa, as decisões sobre os casos a selecionar foram sendo tomadas num processo de seleção gradual, segundo a perspetiva defendida por Flick (2005) “A amostragem prossegue, de acordo com a relevância dos casos, e não pela sua representatividade.” (p.69). Segundo este autor, podem-se estabelecer paralelos com a triangulação de Denzin (1989), em que o autor sugere que se estude o “mesmo fenómeno” em diferentes ocasiões, lugares e com pessoas diferentes.

Acerca da amplitude ou profundidade como objetivos de amostragem, Flick (2005) ainda refere que:

A razão decisiva para a escolha de uma das estratégias de amostragem (...) e para conseguir ter uma amostra de conjunto é a sua riqueza de informação significativa. As decisões de amostragem oscilam sempre entre o objetivo de abarcar o campo mais vasto possível e o de realizar as análises mais profundas que puder ser. A primeira estratégia procura representar o campo na sua diversidade, utilizando o maior número possível de casos diferentes, para apresentar dados sobre a distribuição dos modos de ver ou experienciar certas coisas. A última, em contrapartida, procura penetrar no campo e na sua estrutura, concentrando-se em exemplos singulares ou em determinados setores do campo. (p.72)

Aquando da conceção e da elaboração do desenho da investigação que se apresenta, era muito difícil prever as implicações que a experiência empírica iria ter, não só na perspetiva teórica, mas também na seleção de casos. Assim, optou-se por definir as unidades de observação como ponto de partida e organizá-las numa lógica que deu origem à constituição de dois grupos de participantes, na qual emergiu a diferenciação entre os grupos dos leigos e o dos peritos na área.

Em relação aos dois grupos selecionados inicialmente, optou-se por procurar uma “variação máxima” (Patton, 1990) para constituir a amostra relativamente a cada grupo. Assim, em cada grupo, foram procurados os casos que pudessem contribuir para a emergência de variações e de diferenciação no terreno.

Segundo Pires (1997), para uma construção fundamentada das amostras são determinantes: o tipo de dados ou de informações que se pretendem recolher e o tratamento que se lhes pretende dar. Neste caso, porque se trata de dados biográficos que se pretendem qualificar e não quantificar, as amostras construídas podem ser designadas como “amostras de casos múltiplos por homogeneização”. Estas, permitem o estudo de grupos relativamente homogéneos (em relação aos quais o controlo da diversidade externa se faz através da opção relativa ao próprio objeto), nos quais a escolha dos sujeitos dentro dos grupos escolhidos é pautada pelo princípio da diversidade interna (Pires, 1997).

Os protagonistas do campo da saúde sexual masculina como informantes privilegiados

Nesta pesquisa considerou-se indispensável a seleção de informantes privilegiados, enquanto estratégia de acesso à informação sobre o contexto social em estudo e aos acontecimentos que nele ocorrem. Na seleção dos profissionais e de outros

protagonistas no campo da saúde sexual masculina foram tidos em consideração critérios gerais que, segundo Morse (1999), definem um “bom informante” e que foram utilizados numa primeira seleção: possuir os conhecimentos necessários e deter experiência no campo em análise, ter capacidade de reflexão e ter disponibilidade para participar no estudo.

Segundo Costa (2005) “(...) os ‘informantes privilegiados’ podem ser escolhidos por terem lugares de preponderância na unidade social em estudo.” (p. 139).

A aproximação sociológica ao objeto de estudo possibilitou o reconhecimento de diferentes posições no campo e a identificação de vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, sexólogos e farmacêuticos) que se destacam enquanto produtores de discursos sobre a saúde/doença sexual dos homens. Neste âmbito, emergiram ainda outros atores com posicionamentos relevantes no âmbito dos recursos e percursos terapêuticos (entre eles coordenadores e presidentes de associações) e nos diferentes contextos que enquadram a saúde/doença sexual masculina.

Foi no trajeto efetuado em torno da problematização sobre a saúde/doença sexual e sobre o acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual que se realizou a identificação de informantes privilegiados, enquanto potenciais participantes. Do levantamento efetuado emergiram 24 elementos com posições que se destacam no campo que contextualiza a problemática, institucional e profissionalmente, e no qual se concebem estratégias e se tomam decisões sobre questões que, direta ou indiretamente, estão relacionadas com a saúde sexual masculina.

A seleção dos 24 profissionais entrevistados (11 mulheres e 13 homens) obedeceu também a critérios previamente elaborados, através dos quais se procurou avaliar a relevância dos posicionamentos dos participantes na interação com os homens no âmbito da saúde/doença sexual e dos seus percursos profissionais, que pudessem contribuir para proporcionar informação privilegiada que incidisse sobre o campo da saúde/doença sexual masculina. Neste processo de seleção foram ainda tidas em consideração as sugestões de alguns dos entrevistados (médicos, enfermeiros e psicólogos), que indicaram outros intervenientes que foram contactados e englobados no estudo. Realça-se, como exemplos dessas sugestões, um endocrinologista a exercer funções num hospital militar, pela especificidade do contexto em que exerce a sua atividade e o presidente de uma organização para a proteção dos direitos LGBT, pelas características do seu percurso.

No âmbito da saúde, os contextos institucionais de interação constituem-se como espaços de produção e de reprodução das assimetrias de recursos materiais e psicossociais que contribuem para a vulnerabilidade à doença (Prazeres, 2008). Assim, nos critérios que presidiram à seleção dos atores com posicionamento central no campo de análise ou que se encontrassem em posições privilegiadas para fornecerem informações, não foram só tidos em conta os percursos formativos e operativos (construídos em torno da saúde/doença sexual), mas também foram tidos em conta os contextos institucionais que enquadravam esses percursos (hospitais universitários, hospitais centrais, hospitais distritais, hospitais militares, hospitais psiquiátricos, maternidades, clínicas privadas especializadas em doenças dos homens, universidades, centros de saúde, unidades de saúde familiar, consultórios privados, organizações e instituições para a proteção dos direitos LGBT, órgãos de comunicação social, farmácias e empresas farmacêuticas). Das particularidades dos percursos dos participantes selecionados, destaca-se a participação de alguns deles em aspetos e contextos específicos relativos à saúde sexual dos homens, nomeadamente:

- Organização e reorganização de serviços de saúde;
- Conceção de estratégias sobre saúde sexual e reprodutiva a nível nacional;
- Direção de serviços, associações e sociedades no âmbito da saúde sexual, da saúde reprodutiva, da sexologia e dos direitos dos homossexuais, transgénero e bissexuais;
- Formação de médicos e psicólogos a nível da licenciatura;
- Formação avançada em medicina e no mestrado em sexologia;
- Realização de pesquisas sobre vários aspetos da sexualidade masculina;
- Coordenação e realização de programas de rádio e de televisão sobre sexualidade;
- Publicação de várias obras e vários artigos científicos sobre sexualidade.

Realça-se ainda que na seleção destes participantes se procuraram duas vertentes de contributos. Uma proveniente de atores com conhecimentos, formais e informais, edificados em percursos académicos e profissionais ligados aos homens e às questões da saúde sexual, e outra, alicerçada na participação na elaboração de orientações nacionais e institucionais e de circulares normativas que enquadram a perspetiva social e científica sobre os lugares e a concretização da saúde sexual masculina. Esta última, aparentemente menos visível, engloba profissionais que situam a sua atividade nos bastidores, onde, apesar da ocultação dos olhares leigos, são tomadas decisões que influenciam e

normalizam percursos terapêuticos, estratégias farmacológicas, organização e reorganização de serviços, formação profissional e orientações para as práticas profissionais.

No que diz respeito à abordagem das interações entre os profissionais e os homens, inicialmente procurou-se a identificação dos grupos profissionais acima mencionados (médicos, enfermeiros, psicólogos, sexólogos, psiquiatras, farmacêuticos) e de outros atores que tivessem interação com os homens no âmbito da saúde sexual. Procurou-se ainda a caracterização das formas de interação e a identificação dos contextos nos quais ocorriam (cuidados de saúde primários, clínicas privadas, instituições públicas de cuidados diferenciados e outros).

Face a uma temática que se situa num campo sociológico pouco explorado, na procura de heterogeneidade e de diversidade nos contributos proporcionados, houve também a preocupação de integrar participantes cuja área de atuação englobasse não só os grandes centros urbanos, mas também pequenas localidades, situadas em áreas geográficas litorais e interiores que englobam os distritos de Lisboa, Porto, Setúbal, Évora e Faro.

Os quadros que se apresentam (II-1, II-2 e II-3), ilustram algumas das especificidades mencionadas em relação à seleção dos participantes e à sua diversidade.

Quadro II-1 Enfermeiros participantes: instituições e áreas de intervenção

Enfermeiros	Instituições e áreas de intervenção
Enfermeiros de cuidados gerais (5)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de saúde familiar; ➤ Hospital central – consulta externa de endocrinologia; ➤ Unidade de saúde familiar – consulta de diabetes e de planeamento familiar; ➤ Centro de saúde - exercício profissional em enfermagem do desporto (futebol masculino); ➤ Hospital distrital – serviço de urgência;
Enfermeiros especialistas (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de saúde familiar; ➤ Hospital central – serviço de urologia (internamento);
Enfermeiro-chefe (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital central – serviço de endocrinologia (internamento);
Total = 8 enfermeiros (6 mulheres e 2 homens)	Total = 7 instituições (Distritos de Lisboa, Setúbal e Évora)

Quadro II-2 Médicos participantes: instituições e áreas de intervenção

Médicos	Instituições e áreas de intervenção
Psiquiatra (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital psiquiátrico público; clínica privada – consultas de psiquiatria em articulação com urologistas; experiência na área da infertilidade;
Médicos de família (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unidade de saúde familiar; ➤ Extensão de uma unidade de saúde familiar; clínica privada em hotéis;
Urologistas e <i>andrologistas</i> (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital universitário; clínica privada; faculdade de medicina; ➤ Clínica privada; docente no mestrado em sexologia;
Infeciologista (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital distrital – responsável pela consulta de VIH; ONG – apoio a prostitutas e toxicodependentes em carrinhas;
Clínico geral (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Empresa farmacêutica que produz fármacos destinados ao tratamento da disfunção sexual masculina;
Ginecologistas e obstetras (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maternidade pública; voluntária da associação para o planeamento da família; ➤ Clínica privada; participação na elaboração de circulares normativas, orientações técnicas e planeamento de cuidados a nível nacional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
Endocrinologistas e <i>andrologistas</i> (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital universitário; ➤ Hospital militar e clínica privada;
Total = 11 (3 mulheres e 8 homens)	Total = 18 instituições (Distritos de Lisboa, Porto e Faro)

Quadro II-3 Psicólogos e outros participantes: instituições e áreas de intervenção

Psicólogos e outros	Instituições e áreas de intervenção
Psicólogos clínicos na área da sexologia clínica (2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clínica privada; corresponsável por um programa de televisão sobre temas de sexualidade; sexologia clínica e educação sexual como áreas de intervenção; ➤ Hospital psiquiátrico público – consultas de sexologia e aconselhamento conjugal; participa como docente no mestrado em sexologia;
Psicólogo clínico (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordenador de um centro para a proteção dos direitos LGBT;
Professor (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presidente de uma organização para a proteção dos direitos LGBT; realização de programas de rádio; ativista dos direitos dos homossexuais;
Farmacêutico (1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Farmácia numa pequena localidade do interior;
Total = 5 (2 mulheres e 3 homens)	Total = 8 instituições (Distritos de Porto, Lisboa e Évora)

Após um levantamento exaustivo que permitiu a seleção dos participantes (informadores privilegiados), a realização das entrevistas decorreu entre maio de 2010 e janeiro de 2011. Neste período foram realizadas 24 entrevistas que, mediante a obtenção do consentimento informado dos entrevistados, foram gravadas e transcritas integralmente.³¹ No planeamento das entrevistas, as preferências dos entrevistados

³¹ A recolha de dados pautou-se pela procura da maior objetividade possível na análise da realidade social e pela salvaguarda dos valores e dos princípios de integridade na investigação. Neste âmbito foram tidos em consideração o Código Deontológico do Sociólogo (Associação Portuguesa de Sociologia, 1992) e o Código Europeu de Conduta para a Integridade na investigação – Edição Revista (All European Academies, 2017) e o Código Penal (2007, Artigo 38º, nº 2 e nº3).

O respeito pela autodeterminação implica a salvaguarda do direito ao consentimento livre e informado que se constitui como um processo através do qual o investigador assegura que os participantes recebem a informação adequada quanto à natureza e ao objetivo do estudo, entendem as implicações da sua participação, que estão cientes dos seus direitos incluindo o de não participar e o de abandonar a sua participação (Economic & Social Research Council, 2018). De acordo com o Código Penal (2007, Artigo 38º, nº 2 e nº3) o consentimento informado pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto. É ainda mencionado que só é eficaz se for prestado por quem tiver mais do que 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta. Não obstante Bryman (2012) refere que os investigadores têm gradualmente optado pela obtenção do

relativamente aos locais e aos tempos foram sempre tidas em consideração. Durante o decurso das mesmas, procurou-se proporcionar um ambiente que salvaguardasse a privacidade e que fosse o mais informal possível, de forma a criar as melhores condições para que os entrevistados exprimissem livremente as suas perspetivas sobre os temas propostos.

Neste âmbito, é interessante mencionar que a maioria dos entrevistados, sob o argumento da acessibilidade facilitada, preferiu os contextos profissionais onde desempenhavam funções como os locais de eleição para a realização das entrevistas. Não obstante, houve entrevistas que decorreram no domicílio do entrevistado, em restaurantes e em espaços exteriores de cafés. Realça-se que nestas últimas, a captação de som ficou dificultada pelas condições de ruído o que dificultou a transcrição das mesmas.

No decurso da realização das entrevistas, na interação com os profissionais e com outros protagonistas no âmbito da saúde sexual dos homens, emergiu a necessidade de refletir sobre as modalidades em que essa interação acontecia. Entre a familiarização com o campo decorrente da atividade profissional da investigadora (conhecimento prévio dos cenários e de situações quotidianas) e o distanciamento considerado necessário para a receção objetiva da informação recebida, iniciou-se um percurso de mediação entre o exotismo e a familiaridade (Costa, 2005). Segundo este autor

(...) tomar um quadro social por familiar não é o mesmo que conhecê-lo. De facto, muitas vezes nem sequer é tão familiar como possa inadvertidamente supor-se. Além disso, uma das principais consequências duma efetiva familiaridade é passar ao nível do inconsciente, do automático, do naturalizado e, portanto, do não explicitamente percebido a maior parte do que nos rodeia. Se numa floresta de exotismos não se distingue o singular, na banalidade do familiar não se distingue o comum. Familiaridade sem problematização científica significa ainda enviesamento da análise, (...) (Costa, 2005, p. 147).

consentimento informado escrito através das assinaturas dos participantes em formulários. O autor considera ainda que apesar desse formato proporcionar aos investigadores um documento assinado pode implicar recusas na participação (nomeadamente por pôr em causa o anonimato dos participantes). No estudo que se apresenta, devido ao caráter íntimo e privado dos assuntos abordados optou-se pelo consentimento livre e informado na sua forma oral, garantindo-se, no entanto, a salvaguarda de todos os pressupostos envolvidos nesse consentimento.

Por um lado, o facto de ser profissional de saúde facilitou o acesso ao campo e aos eventuais participantes, mas, por outro lado, implicou questionar “evidências” que a familiarização poderia fazer surgir, remetendo-as para o estatuto de realidades inquestionáveis e naturalizadas (Costa, 2005). Entre “estranheza” e “familiaridade”, Flick (2005) sugere a proposta de Hitzler (citado em Flick, 2005) de eleger como via de acesso a um novo conhecimento, o adotar, pelo menos temporariamente, a perspetiva de um estranho, “a atitude da dúvida metódica sobre as evidências sociais”.

Segundo Flick (2005), o estatuto de estranho pode ser diferenciado nos papéis de “visitante” e de “iniciado”, consoante a estratégia de pesquisa. No estudo que se apresenta, e perante este primeiro grupo de participantes, adotou-se o papel de “visitante”, tendo sido negociada uma ida ao campo, para a realização de uma única entrevista a cada participante, colocando a cada um deles questões que englobaram as suas rotinas de trabalho.

A seleção dos profissionais, atores com protagonismo no campo da saúde sexual dos homens, privilegiou indivíduos com posição nuclear no campo e incluiu outros com posição mais periférica. Implicou ainda a realização de um mapeamento de percursos ocultos e a inclusão de sugestões efetuadas por participantes, através das quais foi possível identificar pessoas e percursos relevantes. Aqui foram fundamentais os processos de negociação desenvolvidos e as estratégias de referência que permitissem uma amostragem de variância máxima (Flick, 2005). Em virtude de, durante o estudo, ter havido dificuldade em localizar e estabelecer contacto com alguns dos informantes privilegiados foram, desenvolvidas estratégias de várias ordens para levar os intentos a bom porto. Alguns dos participantes foram contactados de forma oportunista, no final de conferências no âmbito da sexologia, da medicina sexual e nos contextos onde desempenhavam funções.

Percursos de indagação: a procura da variação máxima das experiências masculinas

O estudo das representações sociais dos homens sobre a saúde e a doença sexual implica abordar a forma como o conjunto de valores, normas sociais e modelos culturais são pensados e vividos pelos indivíduos que integram a sociedade. Segundo Herzlich (1992), implica estudar o modo como é elaborada e estruturada a imagem da saúde e da doença enquanto objetos sociais. Através desse estudo, torna-se possível uma aproximação da imagem individual do real, da sua organização e do seu sentido. A autora

afirma, ainda, que essa imagem, ao contribuir para modelar os comportamentos, se constitui como geradora dos mesmos.

Segundo Flick (2005), a questão da amostragem, ou da seleção dos participantes, emerge em diferentes fases do processo de investigação. O desenvolvimento do processo implica decisões sobre a seleção dos indivíduos a entrevistar (“amostragem de casos”) e sobre os grupos a que pertencem (“amostragem de grupos de casos”).

Neste estudo, optou-se por selecionar indivíduos que dessem contributos oriundos da sua experiência vivida para compreender a génese das representações sociais masculinas sobre saúde/doença sexual e a sua influência na utilização/consumo de cuidados de saúde (percursos terapêuticos, características da procura e da utilização/consumo de cuidados, sentidos atribuídos à procura de cuidados de saúde sexual, atitudes face à doença sexual).

O objetivo subjacente ao desenho da amostra dos homens, não foi procurar quantificar os casos, mas procurar as diferenças envolvidas ou a “variação máxima” na amostra (Flick, 2005). Assim, almejando uma amostra qualitativa, deliberadamente heterogénea e partindo das pistas que a teoria forneceu, foram englobadas dimensões sociodemográficas que evidenciavam proporcionar relevância e consistência em relação ao fenómeno em estudo e asseguravam diversidade interna face à população de referência (Almeida, 2004). Neste âmbito, realça-se que a inclusão destas dimensões teve subjacente a hipótese de partida e a tentativa de aceder a uma variedade máxima de experiências no âmbito da saúde/doença sexual dos homens.

Com base na literatura consultada, elegeram-se como dimensões sociodemográficas com eventual potencial discriminante face às experiências de saúde/doença sexual masculina e à utilização dos cuidados de saúde sexual: a idade, o nível de escolaridade, a classe social e a situação conjugal. Neste contexto menciona-se ainda que na constituição da amostra se considerou como critério de inclusão a área de residência ser situada no distrito de Lisboa.

Em virtude de a idade ter sido a variável considerada como ponto de partida, definiram-se dois grupos etários (dos 27 aos 40 anos e dos 47 aos 60 anos) a partir dos quais se aplicaram as outras variáveis. A opção por os dois grupos etários foi ponderada pelo objetivo de incluir diferentes pertenças geracionais, situações conjugais e condições perante o trabalho. Realça-se ainda que esta opção também esteve relacionada com a procura de uma abordagem que incluísse socializações e vivências de atividade sexual, e

eventual procura de cuidados no âmbito da saúde sexual, em contextos sociais marcados por mudanças sociais provocadas por acontecimentos, tais como o 25 de Abril de 1974, e a descoberta da SIDA, marcada pelo diagnóstico do 1º caso em Portugal, em 1983 (PORDATA, 2018).

Tendo em conta os aspetos mencionados, optou-se por constituir um grupo de homens mais jovens (27- 40 anos), cuja faixa etária remete para uma fase de vida potencialmente permeada por acontecimentos reprodutivos e eventuais intercorrências relativamente aos mesmos, por uma fase do ciclo de vida ainda com eventual distanciamento de experiências e percursos de doença e por uma condição maioritariamente ativa perante o trabalho. O grupo dos homens mais velhos (47- 60 anos) integrou homens reformados, eventualmente com problemas sexuais associados ou não a doenças crónicas e à sua evolução, mais distantes de percursos reprodutivos, mas potencialmente mais próximos de experiências de procura de cuidados relacionados com a vigilância ou a ocorrência de problemas urológicos e/ou prostáticos³².

Relativamente à escolaridade, procurou-se constituir uma amostra que englobasse homens com diferentes níveis de escolaridade. Assim para cada grupo etário foram selecionados participantes com os seguintes níveis de escolaridade: básico (1º, 2º e 3º ciclos - até 9º ano completo); secundário (12º completo); superior (licenciatura ou mais).

No que diz respeito à classe social, logo de início ficaram claras as dificuldades na seleção de participantes com base na classe social de pertença. A identificação da profissão e do *status* socioeconómico, implicava uma colheita de informação prévia que se evidenciou como um constrangimento face ao tema em questão e à necessidade de uma abordagem inicial que incluía aspetos pessoais.

Nas últimas três décadas, João Ferreira de Almeida, António Firmino da Costa e Fernando Luís Machado, com o contributo de outros investigadores, desenvolveram uma

³² Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (República Portuguesa Saúde, 2016), numa percentagem significativa das consultas de medicina geral e familiar são abordadas patologias do foro urológico como por exemplo a hiperplasia benigna da próstata, a disfunção erétil e as infeções urinárias que são muito prevalentes e que estão relacionadas com o envelhecimento.

Relativamente aos problemas da próstata nos quais se inserem os tumores malignos da próstata, realça-se que têm sido os tumores com maior taxa de incidência (100000 habitantes) em Portugal [em 2010 apresentavam uma taxa bruta de 120.3 e uma taxa padronizada (população Europeia) de 90.5 (DGS, 2016)]. A taxa de mortalidade (por 100000 habitantes) por tumor maligno da próstata em 2014 foi de 36,2 superando tal como nos anos anteriores a taxa de mortalidade por tumor maligno da mama feminina que no mesmo ano foi de 30,4 (DGS, 2016).

tipologia – tipologia ACM³³ – para a operacionalização de classes na sociedade portuguesa. A operacionalização da estrutura de classes desenvolvida pelos autores inclui duas dimensões: a económica/profissional e a dimensão cultural/simbólica (Costa, Machado & Almeida, 1990; Machado, Costa, Mauritti, Martins, Casanova & Almeida, 2003). No presente trabalho atender-se-á somente à primeira dimensão e, dentro desta, apenas à análise do indicador socioprofissional (tipologia ACM).

Assim, em virtude das limitações referidas, não foi possível ter um equilíbrio na amostra relativamente a cada um dos indicadores da tipologia referida. Não obstante, conseguiram-se englobar participantes (dos dois grupos etários) de todos os indicadores socioprofissionais: Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais (EDL); Profissionais Técnicos e de Enquadramento (PTE); Trabalhadores Independentes (TI) que incluem os agricultores independentes; Empregados Executantes (EE) e Operários (O) que incluem os assalariados agrícolas.

Relativamente à situação conjugal, optou-se por não incluir o estado civil, pois nem sempre era revelador das situações reais de coabitação ou de conjugalidade em que se encontravam os participantes. Assim, optou-se por distinguir os participantes que se encontravam em conjugalidade e com coabitação, os que não tinham coabitação, mas que assumiam estar numa relação de namoro, e aqueles que assumiam não ter relação de namoro. A opção por esta tipologia teve em consideração alguns autores [Davidson & Meadows (2010); Norcross, Ramirez & Palinkas (1996); Miles (1991); Cameron & Bernardes (1998)] que atribuem à conjugalidade heterossexual um papel discriminante na emergência de diferentes cenários na utilização e no acesso dos homens aos cuidados de saúde.

No seguimento da tomada de decisão relativamente aos critérios para a seleção dos participantes, emergiu a necessidade de planear estratégias para a aproximação aos potenciais participantes. O mapeamento de lugares e tempos para efetuar os contatos iniciais com os homens suscitou o confronto com novas dificuldades que decorreram do tema em análise, do género da investigadora, do tipo de amostra que se pretendia constituir e do tipo de proximidade que implicava a utilização da entrevista como técnica de colheita de dados. A articulação de todos estes aspetos revelou-se como um aspeto interessante nesta pesquisa e abordar-se-á em capítulo próprio.

³³ A denominação “ACM” resulta das iniciais de Almeida, Costa e Machado (Machado et al., 2003; Almeida, Machado & Costa, 2006).

Não obstante as dificuldades que se adivinhavam, procurou-se identificar e utilizar as vias de acesso possíveis. Destaca-se a diferença das vias de contacto com profissionais ou com superiores hierárquicos, das vias de contacto com as diferentes categorias de trabalhadores (onde se encontravam homens em quartéis de bombeiros, em esquadras de polícia, em centros operacionais, em serviços municipais, em empresas de serviços técnicos (mecânicos, elétricos, entre outros), e as vias de contacto mediadas por outros investigadores que responderam ao apelo para identificar possíveis participantes. Tal como na amostra dos peritos, não se privilegiou a estratégia de *snow ball* pois “(...) muitas vezes os amigos trazem os amigos: consequentemente os sujeitos pertencem ao ambiente alargado do próprio investigador.” (Flick, 2005, p. 60). Apesar do acesso a pessoas conhecidas do investigador poder parecer um benefício, por vezes, é o facto do investigador surgir como um desconhecido que pode propiciar uma maior riqueza nos discursos. A este respeito realça-se que no decurso da realização das entrevistas, perante as narrativas de alguns homens que evidenciavam ser a primeira vez que estavam a falar com alguém sobre os seus problemas sexuais, e após o questionamento da investigadora acerca das razões de ter sido eleita para essa confiança, os inquiridos nomearam o facto de a investigadora ser desconhecida e a abordagem ser motivadora:

Eu acho que foi... olhe foi muito... por acaso até foi útil. Pronto a gente manda coisas cá para fora que por vezes..., nem nunca pensei dizer. Há aqui coisas que eu nunca pensei dizer na minha vida, mas disse pronto. Tem mesmo que ser assim. (E53-EE; 51 anos; ens. básico; sem relação)

Não a conhecer de lado nenhum... Fez-me sentir à-vontade. (E4-PTE; 47 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Depois de se terem realizado os contactos iniciais e a identificação dos potenciais participantes, foi efetuado um contato inicial para averiguar sobre o seu interesse e disponibilidade para a participação no estudo e foi iniciado o processo de obtenção do consentimento informado de todos os participantes³⁴. No roteiro da seleção de

³⁴ Segundo Bryman (2012) todo o indivíduo que participa numa investigação tem o direito a ser informado sobre a sua finalidade e conteúdo, o que implica a responsabilidade do investigador em proporcionar informação acerca da investigação e em termos que sejam compreensíveis para o participante. Para além do que já foi mencionado neste trabalho relativamente ao consentimento informado, realça-se que devido à natureza do objeto de estudo, na obtenção do consentimento informado aos homens que foram entrevistados, foi sempre salvaguardada a liberdade de decisão sobre: a extensão de informação a ser proporcionada, a recusa da partilha de informações íntimas e privadas, a recusa de resposta a algumas perguntas e o abandono da sua participação durante as entrevistas.

participantes para constituir a amostra emergiu a necessidade de limitar o seu número. Assim, com base na natureza do objeto e na definição dos objetivos estabelecidos foram introduzidos vários critérios de seleção dos participantes, tendo sido identificados cinquenta e sete homens, que participaram neste estudo através da realização de entrevistas semiestruturadas.

Quadro II-4 Caracterização dos homens participantes do grupo etário 27- 40 anos

Situação de conjugabilidade Nível de Escolaridade Completo	Em conjugabilidade (com coabitação)	Com relação de namoro (sem coabitação)	Sem relação de namoro (sem coabitação)
Básico (1º, 2º e 3º ciclos) (até 9º ano completo)	38 anos - EDL 36 anos - PTE 40 anos - PTE	38 anos - EE 35 anos - EE 40 anos - EE	40 anos - EE 37 anos - EE 31 anos - O
Secundário (12º completo)	38 anos - EE 38 anos - EE 40 anos - PTE	30 anos - PTE 32 anos - EDL 34 anos - PTE	33 anos - O 34 anos - EE 30 anos - EE
Superior (licenciatura ou mais)	40 anos - PTE 37 anos - PTE 38 anos - PTE 30 anos - PTE	40 anos - PTE 30 anos - PTE 39 anos - PTE 31 anos - PTE	31 anos - EE 33 anos - PTE 34 anos - PTE
Total = 29 participantes	10	10	9

Legenda: EE - Empregados Executantes; EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais; O – Operários; PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento; R – Reformado; TI - Trabalhadores Independentes

Quadro II-5 Caracterização dos homens participantes do grupo etário 47- 60 anos

Situação de conjugalidade Nível de Escolaridade Completo	Em conjugalidade (com coabitação)	Com relação de namoro (sem coabitação)	Sem relação de namoro (sem coabitação)
Básico (1º, 2º e 3º ciclos) (até 9º ano completo)	56 anos - EE 47 anos - EE 59 anos - EE	47 anos - EE 53 anos - PTE 56 anos - O	59 anos - O 51 anos - EE 50 anos - EE 53 anos - EE
Secundário (12º completo)	57 anos - PTE 60 anos - EE 56 anos - EDL	50 anos - PTE 57 anos - PTE 47 anos - PTE	52 anos - EE 52 anos - EE 48 anos - EDL
Superior (licenciatura ou mais)	58 anos - EDL 47 anos - PTE 53 anos - PTE	47 anos - PTE 56 anos - EDL 60 anos - EDL	57 anos - PTE 60 anos - PTE 57 anos - PTE
Total = 28 participantes	9	9	10

Legenda: EE - Empregados Executantes; EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais; O – Operários; PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento; TI - Trabalhadores Independentes

1.2.2 A aproximação à intimidade masculina: desafios e dilemas

O acesso ao campo de estudo na investigação qualitativa pode ser, por si só, um desafio. No planeamento desse acesso importa ter em consideração a técnica escolhida para a colheita de informação e ponderar as suas especificidades. Segundo Costa (2005), a opção por uma técnica de pesquisa deve ter em consideração o tipo de informação que se pretende obter. Refere ainda que para cada tipo de informação, diferentes técnicas podem ser usadas e podem inclusivamente funcionar como substitutas da técnica principal.

Ainda que nesta pesquisa se tenha optado pelas entrevistas semiestruturadas, como estratégia privilegiada para a recolha de dados nos dois grupos de participantes (profissionais e homens), a natureza da informação que se pretendia obter implicou a construção de dois guiões consideravelmente diferentes (Anexos I e II). A sua construção implicou uma seleção criteriosa dos temas sobre os quais se procurava obter reações por parte dos entrevistados (profissionais e leigos) e envolveu considerar as possibilidades de adaptação dos guiões a cada situação e às particularidades dos inquiridos. Foi ainda utilizado o recurso à inclusão de tópicos ou questões em “árvore”, cuja seleção é

determinada pelas respostas precedentes, o que permitiu evitar perguntas irrelevantes (Ghiglione & Matalon, 1997). As entrevistas realizadas com base nos guiões elaborados, desenrolaram-se numa sucessão de encontros face-a-face, em que se procurou aceder às perspetivas, individuais e de grupo, sobre a multiplicidade de aspetos que englobam a saúde sexual dos homens.

Nas perspetivas mais atuais sobre a entrevista são destacados novos desafios relativamente à sua realização, o mesmo tendo acontecido com os entrevistadores, que têm sido gradualmente considerados como participantes ativos na interação com os entrevistados, enfatizando a importância do seu enquadramento pelos contextos e pelas situações em que as entrevistas acontecem (Fontana & Frey, 2000). Neste âmbito, realça-se que no planeamento e na realização das entrevistas aos participantes dos dois grupos, foram tidas em consideração as especificidades relacionadas com a entrevistadora, com os entrevistados, com os contextos e com as situações sociais em que as entrevistas decorreram (Ghiglione & Matalon, 1997).

Entrevistar é interagir e a entrevista pode ser considerada como o objeto ou como o instrumento da sociabilidade sociológica (Denzin & Lincoln, 1998). Neste contexto, entrevistar acerca de um tema tão carregado de subjetividade como a saúde sexual dos homens (independentemente da sua orientação sexual) implicou o questionamento de vários aspetos que diziam respeito à própria investigadora: O que significava para a investigadora, enquanto mulher, ter como objeto de estudo a saúde sexual dos homens? Que constrangimentos/potencialidades se anteviam ao propor a realização de entrevistas como técnica privilegiada para a colheita de dados sobre uma área tão íntima e tão privada? Que estratégia planeava para aceder à “experiência vivida” dos homens, procurando englobar o discursivo, o simbólico e o institucional?

Sobre as entrevistas em geral tem-se estudado a influência do entrevistador na situação de entrevista, revelando que as características como a idade, o género e a experiência do entrevistador têm um impacto relativamente pequeno nos discursos produzidos. Os críticos deste tipo de entrevista mencionam que este facto está relacionado com a sua natureza inflexível, estandardizada e pré-determinada (Fontana & Frey, 2000).

Segundo Bryman (2012), aspetos como a etnia, a classe social, o género e a interação que é criada entre entrevistador e entrevistado podem ser considerados como constrangimentos na realização das entrevistas. No decurso deste estudo, apesar de se terem considerado inicialmente como dificuldades potenciais, a diferença de género, a

diferença etária e a diferença de classe social entre a entrevistadora e os homens entrevistados, não se evidenciaram como constrangimentos.

Fontana e Frey (2000) referem que a entrevista toma lugar num contexto de interação social, que é influenciada por esse contexto e que um entrevistador atento deve reconhecer este facto e ser sensível à forma como a interação pode influenciar os discursos dos entrevistados. Converse e Schuman (1974) mencionam que não se convencionou existir um estilo apropriado de entrevistador para todos os entrevistados e para todas as situações. Realçam que os entrevistadores devem estar cientes das diferenças dos entrevistados e devem ser capazes de fazer ajustamentos adequados perante desenvolvimentos discursivos e situações imprevistas.

Um aspeto relacionado com a entrevistadora que merece ser tido em consideração é a sua identidade e a influência da mesma na interação entrevistador/entrevistado. Assim, tendo em conta as possibilidades e os constrangimentos ponderados em cada situação específica, as decisões tomadas estiveram relacionadas com a escolha das melhores estratégias de abordagem e de aproximação aos potenciais entrevistados. Perante o grupo dos profissionais, a identidade assumida foi sempre a de professora de enfermagem, estudante do doutoramento do ISCTE-IUL e investigadora do CIES. No entanto, perante o grupo dos leigos foi necessário refletir sobre o que explicar em cada situação. As opções tomadas acerca da revelação da identidade foram circunstanciais e, de uma forma geral, não foi divulgada a identidade de professora de enfermagem (ou de enfermeira). Segundo Costa (2005), algumas características sociais do investigador, em particular:

(...) a sua pertença de classe e a sua atividade profissional, condicionam o processo de recolha de informação e devem ser tomadas em conta na análise. É claro que os respetivos efeitos variam conforme a unidade social em estudo, seja uma aldeia ou uma fábrica, uma universidade ou um clube de empresários, um bairro popular ou um subúrbio de classe média abastada. Também produzem efeitos diferentes, consoante os contextos, características como a idade ou o sexo do investigador. (p. 145)

Neste caso específico, o autor refere-se à pesquisa de terreno com a qual se pode fazer um paralelismo. O autor refere ainda que eticamente não é aceitável fabricar uma identidade e que a apresentação aos sujeitos de investigação pode variar entre a de sociólogos que pretendem estudar essa realidade, estudantes, cientistas, entre outras. No

entanto, também realça a distinção entre a maneira como o investigador se apresenta e a forma como os indivíduos de um determinado espaço social lhe vão redefinindo a identidade, no âmbito do respetivo sistema de representações recíprocas.

A este propósito Flick (2005) refere que: “Na investigação qualitativa, a pessoa do investigador tem especial importância. Os investigadores e as suas competências comunicacionais são o principal ‘instrumento’ de recolha de dados e de cognição.”(p. 56). A interação entre o investigador e as pessoas a entrevistar impõe desempenhar papéis e assumir posicionamentos sociais. O mesmo autor acrescenta que

A que informação terá acesso e para qual encontrará o caminho barrado, é algo que depende essencialmente da adoção de um papel ou uma posição social adequada. Assumir ou aceitar um papel deve ser encarado como um processo de negociação, com várias fases, entre o investigador e os participantes. (Flick, 2005, p. 56)

Segundo Velho (1981) o que vemos ou aquilo com que temos proximidade no quotidiano pode proporcionar familiaridade, mas não implica necessariamente conhecimento. Não obstante, nesta pesquisa, a proximidade e o conhecimento que a atividade profissional da investigadora proporcionou, possibilitou uma “familiarização” com o campo e com o grupo dos profissionais que se revelou facilitadora no acesso aos participantes e na condução dos guiões das entrevistas. Em nenhum momento se considerou que essa “familiarização” tivesse prejudicado o distanciamento necessário à objetividade da análise ou que tivesse havido a interferência de uma familiaridade excessiva, sem as devidas cautelas de problematização científica.

No decurso deste estudo, a questão do género da investigadora e o facto de se encontrar visivelmente grávida, criou o receio de um “exotismo” exacerbado na relação com os homens entrevistados. Se, por um lado, o “exotismo” pode ser considerado como um contributo facilitador da objetividade, por outro lado pode “ocultar ao investigador o significado de um vasto leque de sinais sociais (dos quais pode nem chegar a aperceber-se) e enviesar-lhe a interpretação (...)” (Costa, 2005, p. 147). Neste caso, apesar dos receios iniciais, o estado de gravidez revelou-se como um fator positivo na interação com alguns participantes, que referiram ter sido facilitador para a exposição de assuntos considerados mais delicados “sabe é mais fácil porque não a vejo como mulher, (...)” atribuindo um estatuto assexuado à entrevistadora.

Em relação aos fatores associados aos entrevistados, Ghiglione e Matalon (1997) referem que se podem dividir em fatores de ordem cultural, mnemónica, cognitiva, motivacional e conjuntural. No plano cultural, realçam sobretudo o capital verbal do entrevistado e as suas possibilidades de compreender certas questões. Neste âmbito, realçam-se algumas dificuldades na abordagem de alguns termos pela entrevistadora, tais como: “saúde sexual” e “problemas sexuais”, que para alguns homens eram ambíguos e para outros completamente desconhecidos. Outro aspeto importante neste estudo foi a escassez de capital verbal dos entrevistados acerca do tema, que era evidenciado através das dificuldades em encontrarem termos para relatarem os seus pensamentos ou opiniões. Independentemente da idade e da classe social, em muitos homens eram evidentes as lacunas na apropriação da linguagem relacionada com a sexualidade e com a sua saúde sexual que lhes permitisse uma verbalização fácil e fluida. Várias foram as vezes em que a entrevistadora foi confrontada com expressões tais como: “eu só sei os termos que não são muito próprios”; “a gente entre nós chama-lhe (...)”. Dessas dificuldades realçam-se a verbalização do recurso a prostitutas, a designação dos órgãos genitais masculinos, situações de IST, relações sexuais, masturbação e disfunção ejaculatória.

Ainda no plano cultural podem ser incluídos fatores relativos às especificidades da técnica da entrevista, ao receio dos participantes em se submeterem à realização da entrevista e ao seu registo áudio. Neste âmbito realça-se o cuidado da entrevistadora na utilização de linguagem perceptível, na reformulação dos temas propostos, sempre que foi adequado, na utilização da linguagem não-verbal, facilitadora da comunicação, e no posicionamento dos gravadores.

Os fatores mnemónicos, que dizem respeito à capacidade que o indivíduo tem de recordar informações relacionadas com o tema proposto, neste estudo não foram uma dificuldade. Pela sua natureza e pelo impacto das experiências, de uma forma geral pareceram fáceis de situar no tempo e de relatar por todos os participantes.

Os aspetos cognitivos estão ligados à experiência pessoal do indivíduo e enfatizam a importância do quadro de referência do entrevistado. “Na medida em que o quadro de referência do indivíduo determina as conotações das palavras utilizadas, e, portanto, define em parte o seu sentido, é primordial conhecê-lo.” (Ghiglione & Matalon, 1997, p. 74). Estes aspetos, que englobam a educação, as experiências, convicções morais, religiosas, políticas, entre outros, foram tidos em consideração, não só na construção do guião das entrevistas, mas também na realização das mesmas. Cada entrevista constituiu-

se como um momento de interação social em que a investigadora se foi apropriando da multiplicidade de quadros de referência, da variedade de conotações dos termos relacionados com o objeto de estudo. Todo o percurso efetuado permitiu a simplificação da integração de estratégias facilitadoras da interação, a adequação na utilização e a compreensão da linguagem e do vocabulário utilizado pelos participantes, o que facilitou a comunicação.

Em relação aos aspetos de ordem motivacional, Ghiglione e Matalon (1997) referem que engloba a motivação do entrevistado em participar na entrevista e que pode incluir um desejo de agradabilidade por parte do entrevistado, o que pode influenciar as suas respostas ao procurar, por exemplo, ser visto como alguém que não viola as normas sociais. No âmbito da saúde sexual dos homens foi tida em consideração a possibilidade de haver comportamentos que os entrevistados não quisessem “revelar com medo de descer na sua autoestima” (Ghiglione & Matalon, 1997, p. 75). No entanto, no que se refere à motivação para responderem ou não responderem, são incluídas características dos indivíduos e variáveis referentes à situação (aceitação do tema, compreensão, etc.) e ao entrevistador (aspeto físico, técnica na realização da entrevistas,...). Das entrevistas realizadas aos homens, realça-se que em alguns momentos e em algumas situações houve alguma necessidade de procurar estratégias motivacionais. Destaca-se a pergunta sobre a ocorrência de problemas ou alterações sexuais, em que grande parte dos entrevistados refere nunca ter tido nenhum tipo de problema deste foro. No entanto, ao longo da entrevista descrevem vários tipos de problemas que ocorreram na sequência de relações sexuais de risco.

Nos aspetos de ordem conjuntural referidos por Ghiglione e Matalon (1997), é incluído tudo o que acentua a pertinência do tema em função das preocupações dos participantes e que pode revelar a importância que os entrevistados dão ao tema na altura da sua participação. No final das entrevistas, foi referido pelos participantes que os assuntos abordados faziam parte das suas preocupações atuais sobre a sua saúde sexual e que para alguns deles se constituiu como a primeira vez em que verbalizavam essas preocupações com alguém.

Segundo Fontana e Frey (2000), não é suficiente compreender os mecanismos da entrevista, também é importante compreender o mundo dos respondentes e os fatores que podem estimular ou bloquear as repostas. Neste âmbito, a experiência da investigadora na realização de entrevistas clínicas e na interação com utentes no âmbito da saúde sexual

e reprodutiva foi facilitadora na abordagem dos temas e na utilização dos guiões.

Alguns dos entrevistados referiram que os aspetos que podem englobar a saúde sexual masculina são de difícil abordagem, porque implicam aceder a áreas íntimas e privadas, que são consideradas tabu. No entanto, foi também referido que o segredo das estratégias de acesso pode estar na forma como o tema é abordado pelo entrevistador.

Há pessoas que se calhar não... não sei, depende. Há pessoas que se calhar não se sentiam bem com determinadas perguntas, digo eu, e aí passa de facto também pelo tal... como abordar (...), o como abordar. Eu acho que são... isto são... perguntas tabu. Pelo menos na nossa sociedade ainda é muito tabu. (E38-PTE; 34 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

No que diz respeito à situação e aos fatores implicados, podem ser englobados o lugar onde a entrevista se desenrolou, o tempo de duração, a disponibilidade do entrevistado para responder, a destreza na utilização do guião. Na escolha dos lugares para a realização das entrevistas foram sempre respeitadas as preferências e sugestões dos participantes, que incluíram jardins, praças, cafés, restaurantes, esplanadas, gabinetes nos locais de trabalho, espaços de lazer dentro de instituições, no veículo automóvel da entrevistadora, no domicílio dos entrevistados, no domicílio de conhecidos dos entrevistados. Apesar de a investigadora ter tentado conciliar a privacidade requerida para a abordagem dos temas e as preferências dos participantes, os lugares onde decorreram as entrevistas por vezes apresentavam ruído e o movimento contínuo de pessoas, que acabaram por não ser facilitadores.

1.2.3 Da liberdade de investigação ao dever de proteção dos sujeitos investigados: considerações éticas

Os estudos de caso frequentemente lidam com aspetos de interesse público e a saúde sexual cruza a esfera privada com a esfera pública. Os percursos de indagação não podem ser suscetíveis de imputar prejuízo para os indivíduos que se expõem (Stake, 2000). Na pesquisa que se apresenta, foi solicitada a obtenção do consentimento informado e foi garantida a salvaguarda do anonimato e da confidencialidade de todos os envolvidos, com exceção dos que manifestaram explicitamente a vontade de serem identificados, por representarem associações ou instituições às quais pretendiam dar visibilidade.

Neste, tal como noutros estudos desenvolvidos com base nas informações

disponibilizadas pelos sujeitos, foi fundamental tomar todas as precauções necessárias para evitar causar danos aos participantes. Fontana e Frey (2000) e Bryman (2012) referem que tradicionalmente as preocupações éticas se centram em três aspetos principais:

- *o consentimento informado* (obter o consentimento do sujeito depois de o ter informado cuidadosamente e de forma verdadeira acerca da investigação);
- *o direito à privacidade* (protegendo a identidade dos sujeitos);
- *e a proteção contra danos* (físicos, emocionais ou de qualquer outro tipo).

No que diz respeito à obtenção do consentimento informado, realçam-se dois casos no grupo dos homens. Uma situação em que, no contacto estabelecido antes da entrevista, houve recusa em participar, tendo a pessoa em causa alegado dificuldade em falar sobre aspetos relacionados com a sua saúde sexual:

Ui.. epá... eu não... pois. Sabe eu não sou boa pessoa para falar sobre isso (risos).

(E8-EE; 38 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Não obstante a sua recusa inicial, manifestou interesse em manter uma conversação sobre o percurso da investigadora e sobre o estudo em questão. Após uma conversa inicial que durou cerca de 30 minutos foi o próprio indivíduo que manifestou interesse em realizar a entrevista e insistiu para que a investigadora ligasse o gravador.

A outra situação que ocorreu teve contornos bem diferentes. Depois do potencial entrevistado ter sido informado sobre os vários aspetos relativos ao estudo e à sua participação, assentiu na sua participação. Quando a entrevistadora ligou o gravador e deu início à entrevista verificou que havia da parte do entrevistado um nítido desconforto, manifestado por uma postura tensa. As suas mãos tremiam e faziam rodar um chapéu de palha entre os dedos, nas suas têmporas tornou-se visível uma transpiração súbita e o seu olhar focava o chão. Perante a situação, a entrevistadora questionou-o sobre o seu desconforto e a sua vontade em participar e a resposta foi a de que “há coisas que não são para contar a ninguém...”. Assim, a entrevista foi cancelada e foi assumido o compromisso por parte da entrevistadora em manter-se no local e não revelar que a entrevista não tinha ocorrido à entidade que tinha facilitado o contacto e cedido o tempo e as instalações para que a entrevista ocorresse.

No âmbito do consentimento informado realçam-se ainda alguns casos em que os entrevistados, após a entrevista ter sido dada como finalizada e terem sido desligados os

gravadores, terem verbalizado aspetos relevantes para o estudo, que foram anotados por escrito pela investigadora, num bloco de notas que a acompanhou em todas as entrevistas. Nessas situações, foi sempre colocada à consideração dos participantes a possibilidade desses dados serem incluídos na entrevista e utilizados no estudo. No final de todas as entrevistas, a investigadora deixou sempre um espaço para obter a opinião, as sugestões e os comentários dos entrevistados.

Destacam-se ainda, no processo de obtenção do consentimento informado, os momentos em que a investigadora informava os entrevistados sobre o facto de poderem terminar a sua participação a qualquer momento e de poderem recusar responder a algumas perguntas no decurso da entrevista, salvaguardando o direito à intimidade. No grupo dos homens dos 47 aos 60 anos, alguns dos homens chegaram a dizer, com um tom paternalista “Ó menina, pergunte à-vontade, não se acanhe”; “Não tenha problemas, pergunte o que quiser”.

Segundo Fontana e Frey (2000) existem ainda outros fatores que podem ser considerados eticamente problemáticos quando a opção recai sobre a entrevista, e que dizem respeito ao grau de envolvimento do investigador com os sujeitos que integram o grupo em estudo e à veracidade dos relatos realizados pelos investigadores. Neste âmbito procurou-se sempre manter um distanciamento que permitisse rigor analítico, mas que simultaneamente estimulasse a sensação de segurança e de confiança.

1.3 O estatuto do texto: um horizonte empírico sobre as experiências de saúde sexual masculina

O texto obtido das transcrições das entrevistas constituiu *o corpus* que, de acordo com Bardin (2015), diz respeito ao texto considerado para ser submetido aos procedimentos analíticos. No entanto, num processo em que tudo o que foi escrito se tornou passível de ser submetido à análise de conteúdo, Flick (2005) coloca algumas questões, tais como: “Como é representada ou produzida a realidade, no caso que é (re)construído para fins de investigação? Qual a relação do texto com a realidade?” (Flick, 2005, p.29).

As diferentes posições teóricas da investigação qualitativa partilham algumas características comuns, tais como: a referência a casos, a construção da realidade e a utilização do texto como material empírico (Flick, 2005).

Ryan e Bernard (2000) consideram que o texto deve ser distinguido entre a *tradição linguística*, que trata o texto como um objeto de análise por si mesmo, e a “tradição sociológica”, que aborda o texto como uma janela para a experiência humana. A tradição linguística inclui a análise narrativa, a análise da conversação (ou discurso), a análise da performance e a análise linguística formal. A “tradição sociológica” engloba palavras ou frases geradas através de técnicas para a indução sistemática e textos de fluxo livre, tais como narrativas, discursos e respostas a perguntas abertas de entrevistas.

A utilização do texto como material empírico é um dos traços comuns às várias posições teóricas da investigação qualitativa. Na investigação qualitativa o texto pode ser utilizado com várias intenções, tais como constituir os dados nos quais se baseia a investigação, ser a base da interpretação e ser o meio principal para a apresentação e para a comunicação de resultados.

Na pesquisa que se apresenta, o texto sobre o qual se fez as interpretações resultou da transcrição do registo áudio das entrevistas em formato do tipo “MP3” das entrevistas. O texto surgiu como resultado da colheita de dados e constituiu-se como a base da interpretação. No entanto, ao considerar-se esta investigação como qualitativa, baseando-se na compreensão das realidades através da interpretação de textos, emergem dois tipos de questões. Uma delas diz respeito ao que pode advir da tradução da realidade para o texto, e a outra, ao que pode acontecer na retradução do texto para a realidade ou na inferência da realidade a partir do texto. Neste processo, o texto foi assumido como a realidade a estudar e diz respeito ao que foi gravado nas entrevistas, e que ficou documentado através da sua transcrição, e o que resultou das anotações realizadas no decurso das mesmas.

A análise desenvolvida foi norteadada pela procura de significados em blocos de texto e a codificação constituiu a essência da análise textual e impôs a realização de julgamentos acerca dos significados de blocos de texto contíguos. Uma das tradições de codificação com protagonismo na investigação qualitativa é a análise de conteúdo clássica (Ryan & Bernard, 2000). Neste estudo, para o tratamento e para a análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo temático, por ser a que se considerou mais adequada face ao objeto de estudo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que pode ser utilizada com material não estruturado e que pressupõe objetivos e referentes teóricos (Bardin, 2015). Neste caso, o *corpus* da análise foi constituído pela transcrição

integral de todas as entrevistas realizadas (Vala, 2005). A definição de categorias foi feita através da combinação de categorias *a priori* e *a posteriori*. Com esta opção, pretendeu-se articular o quadro teórico de partida, os problemas concretos que se pretendiam estudar, a hipótese central que tinha sido proposta e um trabalho exploratório sobre o *corpus* que permitiu a apropriação de categorias que emergiam da problemática teórica e das características concretas do material em análise. A primeira exploração do material foi orientada pelas referências teóricas, mas, por sua vez, o material contribuiu para a reformulação e alargamento das hipóteses e das problemáticas a estudar (Vala, 2005).

Na investigação qualitativa o texto pode ser utilizado com três intenções: constituir os dados nos quais se baseia a investigação, ser a base da interpretação e ser o meio principal para a apresentação e comunicação de resultados.

Na pesquisa que se apresenta, as entrevistas gravadas que continham os dados, foram transcritas, transformadas em texto, sobre o qual se fizeram as interpretações. Ou seja, o texto surgiu como resultado da colheita de dados e constituiu-se como instrumento de interpretação. No entanto, ao considerar-se que a investigação qualitativa se baseia na compreensão das realidades através da interpretação de textos, emergem dois tipos de questões. Uma que diz respeito ao que pode advir da tradução da realidade para o texto e outra, ao que pode acontecer na retradução do texto para a realidade ou na inferência da realidade a partir do texto. Neste processo o texto foi assumido como a realidade a estudar, neste caso, o que foi gravado na entrevista e o que ficou documentado através da transcrição.

As dimensões que tinham sido teoricamente mapeadas relativamente ao texto obtido das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde foram:

- 1 - Trajetos biográficos
- 2 - Contextos da saúde sexual dos homens
- 3 - Perceções dos profissionais acerca das representações dos homens sobre a sua saúde sexual
- 4 - Políticas de saúde
- 5 - Utilização de cuidados

As dimensões que tinham sido teoricamente mapeadas relativamente ao texto obtido das entrevistas realizadas aos homens foram:

- A - Percurso biográfico
- B - Percurso conjugal/relacional

- C - Cuidados com saúde e com o corpo
- D - Relatos do corpo sexuado: primeiras experiências e riscos percebidos
- E - Representações e práticas de saúde/doença sexual
- F - Acesso e utilização de cuidados de saúde

Capítulo III- ESTRUTURA E AGÊNCIA NA SAÚDE SEXUAL: OS ESPAÇOS, OS TEMPOS, E AS PERFORMATIVIDADES

Wrong (1961) defende que a teoria sociológica tem origem no questionamento de perguntas gerais sobre o homem e a sociedade e que deve ser vista como uma série de perguntas que se colocam à realidade social. O autor critica uma concepção sobre socializada do homem e defende que é fundamental que os sociólogos desenvolvam uma concepção dialética mais complexa da natureza humana, e que analisem de forma crítica as concepções implícitas feitas à medida para problemas sociológicos específicos.

Na análise das relações entre a estrutura e a agência, emerge a perspectiva de Berger e Luckmann (1966) na qual são consideradas como dialéticas: a sociedade forma o indivíduo que cria a sociedade num *continuum* e a de Bourdieu, que na sua teoria integrou uma dialética entre externalizar o interno e internalizar o externo. O autor (1979, 1990, 2002) considerou as estruturas objetivas como independentes da consciência e da vontade dos agentes e como sendo capazes de conduzir e constringer as práticas e representações. Nesse sentido, reconhece alguma agência aos atores nas suas escolhas apesar de considerar que o *habitus* limita e constringe a ação.

Archer (2002), desenvolveu uma outra perspectiva acerca da articulação entre a estrutura e a agência. Nessa articulação, a autora realça como problema central da teorização da agência, a dificuldade na percepção da forma de conceptualização do agente humano simultaneamente como sendo formado pela sua socialização e como tendo a capacidade de transformar a sociedade. Para a autora, a dificuldade reside na oscilação da teoria social entre os dois extremos. Destaca o pensamento iluminista como promotor de uma perspectiva do homem “sub-socializado”, um *outsider* autossuficiente que simplesmente operava num ambiente social, e uma perspectiva mais recente do homem que o considera como “sobre-socializado”, um *insider* tão dependente que não lhe é reconhecida a capacidade de transformar o seu ambiente social. Esta autora considera que tanto o modelo “sub-socializado” como o “sobre-socializado” são alicerces inadequados para a teoria social, porque apresentam um “construtor” autossuficiente da sociedade ou um produto social que é “construído”.

Archer (2002) considera que para se compreender o ser humano como produto e

produtor social, a teoria social necessita, de um conceito de socialização como uma contribuição vital para a realização do potencial humano e de um conceito do homem enquanto possuidor de propriedades autónomas relativamente suficientes e de poderes para refletir e agir sobre o seu contexto social, em conjunto com outros, de forma a transformá-lo.

No debate atrás esboçado em torno da influência da estrutura e da agência no pensamento e comportamento humanos, clarificou-se que, a agência se refere à capacidade individual de agir independentemente e de fazer escolhas livremente e a estrutura a fatores que parecem limitar ou influenciar as oportunidades individuais.

Está subjacente ao estudo que se apresenta a procura das configurações específicas tomadas pelas relações entre estrutura e agência. Não obstante, o ponto de partida teórico ter recolhido contributos da teoria do realismo de Archer sobre a articulação entre a estrutura e a agência, as dimensões relativas à ação dos indivíduos sobre o seu contexto social não serão englobadas. Nesta pesquisa, pretende-se desenvolver uma abordagem analítica da ação da estrutura sobre a agência numa perspetiva sincrónica.

1 O acesso aos cuidados de saúde sexual: cenários e coreografias no masculino

As políticas de saúde incentivam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde segundo uma perspetiva de género (Masters, Johnson & Kolodny, 1992). Na análise desse acesso é fundamental abordar as configurações políticas e institucionais dos serviços e dos cuidados de saúde.

Neste contexto realça-se a Australian Women's Health Network (AWHN) (2014a) que tem divulgado o género (juntamente com outros determinantes sociais da saúde), como um fator que pode interferir nos estados de saúde e de doença e tem enfatizado a necessidade de as iniciativas de saúde pública não reproduzirem nem reforçarem estereótipos sociais.

Segundo Connell (2005) o género não está fixado de forma prévia na interação social, mas é construído na própria interação. A masculinidade estrutura-se na vida quotidiana sob o impacto das instituições e das estruturas sociais, não sendo estáticas, mas pelo contrário, dinâmicas as configurações tomadas pelos diferentes tipos de masculinidades. As convenções públicas sobre masculinidade não devem ser abordadas

como normas pré-existentes, passivamente internalizadas e adotadas, mas como a construção e a reconstrução de práticas sociais. Essa abordagem, por um lado define como o seu principal objeto de estudo as políticas das normas, mais concretamente os interesses mobilizados e as técnicas utilizadas na sua construção. Por outro lado, este tipo de abordagem conduz a um interesse nas forças que contrabalançam ou limitam a produção de um determinado tipo de masculinidade.

A saúde sexual extravasa a mera questão do controlo dos comportamentos individuais, principalmente os relacionados com a sexualidade e a identidade de género, ao fazê-los depender dos comportamentos dos outros indivíduos e das condições sociais em que eles se inscrevem, do acesso aos serviços de saúde e da existência de políticas públicas eficazes.

A Comissão Europeia (CE), em 2011, afirma que “Só uma população saudável pode alcançar o seu pleno potencial económico” (p. 2) e divulga um conceito de saúde que não se restringe a um valor em si próprio, mas que engloba uma força motriz de crescimento.

Em Portugal, em 2008, a DGS publicou a obra de Vasco Prazeres “Saúde, sexo e género: factos, representações e desafios” que divulgava como prioridade as iniquidades ligadas ao género. Neste âmbito, esta publicação assumiu-se como o resultado da necessidade de identificar o impacto dessas iniquidades na saúde de homens e de mulheres e de documentar o papel que estas exercem nas políticas, nas práticas e nas relações profissionais na saúde (Prazeres, 2008). Não obstante os intentos subjacentes à publicação mencionada, as desigualdades observáveis entre homens e mulheres no acesso aos cuidados de saúde sexual, e também de saúde reprodutiva, continuaram a evidenciar a falta de medidas eficazes na minimização dessas diferenças.

Doyal (2000) defende que o conceito de iniquidade engloba as discrepâncias relacionadas com assimetrias no posicionamento e na valorização atribuída aos indivíduos numa determinada sociedade. Minorar ou anular o efeito das iniquidades passa pelo seu enquadramento nas políticas de saúde e na prestação de cuidados de saúde (Prazeres, 2008) e pela análise dos determinantes de saúde relacionados com as iniquidades ligadas ao género associado a outros determinantes. Os seus efeitos só se evidenciam na sua totalidade quando o ser homem ou ser mulher se cruza com outros elementos de análise que lhes imputam valor e contornos diferentes, tais como a classe social de pertença, a etnia ou o contexto geográfico e político (Doyal, 2000).

Nas entrevistas realizadas aos atores com posicionamento central no campo de análise ou em posições privilegiadas para fornecerem informação sobre a sua evolução, destacou-se a percepção generalizada de que os “sexos opostos” têm protagonismos opostos na área da saúde sexual. Da análise dos dados efetuada, emergiu a consideração dos próprios profissionais de que o espaço público em que se situam os cuidados de saúde, se encontra imbuído por uma normatividade reprodutiva e heterossexual que marginaliza os homens.

(...) da parte do profissional de saúde de não procurar ativamente que os homens venham. Mas isso tem mais a ver com políticas de saúde. Nós vemos. Por exemplo, uma das questões de que há bocado se falou, a contraceção, é uma das questões paradigmáticas e que também é da parte dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde oferecem à mulher a pílula e a possibilidade de fazer uma laqueação de trompas, mas raramente oferecem aos homens a possibilidade de fazer uma vasectomia. Nem sequer lhes falam nisso. Portanto, também há, se calhar, um assumir de uma percentagem grande de profissionais de saúde de que há questões a que os homens não vão ligar. E que isso nem sempre é verdade. Aqui, em termos da contraceção, é assumido que é a mulher que faz isso, porque o homem, “para já não quer saber, não vai cumprir, não está disposto a sacrificar-se para...” e isso nem sempre é verdade. A questão é que a muitos homens nem sequer lhes chega a informação. Não lhes chega, a sério. Não fazem ideia. As mulheres todas sabem o que é que é uma laqueação de trompas e os homens nem sequer fazem ideia do que é uma vasectomia e têm filmes na cabeça do que poderá ser a vasectomia (...). E, portanto, aí há nitidamente uma falência da parte de cá. Se calhar por estarem tão habituados a que esteja tudo nas mãos das mulheres, que nem tentam ir pela parte do homem, mas se calhar o homem é que também provoca isso porque não vem às consultas, não aparece. Eu não sei muito bem o que é que começa antes, mas, há um perpetuar por parte da classe médica. (P2-homem, médico urologista e andrologista, instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)³⁵

Das narrativas analisadas destacou-se o impacto das políticas de saúde, que durante décadas contribuíram para desenvolver um estatuto de naturalização à vigilância

³⁵ Neste trabalho, devido à natureza do objeto de estudo, optou-se por uma codificação (com a letra P) dos excertos das entrevistas aos atores com posicionamento central no campo de análise que salvaguardasse o seu anonimato e a confidencialidade, mas que permitisse a caracterização de alguns aspetos interessantes para a sua análise, nomeadamente: o sexo, o grupo profissional (enfermeiro, médico, psicólogo, farmacêutico e outros) e o contexto institucional de interação com o homens (instituições de saúde: públicas/privadas e outras).

ginecológica das mulheres e que não englobaram os homens em qualquer tipo de vigilância.

De facto, a ginecologia neste momento tem um protocolo e as mulheres estão sensíveis à visita, à observação, ao seguimento e isto não foi feito em relação aos homens. Os homens vão ao médico quando? Quando precisam. Já não é assim que as mulheres são observadas. A ida à ginecologia é uma coisa... aliás é muito curioso. O que é que eu vejo na clínica? As pessoas mais importantes para as mulheres são as da família e o ginecologista (risos). (P3-mulher, psicóloga e sexóloga, clínica privada)

Porque não basta existir um programa no papel, depois temos de projetar esse programa no nosso público alvo e para quem nos interessa direccionar esse programa. E eu penso que, de facto, a nível da saúde sexual das mulheres já se conseguiu isso e é consensual. As pessoas já têm as ideias um pouco mais claras de que é importante ir ao médico, e que é importante realizar este exame [a colpocitologia]. (P8-mulher, enfermeira, instituição pública de cuidados diferenciados)

Eu acho realmente que todo este universo da saúde sexual e reprodutiva tem sido muito feminino e compreende-se porquê. Porque as mulheres foram durante séculos as vítimas na sua saúde, na sua vida e até na sua exclusão, às vezes no ostracismo e na exclusão social as vítimas das questões sexuais e reprodutivas, com os partos terríveis, com a mortalidade, com os abortos clandestinos, com inclusivamente os filhos ilegítimos e todo o ostracismo a que por ex. uma mulher que era mãe solteira era votada. E é evidente que tudo isto se construiu à volta das mulheres. Teve que ser e eu acho que foi importante e teve frutos, diminui a mortalidade feminina, etc., etc. Mas isto fez também com que, por um lado as pessoas percebessem as questões femininas, portanto os homens que entram nestas questões como profissionais também conhecem as questões femininas e também fez com que as mulheres tivessem muito a palavra. Os homens têm tido pouco a palavra e eu acho que nós, as mulheres, às vezes se calhar não vemos isto da maneira boa, nós damos a gravidez a ver aos homens da perspectiva das mulheres e isso não está certo, nós temos que saber como é que os homens encaram isto. Não podemos continuar a chamá-los só para aquilo que é importante nas mulheres. (P14-mulher; médica ginecologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Não obstante a valorização da vigilância realizada pelos ginecologistas no âmbito da saúde sexual, muitos dos participantes consideraram que se restringe à realização de rastreios específicos relativos ao diagnóstico das IST, do cancro da mama e do colo do

útero e de outras patologias englobadas numa *check list* pré-definida. Neste contexto realçaram que nas consultas de ginecologia e de planeamento familiar se constata a omissão e o silêncio generalizado por parte dos profissionais e das mulheres acerca de aspetos que englobam a saúde sexual, tais como o desejo e o prazer.

As mulheres continuam a esconder, não dizem o que têm, não procuram ajuda ao contrário dos homens e sabe-se que as mulheres têm muito mais facilidade em ir ao médico por outros motivos. Vão por causa das dores nas costas, até pelas circunstâncias ginecológicas, a mulher vai facilmente à consulta, mas até à sua própria ginecologista não perguntam ou não dizem que têm problemas sexuais. (P5-homem, médico urologista, clínica privada)

No caso concreto da ginecologia, com muita frequência a ginecologista não fala da vida sexual. Se a cliente falar ela vai lá, mas se a cliente não falar, ela só vai ver se... costume dizer que a mulher vai à revisão dos 100 mil, vai fazer a revisão à vagina. [a ginecologista] Mete lá o espéculo, olha... Ah! Está tudo bem (risos). Se está tudo bem ótimo (risos). Ainda há muito quem funcione assim, mas já há uma geração de ginecologistas um bocadinho diferentes de gerações anteriores que já começam a ser capazes de falar. (P4-homem; psicólogo; clínica privada)

Mesmo para as mulheres, o ir ao ginecologista ou ir a uma consulta de planeamento familiar é também muitas vezes uma ocasião oportunista para perguntar “estes meus grandes lábios são mesmo assim normais e não sei que mais?”, “olhe sabe eu por acaso quando tenho relações costume sentir isto assim, assado, acha que eu sou normal?” Pronto, têm um espaço que lhes é consagrado, que oportunisticamente usam. Pronto e é preciso dizer que os homens têm essa enorme desvantagem. (P20-mulher; ginecologista; clínica privada e instituição pública de cuidados diferenciados)

Um dos aspetos que foi referido pelos atores com posicionamento central no campo de análise que foram entrevistados disse respeito à falta de formação dos profissionais para abordarem temas relacionados com a sexualidade, como o desejo e como o prazer, e ao facto de alguns deles não situarem a abordagem desse tipo de assuntos nos cuidados de saúde ou em consultas específicas.

Mas eu, por exemplo, acho que a saúde sexual e a parte dos médicos é igual para homens e para as mulheres. Os médicos não abordam as questões de saúde sexual nem com os homens nem com as mulheres. (P2-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Um dos objetivos do plano de ação da WHO (2016) diz respeito a assegurar que os profissionais de saúde desenvolvam conhecimentos e competências para proporcionar serviços relacionados com a sexualidade e com a saúde sexual e reprodutiva. No entanto, a maioria entrevistados refere lacunas na formação dos profissionais de saúde e na sua própria formação (que nalguns casos são minimizadas através de formações específicas que são realizadas por empresas farmacêuticas com interesses na comercialização de fármacos para a disfunção erétil e para a ejaculação prematura) que conduz à omissão de aspetos sexuais.

Em Portugal, a atenção colocada pelas políticas de saúde na prevenção de IST espoletou o desenvolvimento de programas nacionais, que veiculam uma normatividade nas condutas sexuais pautada pelos conceitos de risco e de prevenção da contaminação. Nos programas de saúde prioritários, atualmente destaca-se a “infeção VIH, SIDA e Tuberculose”. Neste contexto, realça-se a omissão do termo “Saúde Sexual” (que por ser conceptualmente mais abrangente englobaria a saúde reprodutiva) na designação do “Programa Nacional de Saúde Reprodutiva” no Plano Nacional de Saúde (2012–2016): Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015). No site da DGS é ainda destacada a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher, e como a notícia mais relevante, surge a divulgação da Plataforma Europeia para eliminar a Mutilação Genital Feminina.

Em 2010, a WHO publicou um *action framework* com a designação de *Developing Sexual Health Programmes*, no qual era assumida a necessidade de englobar no planeamento dos cuidados de saúde, a adoção de uma perspetiva positiva de saúde sexual que não se restringisse a um mero aconselhamento e a cuidados no âmbito reprodutivo ou das IST. No entanto, neste documento em que os homens também aparecem mencionados como sujeitos dos cuidados, facilmente se constata que a saúde sexual aparece englobada como uma das áreas da saúde reprodutiva o que leva ao questionamento do próprio conceito de saúde sexual que é adotado.

Seis anos depois, em 2016 foi divulgado um plano de ação que tinha como uma das finalidades, garantir o acesso universal aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva e eliminar desigualdades. Sob o lema de não deixar ficar ninguém para trás, o *Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards Achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind*, do Regional Office for Europe da WHO (2016), deveria ter sido tido em consideração nas políticas de saúde portuguesas. Um dos objetivos do plano diz respeito à revisão das políticas existentes e, quando necessário, ao

estabelecimento de novas políticas para proporcionar uma educação sexual científica, compreensiva, adequada ao género, à idade e à fase de desenvolvimento, que permita desenvolver competências para a comunicação, para a tomada de decisão e para a redução de riscos ao longo da vida (WHO, 2016).

No entanto em Portugal, atualmente, nos cuidados de saúde primários, a exclusão dos homens é também perceptível através da documentação das próprias consultas e das campanhas de informação que são realizadas.

A sensação que eu tenho é que as campanhas de planeamento familiar são sempre dirigidas à mulher, até o próprio serviço se dirige à mulher, não se dirige ao homem. É a história da interrupção da pílula, das adolescentes, da proteção.... mas é mais dirigido à mulher do que outra coisa. Também tu não vês..., tu não tens programas específicos ou cartazes a dizer “você é rapaz, venha cá falar connosco”. Não, é dirigido à miúda. (P24-homem; médico psiquiatra; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Uma representação masculina da saúde (e não da doença) como sendo do domínio feminino influencia a forma como os serviços são percebidos pelos profissionais de saúde e pelos homens. Os valores hegemónicos masculinos são simultaneamente incorporados nas estruturas dos serviços de saúde e servem para replicar essas estruturas genderizadas (Robertson, 2007). As representações masculinas têm efeitos materiais que se promulgam com literatura e serviços de promoção da saúde orientados para mulheres (Robertson, 2007).

O conceito de saúde reprodutiva publicado no site do INE diz respeito a um “Estado de saúde relacionado com a capacidade de os indivíduos terem uma vida sexual saudável, segura, responsável e satisfatória, e de se reproduzirem e decidirem se, quando e quantas vezes o pretendem fazer.” (INE, 2015, s.p³⁶). Esta definição que faz referência a uma vida sexual que coexiste com a reprodutiva é também divulgada pela DGS (2018).

De acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo - 1994), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Esta condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento

³⁶ s.p. - sem página

familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais. Os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem por isso, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos. Para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida. (s.p.)³⁷

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2015; 2018), o acesso aos cuidados de saúde constitui-se como a forma de o estado garantir aos cidadãos o direito à saúde e é considerado como a possibilidade que os indivíduos têm de obter cuidados de saúde (implica recursos humanos e equipamento) apropriados às suas necessidades de modo a alcançarem ganhos em saúde. Segundo a WHO (2010) o acesso aos serviços de saúde engloba as perceções e as experiências dos indivíduos quanto à facilidade que têm em aceder aos cuidados de saúde em termos de tempo, da localização geográfica e dos modos de abordagem. A acessibilidade diz respeito aos aspetos da estrutura dos serviços que melhoram a capacidade de um indivíduo de aceder a um profissional de saúde em termos de localização, tempo e facilidade na abordagem (WHO, 2010). Segundo o OPSS (2015; 2018), a acessibilidade pode ser influenciada por diferentes tipos de fatores: financeiros (insuficientes recursos financeiros), geográficos (distância que têm de percorrer para acederem a cuidados), organizacionais (má distribuição e/ou falta de profissionais de saúde), sociológicos (discriminação, barreiras linguísticas, etc.) e também culturais (género, etnia,... dos profissionais).

Em 2016, a DGS publica um documento da autoria de Martins e Nogueira “Semântica da informação em saúde” no qual o acesso aos cuidados de saúde é definido como “Dimensão da equidade em saúde, definindo-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado.” (Martins & Nogueira, 2016, p.4)

No que diz respeito aos profissionais que seriam considerados como “os adequados” no âmbito da saúde sexual masculina a indefinição é surpreendentemente maior face à saúde sexual das mulheres. Em Portugal, apesar de ser divulgado no site da

³⁷ <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>

DGS (2019)³⁸ que os valores fundamentais sobre os quais se fundamenta o Serviço Nacional de Saúde são a universalidade, o acesso aos cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade, é notória a exclusão dos homens, quer no âmbito da saúde sexual, quer da saúde reprodutiva. Num dos documentos da DGS (2015)³⁹ que versa sobre a “Disponibilidade de métodos contraceptivos”, em que mais uma vez se realça a contradição entre a utilização do conceito de universalidade (neste caso no acesso a consultas e métodos contraceptivos no âmbito da prevenção da gravidez indesejada), e a sua restrição às mulheres e às suas necessidades, não é feita nenhuma menção aos homens, quer como utilizadores, quer como beneficiários deste tipo de disponibilização de métodos.

A atenção colocada pelas políticas de saúde na prevenção de IST e na infertilidade (com menos visibilidade), abriu espaço para o conceito de “saúde sexual”, para o desenvolvimento de saberes associados à sua prática (Giami, 2015) e para a (re)definição e mobilização de conceitos que lhe estão associados, tais como estilos de vida e risco, medicalização da sexualidade e do bem-estar, performatividade sexual, prazer e erotismo. Neste contexto, realça-se ainda que a medicalização da sexualidade masculina, remete para o tratamento das “dificuldades” e para outras dimensões que envolvem o desejo e o prazer.

Ações para melhorar a saúde sexual em geral podem ocorrer integradas nos programas de saúde reprodutiva, no contexto de intervenção do VIH e SIDA, através dos cuidados de saúde primários ou outros sectores tais como a educação, a segurança social, ou em programas com jovens. Em todos os casos implica uma abordagem multisectorial. (WHO, 2010, p.7). O enquadramento para os programas a desenvolver que consta neste documento, realça a necessidade de uma ação complementar através de 5 domínios, nomeadamente leis, políticas e direitos humanos, educação, sociedade e cultura, economia e o serviço de saúde. Neste mesmo documento também é referido que, para assegurar que os indivíduos possuam o mais alto nível de saúde sexual, os governos necessitam de promover uma sexualidade saudável ao longo da vida e oferecer serviços de saúde apropriados, sustentáveis, acessíveis e de qualidade suficientemente boa para todos – sem estigma ou discriminação com base na raça, etnia, estilo de vida, rendimentos, estado marital, orientação sexual e expressão de género.

³⁸ <https://www.dgs.pt/plano-nacional-de-saude2.aspx>

³⁹ Orientação n.º 010/2015 (DGS, 2015a).

Para ultrapassar os problemas dos homens face à sua saúde sexual e ao acesso aos cuidados de saúde é necessário que ocorra uma mudança massiva na forma como a sociedade encara a saúde sexual dos homens. Segundo Webb (1999), a mudança deveria começar nas escolas, onde os rapazes poderiam instruir-se acerca dos seus corpos, sobre a responsabilização social pelos seus cuidados e exigirem um estatuto igual ao da saúde das mulheres. Segundo a autora, a abordagem de alguns aspetos deveria ocorrer em circunstâncias em que só estivessem rapazes, o que contribuiria para diminuir constrangimentos e em circunstâncias em que fossem englobadas raparigas como estratégia para diminuir os tabus acerca da saúde dos homens.

Segundo Prazeres (2003), os rapazes têm mais dificuldade do que as raparigas em procurar os serviços de saúde em caso de necessidade e estão menos sensibilizados para as suas necessidades de saúde.

Quando se lhes oferece a possibilidade de discutir a sexualidade e a saúde reprodutiva, os rapazes estão interessados, com frequência, em temas como a dimensão do pénis, a manutenção das ereções, a ansiedade sobre a capacidade de responder às expectativas das companheiras, as ereções inadvertidas em momentos desapropriados, a «potência», a ejaculação prematura ou a orientação sexual. Outros assuntos, como a circuncisão, o tamanho dos preservativos e a fertilidade também fazem parte, por vezes, das expectativas masculinas no que respeita a informação e a discussão. (Prazeres, 2003, p.52)

Segundo a mesma autora (Webb, 1999), tem havido uma evolução na abordagem de aspetos relativos à saúde sexual em geral que no passado era abordada em aulas de ciências e tratada como um conteúdo clínico, no qual os sentimentos e as emoções eram ignorados. Os rapazes, quando se sentem capazes de falar abertamente acerca dos seus corpos e sentimentos, mais facilmente procuram aconselhamento em saúde e isso pode conduzir a uma idade adulta potencialmente mais saudável.

A educação sexual nas escolas portuguesas, cujo regime de aplicação da educação sexual em meio escolar foi estabelecida mais recentemente pela Lei nº 60/2009 e pela Portaria nº 196-A/2010, que deram carácter obrigatório à educação sexual nas escolas, tem sido acompanhada por uma polémica que tem englobado vários aspetos, tais como os objetivos dessa educação, a seleção e a adequação dos conteúdos a serem veiculados, a

carga horária necessária, os agentes privilegiados para a sua realização e a preparação que devem ter, as idades em que devem ser abordados e o envolvimento dos pais.

Recentemente, o Decreto-Lei n.º 55/2018, sobre Autonomia e Flexibilidade Curricular, veio introduzir nos currículos do ensino básico e secundário, no ano letivo 2018/2019, uma nova disciplina “Cidadania e Desenvolvimento” que tem englobada a sexualidade como um dos temas a ser abordado. No entanto, os media têm dado conta de uma controvérsia em torno da escassez de orientações sobre os conteúdos da sexualidade.

Uma outra questão que se coloca em relação à saúde sexual dos homens é o acesso dos rapazes à informação sobre saúde sexual depois de saírem da escola. Webb (1999) defende que uma das alternativas poderia ser encorajar os empregadores a fornecer cuidados e rastreios em saúde sexual, o que implicaria ter em consideração que as empresas mais pequenas e com menos recursos poderiam não conseguir disponibilizar este tipo de cuidados. Neste tipo de situações propõe aos governos que forneçam incentivos às empresas que disponibilizem este tipo de cuidados, e para que os homens que se encontram desempregados não sejam excluídos, os cuidados necessários poderiam ser proporcionados como um benefício da segurança social. No entanto, em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional Extensão 2018-2020 não prevê qualquer tipo de rastreio ou de cuidados de saúde no âmbito da saúde sexual (DGS, 2018a)⁴⁰.

Até sou um bocado baldas. Não gosto de médicos, sou baldas mesmo. Mas pronto, nós temos os nossos serviços lá no emprego no qual fazemos os exames periódicos na medicina do trabalho. Vai dando uma segurança e vai dando uma escapatória, pelo menos porque sei que ali alguma coisa é vista logo assim nas primeiras coisas que possam aparecer. Pronto, já ir ao médico... Olhe por exemplo, tenho que ir, já há três anos que ando a dizer, que tenho que ir fazer o exame da próstata porque já não faço há cinco. E tenho que ir fazer. Este ano não vai passar. (E51-O; 56 anos; ens. Básico; rel. compromisso)

Nos cuidados de saúde primários, as disfunções sexuais são situações com elevada prevalência e que podem ser identificadas e tratadas pelos médicos de família. Dada a íntima dependência desta patologia com outras doenças o seu diagnóstico torna-se fundamental, pois ela própria pode constituir-se como um sintoma de outras patologias incluindo problemas cardíacos e vasculares ou diabetes, que podem não estar

⁴⁰ Apesar da existência do Guia Técnico nº2 que engloba a vigilância de trabalhadores expostos a agentes químicos tóxicos para a reprodução.

diagnosticadas. No site da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (2019), é referido que:

A Disfunção Erétil (DE) ou “Impotência Sexual” é a incapacidade constante ou recorrente de obter ou manter uma ereção permitindo a atividade sexual durante pelo menos 3 meses. A DE pode atingir os homens de qualquer idade, tornando-se mais frequente em homens com o avançar da idade. Apresenta uma prevalência global de cerca de 13% em Portugal (Episex-pt, 2006), e continua para muitos um assunto tabu, sendo o tema abordado com dificuldade, até com o médico de família. (s.p.)

Um dos profissionais de saúde que foi entrevistado enfatizou a ligação das disfunções em geral com outras patologias para as quais as disfunções podem ser abordadas enquanto sintomas.

Uma grande maioria das vezes as disfunções sexuais, sobretudo no homem, são mais exuberantes e mais visíveis e mais notórias. Às vezes há razões, não apenas do ponto de vista até genital, ou seja, urogenital, mas até do ponto de vista orgânico, do género uma diabetes, uma insuficiência cardíaca, uma outra coisa qualquer e tem que se ter em linha de conta. (P24-homem, médico psiquiatra; instituição de cuidados diferenciados e clínica privada)

De acordo com a mesma autora (Webb, 1999), dada a disponibilidade aparentemente substancial de rastreios à saúde das mulheres, em contextos onde se procura igualdade para todos, o campo da saúde dos homens deveria ser cuidadosamente avaliado, o que implicaria saber concretamente que serviços estão a ser disponibilizados e que homens estão a ser abrangidos. Não obstante, acrescenta que os homens individualmente deveriam procurar melhores cuidados de saúde, sem ser necessário seduzi-los ou pressioná-los como grupo a assumirem a responsabilidade pela sua saúde. Hoffman, Tomes, Grob e Schlesinger (2011) consideram que um dos aspetos mais importantes na área da saúde dos últimos cinquenta anos foi o surgimento de políticas e de cuidados centrados no paciente. Os autores realçam que os pacientes podem atuar simultaneamente como sujeitos e objetos da política de cuidados de saúde, apesar de muitas vezes permanecerem em silêncio, serem submetidos a interpretações deturpadas e pura e simplesmente ignorados.

Como responsável pela consulta de medicina sexual em contexto militar (Hospital das Forças Armadas em Lisboa) Palmas (2018) refere que já foi efetuado um longo percurso em termos produção de conhecimento, de divulgação de informação, e de aquisição de conhecimento por parte dos doentes. Considera ainda que, apesar de muito se falar (e saber) sobre disfunção erétil e ejaculação precoce, existem problemáticas um pouco negligenciadas tais como as questões associadas ao orgasmo e à diminuição do prazer que considera que estão na ordem do dia (relacionadas com o stress, com o ritmo de vida e as solicitações quotidianas). O clínico afirma também que nas consultas de Medicina Sexual tem aumentado o número de pacientes com queixas associadas ao orgasmo e que uma problemática que considera emergente será o “aborrecimento sexual”, no que designa como geração de *millennials*⁴¹, super estimulada, e com uma procura constante de novidade.

1.1 Protagonistas e trajetórias terapêuticas da saúde sexual dos homens

Na tentativa de mapear os atores e as coreografias que têm matizado os cenários da saúde sexual dos homens em Portugal, elegeram-se como focos de interesse as questões políticas, científicas e clínicas que os caracterizam. Como a sexualidade e a saúde sexual não se restringem ao domínio específico de uma profissão, optou-se por efetuar a sua análise no contexto dos cuidados de saúde onde se cruzam uma multiplicidade de profissões e de práticas profissionais. Neste contexto complexo e heterogéneo, as interações profissionais podem-se pautar pela complementaridade, pelo conflito ou pela indiferença, com implicações no acesso dos homens aos cuidados e no desenho das suas trajetórias terapêuticas.

Em Portugal, o interesse científico pelo desenvolvimento da área da sexualidade foi suprimido pelo Estado Novo. Durante várias décadas, a censura impôs o silêncio e a repressão das vivências sexuais e impediu o desenvolvimento da sexologia [Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC), 2018]. No entanto, ainda durante o regime ditatorial, foi criada em 1967 a Associação para o Planeamento da Família (APF), que foi pioneira na promoção do planeamento familiar, na luta pela criação de serviços neste

⁴¹ Apesar de não haver consenso acerca dos anos exatos em que esta geração teve início, geralmente é considerada a geração de pessoas que nasceram nas décadas de 80 e de 90, a primeira geração a adquirir a maioridade no novo milénio (<https://thecollegeinvestor.com>).

âmbito, na informação da população e na formação dos profissionais (APF, 2018). Alguns anos mais tarde, na transição da ditadura para a democracia, a diversificação das perspectivas e das expressões (políticas, legais, científicas, artísticas, culturais e sociais) acerca dos afetos e da sexualidade saiu do secretismo a que tinha sido votada (SPSC, 2018).

Giami (2012) considera que a sexologia surge na segunda metade do século XIX, que se constitui como uma ciência da sexualidade marcadamente pluridisciplinar e que engloba várias áreas do saber (médicas e não médicas) e multiplicidade formativa. Moita (2014) acrescenta ainda que, por ser uma área do saber que se constrói a partir de todas as ciências, necessita de ir buscar conhecimentos às ciências médicas, às ciências psicológicas, às ciências sociais, à filosofia e às artes.

Béjin (1982) considera que a sexologia teve dois momentos diferentes no seu desenvolvimento. O primeiro correspondeu à sexologia da segunda metade do século XIX e o segundo que teve início com Reich e Kinsey (nos finais da década de 40 e na década de 50) que definiu o orgasmo como problema central da sexologia contemporânea e que integrou os contributos de Masters e Johnson nas décadas de 60 e 70. De acordo com Béjin (1982) a sexologia definiu-se como “orgasmologia” e a “disfunção sexual” desenvolveu-se como o epicentro para os novos terapeutas do sexo.

Segundo Alarcão, Machado e Giami (2016), a opção pela denominação de sexologia surge por se tratar de uma designação tradicional de formas de conhecimento e de intervenção no âmbito da sexualidade e pela procura de distanciamento de denominações como "sexualidade humana", "saúde sexual" ou "medicina sexual". Estes conceitos, mais atuais, evocam uma posição num conjunto de relações e conflitos no “(...) campo científico e profissional, evidenciando que a ciência da sexualidade, tal como qualquer outro domínio científico, é um palco de lutas de classificação social e de disputas pelo monopólio da definição legítima de realidade.” (Alarcão, Machado & Giami, 2016, p.12). Analisando a pertinência social, real e simbólica da emergência da profissão de sexólogo em Portugal, os autores mencionados concluem que

(...) não existe uma profissionalização efetiva da sexologia, não havendo um monopólio legalmente organizado do exercício da atividade nem uma produção coletiva de normas, ainda que existam associações profissionais. Porém, vários praticantes se autodefinem como sexólogos, o que faz com que seja importante compreender as suas representações acerca da profissão, e a interpretação que

fazem do seu trabalho e do trabalho desenvolvido por outros. (Alarcão, Machado & Giami, 2016a, p.638)

Os mesmos autores (2016a) consideram que a noção de sexologia é muito ampla e engloba aspetos tão complexos como as IST, a saúde reprodutiva, o abuso sexual e o tratamento clínico de distúrbios relacionados com a sexualidade. Segundo eles a sexologia tem sido abordada não só como uma área do saber, mas também, enquanto profissão. À semelhança de outros países europeus, em Portugal não há uma definição clara do processo formativo, nem das competências e da especificidade do exercício profissional de um sexólogo.

A nível nacional, só depois da revolução de 1974 é que surgem as primeiras consultas públicas da especialidade desenvolvidas por médicos psiquiatras⁴² nos hospitais públicos portugueses, em Coimbra, Lisboa e Porto, e a emergência da sexologia pode ser situada em 1975.

Em maio de 1968, no Hospital Geral de Santo António, no Porto, foi criada uma Unidade de Andrologia, integrada no Serviço de Urologia (Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução, 2018). Não obstante alguns dos médicos urologistas que foram entrevistados se definirem como andrologistas, a andrologia, de acordo com a Ordem dos Médicos (2019), não engloba as especialidades nem as subespecialidades médicas reconhecidas como tal⁴³ e a sua definição não é consensual.

Segundo a SPSC (2018), em 1979 foi fundada a Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução, que integrava médicos de várias especialidades. Durante a década de oitenta, por ter sido constatada “dispersão” e “falta de comunicação” entre os profissionais dos vários campos que integravam a sexologia, e com vista à promoção da coesão e o diálogo, foi organizado em Lisboa, em 1984, o I Congresso Nacional de Sexologia. Este congresso que procurou ser sensível à importância de vários discursos na reflexão sobre a sexualidade integrou médicos e psicoterapeutas, juristas, antropólogos, escritores, artistas, entre outros. Na sequência deste congresso, em 1985 foi criada a SPSC que definiu como objetivo promover a divulgação de conhecimentos científicos no campo da sexologia e agrupar os técnicos

⁴² Fundada por cinco psiquiatras: Francisco Allen Gomes, Júlio Silveira Nunes, Afonso de Albuquerque, António Pacheco Palha e Júlio Machado Vaz.

⁴³ Neste âmbito realça-se ainda que a Medicina da Reprodução se constitui como uma subespecialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos.

que se ocupam dos problemas da sexologia clínica. Em 2014 a Ordem dos Médicos reconheceu e definiu os critérios para atribuição do título de Competência em Sexologia. Moita (2014) considera que:

Até então, a Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica era a única entidade encarregue de congregar todos os especialistas clínicos e não clínicos e dar alguma organização à produção científica, organizando também congressos e reuniões científicas. Porque a Sexologia Clínica não integra nenhuma das formações de base da Medicina, a partir de dada altura, a SPSC cuidou também de oferecer formação na área, (...). (p.6)

Em 1998 realça-se ainda o impacto da descoberta e comercialização do Viagra que veio contribuir para que os andrologistas tivessem uma maior visibilidade através desta possibilidade terapêutica no tratamento da disfunção erétil (Alarcão, Machado & Giami, 2016a) e em 1999, a Sociedade Portuguesa de Andrologia cria a Linha SOS Dificuldades Sexuais, com o objetivo de informar, esclarecer, orientar e encaminhar pessoas com dúvidas e perturbações na área da sexualidade.

Com o patrocínio das Sociedades Portuguesa e Espanhola de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução e com o apoio do grupo Menarini (indústria farmacêutica) foi criada a *Men's Sexual Medicine*⁴⁴, a primeira aplicação para *smartphone* destinada a proporcionar ajuda no caso das doenças sexuais masculinas.

Esta é a primeira aplicação informática nos universos da Urologia e da Medicina Sexual que permite a **autoavaliação pelo homem** de problemas relacionados com a esfera sexual. Destina-se, em particular, a quem ainda está relutante em recorrer ao seu médico e procurar uma primeira orientação, ou por quem procura mais informação relacionada com a saúde masculina. Esta aplicação fornece **informação médica de elevada qualidade técnica e científica** relativa a problemas sexuais e à saúde masculina em geral. Permite consultar, com a **máxima conveniência e descrição**, as respostas baseadas nos mais recentes estudos científicos para problemas urológicos e sexuais masculinos mais

⁴⁴ Foi desenvolvida por Nuno Tomada, responsável da Unidade de Medicina Sexual do Serviço de Urologia do Hospital de São João no Porto, em parceria com um médico espanhol. Teve como ponto de partida a ideia de desenvolver uma aplicação informática que desse para ser facilmente descarregada para telemóveis e para computadores e que permitisse aos homens acederem de modo privado e discreto a assuntos que têm relutância em abordar com os profissionais de saúde.

frequentes, como problemas da próstata, disfunção erétil, deficiência de testosterona ou ejaculação prematura. Adicionalmente, a aplicação permite a obtenção de um **plano alimentar e de exercício físico personalizados**, realizados por profissionais com competências nas respetivas áreas. (Eu controlo, 2019, s.p.)

Atualmente destaca-se ainda a existência do site *EAU Patient Information: reliable information on urological diseases*, desenvolvido pela *European Association of Urology*, (traduzido para português em colaboração com a Associação Portuguesa de Urologia) disponível para ser utilizado por médicos e por doentes. O principal objetivo deste site é fornecer informação fiável sobre urologia (imparcial, abrangente, clara). Todos os conteúdos publicados têm em conta os conhecimentos científicos existentes, a experiência de médicos especialistas e de enfermeiros, bem como as perspetivas dos doentes (European Association of Urology, 2019).

A medicalização dos aspetos que englobam a sexualidade e o surgimento de tratamentos médicos eficazes (incluindo o tratamento da ejaculação prematura) contribuíram para a expansão do número de profissionais de saúde no campo de sexologia. Em Portugal, o desenvolvimento da sexologia implicou uma abordagem dos aspetos de natureza social, cultural e institucional, o que impulsionou a sua profissionalização. No decurso das entrevistas realizadas aos protagonistas da saúde sexual masculina, vários profissionais se definiram como sexólogos, em paralelo com outras categorias profissionais, tais como a psicologia e a medicina. Nos participantes, tal como no estudo desenvolvido por Alarcão, Machado e Giami (2016a) evidenciou-se que os profissionais que se assumem como sexólogos o fazem com regularidades e especificidades diferentes. Os sexólogos que se identificaram, definiram-se pela sua prática clínica (no âmbito da psicologia ou da medicina) ou pela sua formação. Na formação em sexologia foram mapeados percursos formativos mais específicos realizados fora de Portugal até à década de 90 e os mais recentes (depois de 1998) na Universidade Lusófona em Lisboa.

Na década de 90, a formação em sexologia em Portugal foi inicialmente implementada pela Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução e pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, pela Universidade Lusófona e posteriormente por outras instituições. A Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica tem proporcionado um título de terapeuta sexual (que implica a conclusão dos dois anos do programa de formação e que inclui sessões de supervisões, pesquisa e prática clínica).

Academicamente, no âmbito da formação avançada, sob o formato de pós-graduações e/ou mestrados têm sido desenvolvidas formações com designações tais como: medicina sexual, sexualidade humana e de sexologia⁴⁵ que se têm ramificado em diversas áreas, como a sexologia médica, a sexologia forense, a sexologia educacional e a sexologia clínica. Neste cenário pode ser interessante mencionar a designação de um dos mestrados: “Mestrado transdisciplinar em sexologia” pois a transdisciplinaridade é considerada como inerente à definição de sexologia. Allen Gomes (2003) realça os princípios da multidisciplinaridade como a essência própria da sexologia, Giami (2012) defende que a sexologia é marcadamente pluridisciplinar e Moita (2014) defende que a Sexologia é, de todas, a disciplina mais interdisciplinar.

No âmbito académico destaca-se ainda, em 2018, a aprovação e o início de um programa doutoral em sexualidade humana, desenvolvido em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. As cinco áreas temáticas que congrega dizem respeito à educação sexual, ao género e identidade, à medicina sexual, saúde sexual e reprodutiva e sexologia clínica.

A área da sexologia está a aumentar a sua visibilidade através de organizações europeias e internacionais tais como a Federação Europeia de Sexologia e a *World Association for Sexual Health*, entre outras. Neste âmbito é visível a convergência de esforços no desenvolvimento de formação específica, de padrões europeus e internacionais de formação e de periódicos especializados (Giami, 2009). A sexologia encontra-se numa encruzilhada entre a saúde sexual, a medicina sexual e os direitos sexuais e a sua organização social bem como a sua globalização, têm ocorrido sob a influência notória da indústria farmacêutica (Giami, 2009).

⁴⁵ Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica que tem disponibilizado duas especializações em sexologia (com a duração de um ano cada), estruturadas de modo cumulativo (que dão acesso às especializações em sexologia clínica / terapeuta sexual) e que menciona como grupo alvo os profissionais da área da saúde, ensino, ciências sociais e profissionais com funções relacionadas com o aconselhamento em temáticas ligadas à intimidade e/ou à sexualidade (e.g., enfermeiros, médicos, professores, psicólogos, terapeutas familiares, psiquiatras, assistentes sociais, conselheiros matrimoniais, religiosos);

Universidade Lusófona - cursos de Mestrado Transdisciplinar de Sexologia e de Pós-graduação em Ciências da Educação – Especialização em Educação Sexual;

Instituto de Educação Médica - Mestrado de Sexologia, Curso de Especialização Pós-graduada em Medicina Sexual e Curso de Introdução à Medicina Sexual;

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa - Mestrado em Sexualidade Humana;

ISPA - Curso de Pós-Graduação em Sexologia;

Instituto Português de Psicologia e outras Ciências - Dupla Especialização Avançada Pós-Universitária em Terapia de Casal e Sexologia Clínica;

Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário - Curso de Formação Contínua em Educação para a Sexualidade e para a Saúde.

Segundo Bozon (2002), na segunda metade do século XX as preocupações iniciais no desenvolvimento das disciplinas da sexualidade desviaram-se da finalidade reprodutiva da sexualidade e centraram-se nas doenças venéreas (consideradas como uma ameaça à ordem social e familiar) e nas perversões sexuais. No entanto, esta sexologia inicial que, de uma certa forma, se restringia aos desvios sexuais, deu lugar a uma sexologia contemporânea impulsionada por Masters e Johnson durante a década de sessenta, que tinha como foco de atenção o tratamento das disfunções sexuais e que revelava uma visão otimista da sexualidade como fonte de bem-estar individual e coletivo.

Como coordenadas dominantes da sexologia contemporânea, Nunes (2003), destaca o relativismo do conhecimento sexológico (por se restringir a uma parte da sexualidade humana, a sexualidade “sexologizável”), o seu caráter multidisciplinar, o humanismo imanente da vivência sexual, a relevância política do sexo, a importância da cultura, a sexualidade como um problema de saúde pública, a clínica sexológica, as relações com a ética (pela natureza do campo, pelo tipo de problemas clínicos e pelas características das terapias, das quais se destacam a sexualidade na relação terapeuta-cliente, o consentimento informado e a aceitação dos métodos de tratamento e a confidencialidade), bem como a necessidade de filosofia.

Ainda de acordo com Bozon (2002), as intervenções sexológicas denunciam a medicalização contemporânea da sexualidade que as influencia e que estrutura de forma marcadamente diferente as experiências de homens e mulheres. A separação entre a “atividade reprodutiva e a atividade erótica não reprodutiva” (Bozon, 2002, p.147) implicou um aumento da interferência médica sobre a vida sexual das mulheres, entrando estas cada vez mais cedo num percurso normalizado e socialmente aceite de controlo ginecológico. A primeira consulta ginecológica para a obtenção de um método de regulação da fecundidade tornou-se um importante ritual individual, que implicou o desenvolvimento de serviços (com ginecologistas ou com profissionais com formação em ginecologia) que disponibilizassem cuidados de saúde às mulheres, no âmbito da sexualidade não reprodutiva. Segundo este autor:

Os urologistas jamais conseguiram, apesar de todo o seu empenho, preencher o mesmo papel junto dos homens. A sexualidade masculina só é objeto de abordagens médicas pontuais em situações de infertilidade, doenças sexualmente transmissíveis ou início do envelhecimento. (...) Os homens tendem antes a

evocar os seus problemas sexuais de maneira indireta com os clínicos gerais, enquanto as mulheres fazem isso mais diretamente com os ginecologistas. (Bozon, 2002, pp. 147-148)

Em Portugal, no que diz respeito às áreas clínicas em que a saúde sexual dos homens pode ter mais protagonismo, para além da urologia há a referir a andrologia que apesar de não constituir uma especialidade ou subespecialidade médica, é englobada na designação médica das consultas e dos próprios médicos que se auto designam como andrologistas. Segundo um dos entrevistados, reconhecido como um dos peritos na área da medicina sexual

A saúde sexual masculina, do ponto de vista médico, habitualmente é conhecida pelo nome de andrologia, um pouco por oposição à ginecologia. E apesar do facto de nunca ter havido uma especialização em Portugal de andrologia há, de qualquer modo, uma valência de andrologia que quase sempre são os urologistas que a fazem. (...) é uma área de facto que tem muito interesse prático, embora também tenha as suas dificuldades, nomeadamente dificuldades muito práticas, é difícil pôr em execução consultas, terapias e investigações nesta área (...). (P5-homem; urologista e andrologista; clínica privada)

Da maior parte dos participantes nas entrevistas que abrangeram vários grupos profissionais constatou-se o reconhecimento da descoberta do efeito do Sildenafil e a comercialização do Viagra como um acontecimento marcante (ao nível da oferta e da procura) nos cuidados de saúde sexual aos homens e na aproximação entre os homens e os profissionais de saúde.

Há uma data marcante de mudança e que tem a ver também com uma modificação farmacológica. Ou seja, a maneira clássica dos homens todos, os latinos em particular, segundo dizem, de encarar a sua sexualidade e a sua saúde sexual é muito envergonhada. Isto é, se sofriam de uma disfunção qualquer, em princípio escondiam-na, não a revelavam aos amigos, tentavam enquistar-se no seu sofrimento e não faziam mais nada. Isto é a maneira clássica que ainda hoje existe, mas muito pouco. Quando é que houve uma grande mudança que fez uma clara e marcante diferença? Foi o aparecimento do medicamento conhecido por Viagra. (...) foi uma revolução farmacológica pela ação e eficácia do medicamento, mas principalmente uma revolução cultural (...). A disfunção sexual masculina que não é a mais comum, mas é seguramente a que tem maior impacto na vida do homem,

que é a disfunção erétil, aquilo que às vezes é chamado a impotência, deixou de ser uma vergonha para os homens para passar a ser uma doença. Isto é, descobriu-se que muitos homens tinham a patologia. Portanto, o homem afinal não estava sozinho, o homem que sofria não estava sozinho, havia muitos mais. [o homem] descobriu que uma vergonha que se escondia, se tornava numa doença em que se procura o médico. Isso foi de facto uma revolução cultural fantástica. De repente os homens deixaram de ter medo e vergonha para passarem simplesmente a fazer o que é costume com outras doenças, vão ao médico. E de facto o Viagra surgiu e não tem nada a ver com o que se passava antes. Antes, poucos homens iam à consulta e eram quase sempre arrastados e empurrados pelas mulheres. Depois, depois não. Hoje em dia a maior parte dos homens que procuram ajuda não são empurrados pelas mulheres. Vêm até muitos por livre vontade e às vezes até vêm sem dizer às mulheres. Ou seja, foi uma mudança de paradigma, mudou radicalmente. Aí claramente que há uma diferença. A diferença é tão grande que, por exemplo, quando nós comparamos a procura de ajuda por parte dos homens com patologia sexual, com problemas sexuais e as mulheres com problemas sexuais, as mulheres não procuram, ainda não houve a tal revolução a nível da saúde sexual feminina, ainda não aconteceu. Os homens neste momento vão. Curiosamente a pratica clínica mostrou até uma fase de transição. A partir desse momento os homens passaram a procurar as consultas embora houvesse ali um período de uns anos em que o homem na consulta começava quase sempre a dizer assim 'bom, não sei quê, estou com problemas a urinar, a próstata' e nós víamos que afinal não havia problemas nenhuns a urinar e daí a dois ou três meses diziam 'afinal também tenho problemas sexuais'. Agora não, agora vêm claramente, sentam-se e dizem 'venho porque tenho problemas sexuais, tenho uma disfunção erétil, tenho uma disfunção ejaculatória'. Portanto, neste momento a coisa está absolutamente diferente. Há de facto uma altura marcante. No entanto, de repente esta procura de homens desejável, a procura para resolverem os seus problemas deparou-se foi com um obstáculo terrível. É que não sabem onde é que hão-de procurar ajuda. (P5-homem; urologista e andrologista; clínica privada)

Segundo Bozon (2002), a exaltação gerada pela descoberta de um medicamento para o tratamento da disfunção erétil, que foi comercializado na Europa e nos EUA a partir de 1998, o Viagra, teve impacto no processo de medicalização, na definição de “bom funcionamento sexual”, trazendo associada uma perspectiva positiva da atividade sexual que visa estimular.

Giarni (citado em Bozon, 2002) considera que o tratamento da disfunção erétil implicou várias mudanças em torno de uma estratégia industrial, que almejou a construção de novos padrões leigos de qualidade para a atividade sexual. Dessas mudanças Bozon (2002) realça: o desenvolvimento das definições médicas para o problema, no qual a impotência é definida como disfunção erétil; a modificação da conceção etiológica do problema; a ampliação do fenómeno e do mercado potencial de tratamento (que se expandiu com o impacto da longevidade), como resultados da apropriação da ideia de que todas as alterações da ereção se enquadravam na disfunção erétil (que até ali não eram percebidas socialmente como patologias nem como requerendo tratamento); a emergência da hegemonia do tratamento farmacológico desconsiderando as abordagens psicoterapêuticas (que até aí eram dominantes); e a entrada triunfal do tratamento para a disfunção erétil na prática clínica, facilitada pelo recurso ao tratamento via oral. Segundo este autor, o laboratório que produziu o Viagra direcionou as suas campanhas para os médicos e para o público (apelando à procura de ajuda farmacológica para o problema), desencadeando a “patologização” das alterações eréteis e o sucesso do produto (que antecedeu a mudança de atitude clínica por parte dos médicos). O autor considera que este pode ser referido como um caso em que a procura do produto “cria” a disfunção.

Nas entrevistas realizadas, constatou-se que nos percursos formativos da maioria dos profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros), a sexualidade, e mais especificamente a saúde sexual dos homens se encontrou ausente. Alguns dos profissionais referem alguma facilidade em abordar os temas relacionados com a sua história pessoal e percurso profissional, os seus interesses intelectuais, a sua curiosidade profissional, ou com a procura de formação por iniciativa própria, ou proposta por empresas farmacêuticas que comercializam fármacos para o tratamento da disfunção sexual masculina e que englobam sobretudo médicos e enfermeiros.

“(...) para uma saúde preventiva, eu estou convencido que na maioria dos casos, os homens se perguntarem ao seu médico de família algumas dúvidas que tenham, o médico de família é capaz de responder. Há 10 anos, não sei se isso acontecia, mas neste momento sim. Porque tem havido tantos cursos, tantas formações para os médicos de família nesta área que, pelo menos o médico de família, consegue dar o aconselhamento básico (...)” (P5-homem; urologista e andrologista; clínica privada)

“São formações internas que nós fazemos em que vêm médicos externos. Pronto, fazemos formação. Entre os temas, o tema era a ejaculação precoce e como é que podíamos abordar esse tema dentro da consulta, porque às vezes os homens não têm tanto... à vontade para falar sobre isso. Então é uma forma de tentarmos perceber como é que abordamos a ejaculação precoce numa consulta... (...) São os laboratórios que muitas vezes nos propõem.” (P1-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

Giami et al. (2015) defendem que a sexualidade não é um domínio que possa ser considerado exterior à prática dos cuidados gerais de enfermagem. A sexualidade impõe-se, muitas vezes inesperadamente, em situações de cuidados quotidianos nos serviços de internamento e os enfermeiros que não têm formação para responder a este tipo de situações são surpreendidos e, por vezes sentem-se intimidados, dada a omissão de conteúdos sobre saúde sexual (sobretudo da masculina) na sua formação inicial, na sua identidade profissional e nas suas competências clínicas. Em muitos planos de estudos a sexualidade é sistematicamente remetida para as questões da identidade sexual e da reprodução no feminino.

Neste âmbito destaca-se que para a maioria dos profissionais de saúde a formação que realizam é exclusivamente proposta e realizada por laboratórios farmacêuticos, que têm como interesse a comercialização de fármacos: a formação disponibilizada pauta-se por uma abordagem farmacologizada da sexualidade, centrada na doença e com uma ênfase inevitável no diagnóstico e no tratamento de problemas específicos, tais como a disfunção erétil e a ejaculação prematura.

1.2 (Des)aproximações entre os homens e os serviços de saúde: a influência do género dos profissionais

No âmbito dos universos simbólicos relevantes para as práticas dos profissionais de saúde, consubstanciam-se mapas de significação e de idealização normativa que orientam e configuram os contextos de interação em que decorrem as experiências masculinas, individuais e coletivas, de saúde e de doença sexual. Na análise efetuada procurou captar-se a diversidade de perspetivas dos vários atores envolvidos nos percursos terapêuticos dos homens no âmbito da saúde sexual, nomeadamente sobre o

impacto do gênero dos profissionais no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual (Tereso, 2011)⁴⁶.

Os padrões diferenciados de socialização pelo sexo continuam a ser uma realidade que se evidencia socialmente (Masters, Johnson & Kolodny, 1992) e que tem visibilidade nas políticas de saúde. A distinção dos indivíduos segundo uma perspectiva de gênero imprime dissemelhanças no acesso aos cuidados de saúde e na regulação médica desse mesmo acesso.

Neste contexto, tem sido salientado e divulgado o reconhecimento do papel dos homens na saúde sexual e reprodutiva das mulheres e da importância de serem incluídos nos programas de saúde. No entanto, apesar da consciência emergente de que os programas e os serviços de saúde deveriam incluir os homens, a uma escala mais global continua a não haver uma compreensão do significado dessa inclusão, que vacila entre a objectificação masculina (em prol da satisfação dos imperativos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres) e o reconhecimento dos homens enquanto sujeitos de cuidados (Lundgren, 2000).

Nas ciências da saúde, a investigação desenvolvida tem reconhecido que o gênero se pode constituir como elemento diferenciador no que respeita às estratégias adotadas pelos profissionais de saúde (Prazeres, 2008) e a aspetos mais específicos, tais como o estilo de comunicação adotado (Hall, 1984).

Assim, emerge a relevância da abordagem do impacto do gênero dos profissionais no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual e os aspetos que lhe estão subjacentes e que podem constituir-se como constrangimentos no acesso, e dificuldades na exposição de problemas, dos quais pode resultar o adiamento da procura de ajuda (Prazeres, 2008).

No que se refere aos padrões de relacionamento, segundo o gênero do paciente e do médico e o gênero do paciente e do farmacêutico, alguns estudos têm analisado a existência de variações nos padrões de relacionamento e a forma como influenciam os cuidados prestados (Miles, 1991).

Uma parte considerável do debate académico e público sobre os serviços de saúde tem-se centrado na natureza da “relação médico-paciente”. No entanto, apesar de na maioria dos casos os médicos serem legalmente responsáveis pelas decisões terapêuticas

⁴⁶ O capítulo que se apresenta foi elaborado com base no Cies e-Working Paper N° 115/2011 “O Acesso dos Homens aos Cuidados de Saúde Sexual: Resultados Preliminares sobre o Impacto do Gênero nas Perspetivas dos Profissionais de Saúde” (Tereso, 2011).

e pelos cuidados prestados nos serviços de saúde, esta relação parece revelar uma posição de destaque dos médicos no sistema de saúde e, em consequência, uma relação privilegiada com o paciente (Bury, 1997).

Admitindo o gênero como princípio organizador da diferenciação das atitudes dos homens face à sua saúde sexual e à interação com os serviços de saúde, optou-se por fazer incidir a análise que aqui se apresenta nas perspectivas dos profissionais, relativamente à influência do gênero no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual.

A análise das perspectivas dos profissionais sobre a importância atribuída pelos homens ao gênero dos profissionais, evidenciou heterogeneidade e até pontos de vista antagônicos. A reflexão feita a partir dos discursos dos profissionais permitiu, no entanto, identificar algumas diferenças intergrupais e intragrúpis.

De homem para homem: perspectivas de médicos e farmacêuticos sobre a influência do gênero masculino como facilitador do acesso dos homens aos cuidados médicos no âmbito da saúde sexual.

Alguns estudos têm incidido na influência do gênero na interação entre médicos e pacientes, procurando respostas para questões como: os médicos relacionam-se com os seus pacientes e tratam-nos, mulheres e homens, de forma diferente? Há variações sistemáticas nos padrões de relacionamento, segundo o gênero do paciente e do médico? Estes aspetos influenciam os cuidados médicos? (Miles, 1991)

Os médicos especialistas que foram entrevistados e cuja prática clínica abarca sobretudo uma população masculina, tais como alguns dos urologistas e dos endocrinologistas, parecem ser unânimes na consideração de que a feminização progressiva das profissões que povoam os percursos terapêuticos dos homens (que englobam os médicos de família, os urologistas e os farmacêuticos, entre outros) se evidencia como um constrangimento no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual. Riska e Wegar (1993) já referiam que, as mulheres constituíam uma proporção crescente das especialidades da profissão médica, o que, na opinião de algumas académicas feministas, poderia contribuir para diminuir o viés sexista na ciência e na prática médicas (Fee, 1977). Também afirmavam que não obstante a eventual preponderância atribuída à salvaguarda dos interesses e direitos das mulheres, através do reforço da atenção nos assuntos da saúde das mulheres (Riska & Wegar, 1993), poder-se-ia questionar se estas circunstâncias não estariam na origem do eventual desenvolvimento de assimetrias

relativamente à atenção dada aos problemas dos homens, especialmente no que diz respeito à saúde sexual.

Na mesma época, numa ótica partilhada por alguns investigadores médicos que não engloba as perspetivas dos pacientes sobre estes aspetos, Miles (1991), referia que o género não influencia a interação entre o médico e o paciente nem interfere no acesso aos cuidados de saúde. Nesta lógica, parece ser evidenciada a assunção de que os médicos são seres “assexuados”, o que legitima a ideia de que a exposição dos assuntos mais íntimos e, a exposição física ao exame médico se desenvolvem num ambiente neutro às dimensões de género. Neste contexto, destaca-se o discurso de um dos médicos entrevistados que defende a perspetiva referida.

É um assunto que eu nunca pensei nisso [na importância do género do médico], mas em termos da minha experiência pessoal, não. (...) A relação médico-doente é absolutamente assexual, nunca notei que houvesse qualquer relação diferente entre o médico homem ou mulher e o paciente homem ou mulher. (P11-homem; médico infeciologista; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

Contudo, no grupo dos entrevistados que englobou médicos e farmacêuticos do género masculino e feminino, emergiu a ideia de que o género dos médicos se pode constituir enquanto elemento facilitador, no caso de os profissionais serem homens, e enquanto elemento de constrangimento, nos casos em que são mulheres.

E muitas vezes, mesmo que eles tenham vontade de ir falar disso, quando se deparam com uma mulher, perdem às vezes essa vontade. Noto isso e eles respiram de alívio quando chegam à consulta: “Aqui é um homem, ainda bem, porque foi muito difícil falar à minha médica de família.” (...) A esmagadora maioria prefere que seja um homem e que alguns se for uma mulher vão desistir (...), mesmo que seja mulher, havendo essa ligação já mais arrastada de confiança, o fator do género tem menos importância, mas mesmo assim (...). (P2-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Depois há sempre algum constrangimento. Por exemplo, se o médico de família for uma senhora, eles tendem a não falar do... eles tendem a não falar do problema. Se for um homem, se calhar falam um bocadinho com mais facilidade. (...) [Quando há trocas de serviços com médicas] aí ficam completamente inibidos. (P22-homem; médico urologista; instituição pública de cuidados diferenciados)

Eu não acho que só os homens é que possam fazer saúde sexual e reprodutiva dos homens, mas acho que é importante que haja profissionais homens, que nos digam e conversem com os homens porque realmente eu acho que os homens conversam de maneira diferente com eles do que conversam conosco [médicas]. (...) Às vezes os homens têm mais dificuldade em dizer que não sabem, os homens também têm mais dificuldade em ceder por ex. ao sofrimento do aborto espontâneo, até de um aborto provocado, às dúvidas... Porque eles naquela altura têm que ser a pessoa forte, a pessoa que dá apoio à outra parte, porque é o que se espera deles. E nós às vezes também esperamos isto deles, não é? E realmente não está certo, porque tem que haver um espaço para eles quebrarem, para eles mostrarem as dúvidas que têm, as fragilidades que têm e para poderem sofrer e chorar se for preciso e para dizerem que não sabem e nós muitas vezes não lhes damos esse espaço. (P14-mulher; médica ginecologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Confidentes privilegiadas? A controvérsia médica em torno das proximidades e cumplicidades proporcionadas pelo género feminino no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual

Segundo Meeuwesen, Schaap e Van der Staak (1991), existe evidência de que os médicos e as médicas tendem a diferir no seu estilo de comunicação com os pacientes e de que as médicas têm um estilo mais orientado para o paciente, que é propício à verbalização de queixas. Um outro aspeto, que também é realçado na literatura como justificação da opção dos homens por profissionais do género feminino, como confidentes privilegiadas dos seus problemas sexuais, parece estar relacionado com traços de personalidade atribuídos às mulheres. A teoria da socialização sugere que a identidade de género resultará em escolhas profissionais que se encaixem e suportem os estereótipos de género. Tal como os observadores do trabalho das mulheres evidenciaram, às mulheres tendem a ser atribuídos os “trabalhos com as pessoas” (Stacey, 1988) e o “trabalho emocional” (Nicky, 1989), devido à sua suposta “competência natural” para este tipo de trabalhos (Riska & Wegar, 1993). Segundo Leserman (1981), o facto de as mulheres serem socializadas para serem mais expressivas e aptas para a verbalização contribui para que as médicas evidenciem mais disponibilidade para ouvir e obter informação, o que por sua vez pode contribuir para que os homens se sintam mais capazes de expor os seus problemas e sintam que o acesso aos cuidados é mais fácil.

Entre os médicos do género masculino constatou-se uma divergência de opiniões. Foi referido por três médicos do género masculino que participaram nas entrevistas, que

o género feminino na profissão médica, pode ser facilitador no acesso dos homens aos cuidados de saúde, em casos de problemas e dificuldades do foro sexual. Referem ainda que essa facilidade, evidenciada no âmbito de cuidados de saúde centrados em aspetos psicológicos sugere a reprodução de relações de confidencialidade (entre os homens e as mulheres) que integram o quotidiano dos homens.

Curiosamente, por exemplo na terapia sexual, as terapeutas mulheres têm mais sucesso do que os terapeutas homens. (...) Falar de intimidade, os homens não gostam de falar a outro homem (...), os homens não falam entre eles. (...) É mais fácil o homem falar da sua intimidade a uma mulher do que a outro homem (...). (P5-homem; urologista e andrologista; clínica privada)

(...) eu acho que curiosamente os homens falam mais facilmente [sobre problemas de saúde sexual] com mulheres do que com homens. Mesmo que seja enfim no... no enunciado dum insuficiência ou de uma coisa qualquer que os ia diminuir, eu tenho a noção... Mas tenho a noção que mais facilmente os homens entram numa espécie de confidencialidade nesse sentido com uma mulher do que com homens. (P24-homem; médico psiquiatra; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

No entanto, nas razões evocadas pelos médicos e médicas entrevistados que realçam o género feminino como um constrangimento no acesso dos homens, constata-se uma heterogeneidade de opiniões que remete para as dificuldades sentidas pelos homens na exposição física e na exposição verbal.

- Exposição física: o receio de, perante uma mulher, ser posta em causa a sua masculinidade e de poder surgir uma eventual erotização da consulta.

Têm um bocadinho de vergonha se calhar de assumir perante as mulheres que não são tão homens assim (...) Na cabeça do homem, a mulher ao olhar para os genitais do homem vai ter uma avaliação diferente daquela que um outro homem terá. (...) Está posta em causa a masculinidade dele. (...) [No] exame físico ainda mais, porque (...) há um medo nos homens jovens de terem uma reação quando é uma mulher a fazer o exame físico e portanto... (P2-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

É um bocadito o medo de mostrar os genitais, de falarem de coisas de que não se fala, de o médico não ser médico, mas ser médica (...). (P21-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

- Exposição verbal: o pudor em verbalizar aspetos que consideram tabus em relação às mulheres. Neste âmbito, alguns dos médicos entrevistados referem que a dificuldade de os homens exporem problemas e dificuldades sexuais às médicas é maior nos grupos com condições socioeconómicas mais baixas.

E depois há algumas coisas nestas histórias que de facto os homens têm dificuldade em dizer às mulheres e que é necessário averiguar: as relações extraconjugais, masturbações,... (P2-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados)

Há muitos homens que hoje se inibem um bocado ainda de falar desse tipo de problemas com médicas, mulheres. (P10-homem; médico; cuidados de saúde primários e clínica privada)

Homens numa situação socioeconómica alta estão-se nas tintas. (...) Mas o povo em geral, “Eu não falo com a Sr.^a Dr.^a numa coisa do género”, nem passa pela cabeça, (...) nem pensar. (P21-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Um aspeto interessante relativamente aos constrangimentos que decorrem do género feminino foi realçado por uma médica e diz respeito à feminização dos espaços físicos em que se situa o acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual.

As revistas são só para mulheres, os quadros são para mulheres. (...) São para as mulheres. (...) Por isso é que eu digo, não são espaços em que um homem se sinta muito confortável. Ia estar lá um único sozinho, a ler a Máxima de há três anos, que é o que costuma estar nas salas de espera? Não vai... É isso que dificulta. (P20-mulher; médica ginecologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Segundo Bourdieu (1999), a definição social dos órgãos sexuais tem impacto na realização do exame físico dos próprios órgãos genitais na prática clínica. Segundo o autor, os profissionais de saúde procuram estratégias de neutralização simbólica que envolvem praticamente todas as conotações sexuais deste tipo de exames, através de rituais que aparentemente parecem dissociar os órgãos dos indivíduos.

No que se refere à saúde sexual dos homens, nomeadamente aos procedimentos que implicam o acesso anal, a carga simbólica parece evidenciar-se no evitamento da realização deste tipo de exames por parte dos homens. Segundo Bourdieu (1999), o corpo é considerado como tendo a parte da frente como lugar da diferença sexual e a parte de

trás, como sexualmente indiferenciada e potencialmente feminina, ou seja, passiva e submetida.

24 horas lado a lado: diferenças de perspetivas entre enfermeiras e enfermeiros acerca do impacto do género no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual

O género intervém de formas diferentes na vida de homens e mulheres como determinante da saúde e interfere, entre outros aspetos, na experiência subjetiva da doença e no seu significado social, nos padrões de utilização dos serviços e na efetividade e na qualidade da resposta às necessidades específicas dos homens e mulheres utilizadores dos cuidados (Women's Health Association of Victoria, 2001).

É assumido como um dado adquirido que as mulheres recorrem mais ao médico do que os homens, e o estudo desenvolvido por Cabral (2002) corrobora esta afirmação. Um dos motivos para explicar este facto diz respeito à socialização feminina, que reforça a aceitabilidade das mulheres em procurarem ajuda mais cedo do que os homens (Jones, 1994). No entanto, segundo Cabral (2002), um maior recurso aos serviços de saúde pode ser um indicador discutível de morbilidade, uma vez que o indivíduo pode recorrer ao médico no início dos sintomas ou, pelo contrário, adiar essa ida.

Bury (1997) afirma que nas duas últimas décadas, muito do debate académico e público sobre os serviços de saúde centrou-se na natureza da “relação médico-paciente”. A ideia deste tipo de relação estava associada a uma prática médica que implicava a interação dos clínicos gerais com os seus pacientes por períodos de tempo prolongados. Em termos gerais estes clínicos gerais, em comparação com os médicos hospitalares evidenciavam ser mais orientados para o cliente. O autor considera que recentemente, como resultado de várias mudanças nas relações sociais nos cuidados de saúde, o termo “relação médico-paciente” tem sido substituído pelos termos “relação leigos-profissionais” ou segundo a perspetiva de Radley (1991) “relações terapêuticas: médicos, enfermeiros e pacientes”. Estas designações parecem evidenciar uma deslocação da abordagem destas relações para as questões da estrutura e para a valorização da perspetiva pluralista, que implica o afastamento do posicionamento central da figura do médico na análise do processo dos cuidados de saúde.

Giami et al. (2015), numa pesquisa sobre o lugar que a sexualidade ocupa nas práticas e representações dos enfermeiros, realçam que no âmbito das interações profissionais a sexualidade não pode ser reduzida à atividade sexual, às dificuldades que

se colocam em relação a esta ou às situações de doença. Consideram ainda que muito do que se passa na relação que se estabelece entre os vários profissionais e os homens no contexto da saúde sexual se situa numa dimensão de erotização da relação de cuidar.

No entanto, os resultados do estudo realizado por Simões e Amâncio (2004) referem que as perceções dos utentes sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros não assentam em conteúdos específicos do seu sexo de pertença, mas em dimensões universais da profissão que remetem para a assexuação tanto das enfermeiras como dos enfermeiros.

No que diz respeito ao protagonismo do género dos profissionais de enfermagem⁴⁷ e ao seu impacto no acesso e na utilização dos homens dos cuidados de saúde sexual, emergiu uma heterogeneidade de opiniões entre os enfermeiros e as enfermeiras entrevistados.

Os enfermeiros do género masculino evidenciaram as diferenças de género entre os profissionais de enfermagem, realçando a proximidade decorrente do “ser homem” como facilitador e o de “ser mulher” como constrangedor no acesso aos cuidados de saúde.

De um enfermeiro é muito mais fácil, de outro homem é mais fácil, (...) não temos a mentalidade de chegar a uma enfermeira ou até a uma médica e dizer, falar desse tipo de... (P17-homem; enfermeiro; cuidados de saúde primários)

São sempre assuntos que... nota-se que baixam o tom de voz quando falam nisso... estão mais à vontade se for um homem a triar do que uma mulher para falar de tudo o que se relacione com genitais. (...) Talvez haja uma identificação, há certos assuntos que é mais fácil. Ele perceberá melhor (...) eventualmente já passou pelo mesmo, se não passou sabe que poderá passar... enfim... penso eu que seja esse tipo de coisas. (P23-homem; enfermeiro; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados– serviço de urgência)

No entanto, por parte das enfermeiras entrevistadas foi significativa a alusão a vários aspetos que consideram como atenuantes dos eventuais constrangimentos

⁴⁷ Em Portugal, a profissão de enfermagem continua a ser constituída maioritariamente por mulheres (segundo a Ordem dos Enfermeiros em 2015 existiam 55629 enfermeiras e 12264 enfermeiros).

decorrentes da preponderância do género feminino nos profissionais de enfermagem. Entre os referidos destacamos:

- Cumplicidades que se tecem entre os homens e as enfermeiras/os durante os internamentos hospitalares.

Eu acho que é mais a categoria profissional do que propriamente o sexo. Eu acho que os doentes se abrem mais connosco enfermeiros do que com os médicos, pronto. Mesmo de homem para mulher (...). (P9-mulher; enfermeira; instituição pública de cuidados diferenciados)

- Profissionalismo e demonstração de competências.

O doente não vê o homem ou a mulher, vê o profissional, portanto não é: “Ai é um homem ou é uma mulher.” Não, acima de tudo é um profissional. (P16-mulher; enfermeira; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

A partir do momento que o profissional dá provas que, de facto, está à vontade na matéria, que está ali com um determinado objetivo... eu acho que isso é ultrapassável. (...) Mas temos de ser nós realmente, profissionais, a demonstrar que estamos aptos para dar resposta a determinadas situações. (P8-mulher; enfermeira, instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

- Relações privilegiadas com as companheiras dos homens que possibilitam a mediação entre os homens e os cuidados de saúde.

A mulher aparece mais, vem à enfermeira... se calhar não tem problema nenhum de contar (...) até o próprio problema do marido, muitas vezes são elas, as próprias mulheres, que nos contam a situação do marido. Conseguem contá-lo à enfermeira; o homem, não. (P6-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

Entre a proximidade identitária e o medo da exposição perante a concorrência: perspetivas de psicólogos e sexólogos

As opiniões dos quatro psicólogos e sexólogos entrevistados divergem entre a consideração do género dos profissionais como irrelevante para o acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual; a atribuição de prioridade na procura de compreensão para os problemas, independentemente do género do profissional; e as ambiguidades nas preferências dos homens por profissionais do género feminino ou do masculino. A alusão à existência de ambiguidades emergiu das entrevistas dos sexólogos do género masculino,

que realçam, por um lado a procura de uma proximidade identitária entre elementos do mesmo género e, por outro, a necessidade de afastamento dos profissionais do género masculino como forma de evitarem uma situação de inferioridade perante um potencial concorrente.

Escolhem as pessoas em função do sexo muitas vezes, exatamente pela representação do tipo de compreensão que aquela pessoa daquele sexo vai ter (...). (P3-mulher; psicóloga e sexóloga; clínica privada)

Talvez [a maior parte] tenha tendência a sentir-se mais confortável quando está com alguém do mesmo sexo e depois há uma outra fatia que sente-se muito mais confortável com o sexo oposto. (...) Eventualmente porque (...) um é pelo lado da identidade, é alguém que é do mesmo sexo. O ser do mesmo sexo mais facilmente me pode compreender. Um outro lado, é, possivelmente, o eu não me estou a expor perante um concorrente (...). (P4-homem; psicólogo e sexólogo; clínica privada)

São capazes de se gabar de coisas, mas chega à doença e não falam dos seus problemas aos outros homens. Não estão a dar vazas a outros potenciais concorrentes. (P5-homem; urologista e andrologista; clínica privada)

Neste contexto realça-se ainda o contributo de um representante de uma associação de proteção dos direitos dos homossexuais, que subscreve a opinião dos dois psicólogos mencionados.

No caso dos gays, preferem nitidamente um homem que, se não for gay, ao menos que tenha uma abertura para esta questão. (...) Talvez haja mais um pudor de, de fazer certas perguntas ou de dizer certas coisas, tanto sendo homo como hetero, a uma sexóloga. (...) Talvez alguns homens tenham mais vergonha de pôr a sua sexualidade, a sua virilidade, em xeque ou em causa com outro homem. Com outra mulher não têm essa obrigação, também é possível que haja esse mecanismo mental. (P19-homem, organização para a proteção dos direitos LGBT)

A análise das diferentes perspetivas dos profissionais que participaram nas entrevistas evidencia uma divergência de opiniões numa multiplicidade de aspetos considerados como relevantes e apenas dois profissionais referem o género do profissional como indiferente no acesso dos homens (P12-mulher; psicóloga, instituição para a proteção dos direitos LGBT e P11-homem; médico infeciologista; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados). A reflexão feita a partir dos discursos dos

outros 22 profissionais e das suas perspetivas sobre o impacto do género dos profissionais no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual permitiu identificar algumas diferenças intergrupais e intragrúps.

Entre os médicos do género masculino constatou-se uma divergência de opiniões. Segundo alguns médicos, o género feminino na profissão médica pode ser facilitador do acesso dos homens aos cuidados de saúde em casos de problemas e dificuldades do foro sexual. No grupo de médicos que consideram o género feminino como um constrangimento no acesso dos homens, evidenciam-se três dimensões: a que diz respeito às dificuldades na exposição física, que só foi valorizada pelos médicos do género masculino; a das dificuldades na exposição verbal, na opinião de alguns médicos; e a dos constrangimentos decorrentes da feminização progressiva das profissões de saúde.

Os enfermeiros participantes realçam o género masculino dos profissionais de enfermagem como facilitador do acesso dos homens e o feminino como constrangedor. No grupo das enfermeiras, a influência do género do profissional é considerada como tendo menor impacto, quer nas possibilidades criadas, quer nas dificuldades decorrentes das diferenças de género, e são mencionados vários aspetos que são considerados como atenuantes para os eventuais constrangimentos: as cumplicidades que se tecem entre os homens e as/os enfermeiras/os durante os internamentos hospitalares; o profissionalismo e a demonstração de competências; e as relações privilegiadas com as companheiras dos homens que possibilitam a mediação entre os homens e os cuidados de saúde.

Entre os psicólogos/sexólogos, as perspetivas variam entre a irrelevância atribuída ao género, a priorização na procura de compreensão para os problemas e a existência de ambiguidades nas preferências dos homens

Segundo Prazeres (2008), constata-se uma aparente indiferença dos profissionais de saúde para as questões de género na saúde e é realçada a importância de reforçar a sensibilização e a preparação técnica dos profissionais. Neste âmbito, enfatiza-se a necessidade de investigar a perspetiva dos homens sobre o impacto do género dos profissionais no seu acesso aos cuidados de saúde sexual e os aspetos que lhe estão subjacentes e que podem conduzir não só a dificuldades no acesso aos cuidados de saúde sexual, mas também a dificuldades na exposição de problemas como causas do adiamento na procura de ajuda.

Perspetivas de homens: a valorização de “caraterísticas” femininas (tolerância, afeto, atenção) e o evitamento da possibilidade de erotização da consulta e do assédio homossexual

No grupo dos homens que preferem que os cuidados médicos sejam desenvolvidos por uma médica, valorizando caraterísticas tipicamente femininas, como serem “cuidadosas” destacam-se os homens mais novos. Realçam ainda que perante a eventualidade de nessa mesma observação ter de ser efetuado o toque retal, evidenciam desconforto perante a ideia de serem observados por um homem e medo de erotização homossexual por parte dos médicos homens. Neste âmbito, realça-se ainda o relato de um dos homens mais velhos que considera que no caso de o homem ter problemas sexuais com uma mulher, a médica, por também ser mulher, poderia proporcionar uma ajuda com conhecimento de causa.

Ele é que não se arme em gay porque aí já a coisa muda de figura (risos) exatamente, pois exato, não, não aí já a coisa muda de figura. Começar a mexer demais! Ah pois. Eu acho que é melhor ser uma senhora porque. Não, não, o médico não. Homem não. Está bem está. Ná. Não. Mais valia ser uma senhora. Preferia uma médica. Não, o médico não, fogo, está bem tá. (E55-O; 31 anos; ens. básico; sem relação)

Se calhar nós sentimos melhor com uma mulher porque se calhar é mais cuidadosa e mais observadora e mais atenta. É. Se calhar põe-nos mais à vontade. (E23-EE; 34 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Eu no meu caso preferiria que fosse uma médica, para ser franco, preferia. Eu não sei (risos) se calhar não lhe consigo dar uma razão muito concreta. Sei que preferia uma médica, acho que o médico, acho que não me sentia tão... sentia-me mais desconfortável... não sei bem porquê, mas preferia uma médica. (E33-PTE; 31 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Por parte dos entrevistados mais novos que referiram serem homossexuais é manifestada uma clara preferência por médicas por considerarem que é mais facilitador, especialmente no caso de o médico ser heterossexual e de recearem alguma atitude homofóbica.

Eu acho que isso tem a ver com a personalidade de cada médico. Tive pelo menos duas médicas de família e eu gostava de ambas, mas essa 1ª era uma doçura de pessoa, uma doçura. Era absolutamente amorosa a senhora e de facto senti-me tão

à-vontade que lhe contei [que era homossexual] sem nenhum problema. Mas eu acho que isso também é um bocadinho da personalidade, da forma da postura do médico. Eu neste médico também não tenho problemas em contar-lhe, mas por acaso nunca lhe contei. É um médico de quem eu gosto e sinto-me à-vontade, consigo ter essa proximidade, mas pronto, se eu tiver que contar conto, acabou. Em primeiro lugar está a minha saúde e ele tem que fazer o papel de médico dele e mais nada. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

No meu caso, eu até achei sendo ela uma mulher, eu acho que ela compreende mais a minha situação como homossexual, do que provavelmente se fosse um homem, apesar de ser médico e os médicos não têm que distinguir nem sexo, nem política, nem religião. Mas um homem, de homem para homem, seria mais difícil se calhar para mim, vendo um heterossexual. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Eu acho mais fácil falar com as mulheres do que com os homens sobre essas questões. Tenho sempre a sensação de que sendo eu gay e tendo a noção do que é possível haver algum preconceito, tenho a sensação de que as mulheres são menos preconceituosas nesses aspetos do que os homens. Pela experiência de vida e pela ideia que eu tenho das pessoas em geral. Acho que em geral nesse campo as mulheres são, pelo menos aparentemente, aparentemente são mais abertas do que os homens. Porque os homens têm muito aquela coisa do macho e do machista. Até podem não ser, mas depois querem mostrar determinada imagem e, portanto, têm um comportamento em grupo... existe aquela coisa do macho e enfim os médicos não são pessoas diferentes das outras, portanto eu não sei... mais facilmente me consigo abrir com uma mulher do que com um homem, a não ser que eu conheça o homem como é evidente. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Perspetivas de homens: a socialização com o feminino e a desvalorização do género dos profissionais de saúde

No grupo dos homens mais novos, com níveis de escolaridade mais elevados, foi enfatizada indiferença em relação ao género dos profissionais. Nos seus relatos consideram que esta indiferença emergiu dos seus percursos familiares (meios familiares constituídos por mulheres; mãe, irmãs e filhas) que lhes possibilitaram o desenvolvimento da capacidade de exposição de problemas do foro íntimo a homens e a mulheres.

Homem ou mulher é indiferente. Sabe, eu fui educado com duas mulheres. Portanto, não tenho qualquer problema. Eu desde os dez anos que sou educado pela minha

mãe e com a minha irmã, portanto não tenho. Sinto que em relação aos outros homens tenho facilidade. (E25-EDL; 32 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Neste âmbito foi ainda realçada a importância do acompanhamento pela companheira, que reconhecem como um contributo para ultrapassar quaisquer dificuldades.

Eu acho que o homem, poderá sentir-se mais à-vontade, se por vezes a mulher for com ele. Vai o apoio. Ela sabe como é que é, eu acho que é melhor. (E15-EE; 47 anos; ens. básico; coabitação)

Perspetivas de homens: a desvalorização do género em prol do profissionalismo, da competência, da necessidade de cuidados e da qualidade da interação.

Nos homens com níveis de escolaridade mais baixos a valorização da competência clínica, a necessidade de cuidados de saúde e o sentirem que não são exceções contribui para que o género dos profissionais não seja uma questão prioritária. Com maior protagonismo no grupo dos homens com níveis de escolaridade superiores, a qualidade da interação foi também destacada como sendo um aspeto que minimiza as questões de género.

Não, porque é assim, eu pelo menos tenho a consciência que ao ir ao especialista, seja homem seja mulher, a função deles é aquela é para aquilo que estão, é aquilo que estão habituados, todos os dias ouvem situações do género daquela que a pessoa lá vai levar. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Eu sou muito extrovertido e isso não ligo. É para despir, é para despir. É para tratar, é para tratar. É mulher? É mulher. É médica, está a fazer o serviço dela, o trabalho dela. Estudou para aquilo. Está a ser paga para aquilo, tem que tratar de mim. Pronto, eu tenho que estar ali com respeito, com elevação, com consideração pela senhora e pronto. Quero é sair de lá bem. (E7- PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Sendo profissionais, elas estão lá, fazem, é o trabalho delas. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

Até porque eles, quer dizer eles devem estar fartos de ouvir este tipo de coisas. Como queria resolver também, tinha que pôr o problema para trás das costas. A médica pôs-me à-vontade. Mas não sinto que tenha sido um constrangimento o facto de ter

sido uma mulher. Na realidade quando vi a médica fiquei um bocadinho mais apreensivo, apesar de achar que eles lidam com isso de uma forma extremamente natural. Mas depois com o à vontade com que ela pôs acabei por ignorar ser médico ou médica, é indiferente. (E32-PTE; 34 anos; ens. superior; sem relação)

Com a minha médica não teria problemas nenhuns. Acho que o mais importante que eu tenho com a minha médica é um bom relacionamento, é um à-vontade. (E19-PTE; 30 anos; ens. superior; coabitação)

No caso dos homens mais velhos foi ainda valorizada a questão da necessidade de abreviar o tempo de espera e a necessidade de ser consultado, relegar para segundo plano a escolha do género do profissional.

Portanto a gente, como costuma dizer, já se está um bocado nas tintas para as coisas e já não liga um bocado a isso. E eu neste momento, se bem que o tema fosse difícil, eu punha independentemente de ser homem ou mulher, até por exemplo nos exames anuais. Há certos exames mais constrangedores do que outros, umas vezes é um médico a fazer, outras vezes é uma médica a fazer. Eu não escolho. O que, eu quero é, ir ao sítio em que eu vou fazer e é assim, venho fazer isto e tal, já sabem qual é a próxima abertura de marcação que tem é para a doutora tal ou para o doutor tal, olhe o mais próximo não sei quem, pronto é esse. (...) E a questão de pôr uma questão dessas, também a punha exatamente a ela. Então falava a quem? Tinha era que resolver era o meu problema. (E17-EDL; 58 anos; ens. superior; coabitação)

Desde que fosse para preservar a minha saúde eu aceitaria seja o que for. Mulher ou homem, médica ou médico não tinha problema algum desde que seja para o meu bem-estar, aceito. (E12-EE; 60 anos; ens. secundário; coabitação)

Perspetivas de homens: as cumplicidades masculinas nas interações entre leigos e profissionais de saúde

Nos casos do toque retal, a invasão anal tem representações específicas que adquirem contornos de maior inaceitabilidade face à circunstância de ser “penetrado por outro homem” mesmo que seja em contexto terapêutico e por razões clinicamente fundamentadas.

Olhe, venha o diabo e escolha. Se calhar prefiro homens, mas é assim, os homens normalmente também estão apoiados por uma enfermeira, não acredito que sejam apoiados por um enfermeiro, portanto vai dar tudo ao mesmo. Olhe se quer que lhe

diga, prefiro alguém que eu não conheça. Fico visto e se não tiver nada, não o quero voltar a ver. Mas é um bocadinho por preconceito, por machismo. Penso que há um tabu e eu não fujo a isso. (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Uma questão que também foi realçada nos relatos dos homens são os constrangimentos das próprias médicas que por vezes impedem uma interação terapêutica adequada às necessidades dos homens, o que faz que a interação seja mais fácil com médicos do género masculino.

No passado com perguntas associadas a comportamentos sexuais, [a médica de família] remeteu-me para um centro de atendimento de doenças sexualmente transmissíveis e não quis sequer nem ouvir até ao fim. Acho que são coisas muito intrincadas na mente das pessoas, que é difícil ultrapassar a partir do momento em que se diz à médica: “Eu tenho umas manchas no meu pénis e preciso que a doutora veja”. E ela disse: “Não, não. Eu nem vou ver. Eu vou mandá-lo já para o sítio tal”. Na minha opinião sincera, acho que a grande probabilidade, é que [se fosse um homem] não teria tido esse comportamento. Talvez por uma maior sensibilidade. Tem um homem à sua frente. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Por exemplo se eu tivesse que lá ir gostaria mais que fosse um homem, eu gostaria mais, não quer dizer que não colocasse o problema à senhora. Mas escolheria um médico. Penso que por sermos homens estaremos mais a vontade de podermos expor mais as coisas. É como, por exemplo, se tivesse que me analisar os órgãos, pronto “ponha ali para eu ver” logicamente que eu ponho muito mais à vontade ao pé de um homem, do que de uma senhora. Não é que eu goste mais do homem, de longe, chega para lá, mas quer dizer, esta é a minha maneira de ser, não sei. (E11-O; 59 anos; ens. básico; sem relação)

Alguns homens mencionam ainda que existem assuntos que não se situam na interação terapêutica com mulheres, como por exemplo os casos de infidelidade (justificado por alguma solidariedade de género que possa existir para com as mulheres traídas e que comprometa o sigilo).

É sempre mais complicado uma pessoa ser mais aberta para uma mulher do que para um homem. E eu ali com ele, prontos abri o jogo e disse-lhe. Já chega estar a esconder, a sofrer, a pensar, o que é eu faço, o que deixo de fazer... Olhe é isto. (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Penso que seja pelo contar. Sim, por ser uma mulher e estar a dizer à mulher o que fez, aconteceu-lhe isto e aquilo acho que é pelo contar, pelo... o exemplificar o que é que se passou com ele, acho que é mais por isso. Não tanto pela observação. Em abrir-se com a pessoa e como é que hão-de contar à médica. (E37-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Talvez mais o contar, porque imagino que com um médico homem haja uma proximidade maior do que propriamente com uma médica mulher. Portanto acho que deve ser mais complicado expor a situação a uma médica mulher do que a um médico homem. Ou seja, não é propriamente um tema muito... o tema mais simples para se falar, não é?! Portanto acho que há uma proximidade muito maior de género, neste, neste caso. E se precisar de explicar algo a cinquenta por cento, acho que se for um homem, se calhar isso chega, se for uma mulher se calhar isso não chega. (E20-PTE; 30 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Um entendimento, quanto mais não fosse inconsciente de que a outra pessoa poderia sofrer do mesmo problema e isto criava uma plataforma de maior conforto. Perante uma mulher, um homem assumir que tem um problema sexual, acho que podia ser muito mais complicado. Para não falar depois de toda a parte da averiguação, de... por aí fora. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

2 Narrativas do corpo sexuado

2.1 Biografias de iniciação sexual: percursos em torno da vulnerabilidade

Em todas as culturas a iniciação sexual é uma etapa significativa para a construção social do masculino e do feminino, constituindo-se como uma atividade estatutária da idade adulta (Bozon, 2002).

Os padrões de vulnerabilidade dos homens à doença sexual são influenciados pelos processos de socialização e pelas possibilidades de concretização de medidas preventivas nos seus quotidianos. Neste âmbito, a análise das primeiras experiências sexuais dos homens pode contribuir para mapear as suas representações sobre saúde/doença sexual e identificar o seu impacto na estruturação de práticas, com implicações na sua vulnerabilidade (Paiva e Amâncio, 2004).

Na análise das entrevistas procurou-se identificar universos simbólicos, trajetórias e práticas envolvidas nas primeiras experiências sexuais dos homens, e na construção das representações masculinas sobre saúde/doença sexual.

Bozon (2002) afirma que as práticas sexuais são também práticas culturais e que a socialização sexual dos indivíduos não deve ser vista como a transmissão unilateral de um conjunto de normas e valores hegemônicos, adquiridos de maneira definitiva. O comportamento sexual é uma elaboração gradual que se constrói e reconstrói ao longo da vida.

Um exemplo da maneira pela qual as diferenças sociais se manifestam na sexualidade é o calendário da iniciação sexual. A idade da primeira relação é sempre mais precoce nos meios populares, mas não é certo que a herança cultural familiar represente nela um papel marcante. É na medida em que existem diferenças nas condições de desenvolvimento da juventude e nas formas de passagem à idade adulta – evidentemente não independentes da origem social – que há diferentes calendários de iniciação entre grupos. (Bozon, 2002, p. 98)

O panorama de iniciação sexual descrito pelos participantes ilustra um calendário biográfico variável, situado num espaço de tempo que varia entre os 13 e os 22 anos. Ao contrário do que afirma Bozon (2002), não foi possível tipificar os indivíduos de acordo com a origem social, nem segundo uma outra característica socio demográfica considerada neste estudo. Este autor afirma ainda que a idade da primeira relação sexual dos indivíduos em França se encontra contida num intervalo mais curto em torno da média – dois ou três anos em vez dos seis ou sete de outrora. “A sincronização temporal das experiências individuais do coito diz respeito ao desaparecimento das primeiras experiências tardias (após os 20 anos), sem que a proporção das primeiras experiências muito precoces (15 anos ou menos) tenha aumentado sensivelmente.” (Bozon, 2002, pp. 64-65). No entanto, nos participantes que englobaram o estudo, verificou-se que existiam vários casos em que a iniciação sexual aconteceu aos 20 e aos 22 anos.

Nas narrativas dos homens sobre as suas primeiras experiências sexuais pudemos ter acesso a trajetórias, práticas e experiências vividas. Estas encontram-se implicadas na construção de significados masculinos sobre saúde/doença sexual, que justificam posições/disposições, orientações, preferências e tendências. As trajetórias biográficas situam-se em contextos culturais diferentes e desenvolvem-se em processos de

socialização que se edificam no valor atribuído à sexualidade (e na forma como varia nos diferentes estratos sociais). Heilborn (1999) afirma que a cultura (em sentido lato) é responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, através de redes de significados que englobam categorizações de género, de orientação sexual e de escolha de parceiros. “Valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, dando origem a carreiras sexuais/amorosas.” (Heilborn, 1999, p.40).

Apesar da sexualidade não ser sinónimo de atividade sexual, a análise efetuada debruçou-se sobre as experiências no âmbito dos afetos e dos contatos físicos com outras pessoas, o que Heilborn (1999) designa por carreiras sexuais/amorosas. Nesta análise procurou-se mapear trajetórias e cenários e simultaneamente desenvolver uma aproximação tipológica tendo como base as características sociodemográficas dos roteiros sexuais:

Onde se combinam as diferentes marcas sociais que delimitam o campo de possibilidades dos indivíduos: origem e classe social, história familiar, etapa do ciclo de vida em que se encontram, as relações de género estatuídas no universo em que habitam. Todos estes elementos fornecem as balizas para o processo de modelação da subjetividade, entendido como as circunstâncias sociais e biográficas que ensejam o sentido do *eu*. (Heilborn, 1999, pp. 41-42).

A definição de uma primeira experiência sexual

Nas entrevistas efetuadas, a primeira experiência sexual é considerada como um momento de transição fundamental e a forma como é definida permitiu mapear quatro perfis tipológicos.

- Experiências de intimidade afetiva

Tem que haver uma disponibilidade, das duas pessoas, portanto, tem que haver qualquer coisa (...). Sim, a atração tem que ser. Mas não só a atração física, tem que haver mais qualquer coisa. (...) a maneira de ser da pessoa, quer dizer... tem que haver aquela sedução. (...) mais que a parte física é isso. (pausa) Eu acho que,

tem que se gostar da pessoa também, para se poder ter uma relação. Não pode ser só o ato físico, senão... (E43-PTE; 57 anos; ens. secundário; rel. compromisso)⁴⁸

Deve ser uma experiência que nós devemos partilhar, com quem estamos envolvidos emocionalmente, de preferência bastante envolvidos. (...) É apenas o culminar ... é uma forma de carinho, é uma forma intensa de poder manifestar carinho e afeto por outra pessoa. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem relação)

- Experiências corporais de descoberta de si próprio e do outro

Acho que qualquer rapaz... eu penso que as raparigas, embora não falem tão abertamente disso, mas penso que pelo menos os rapazes chegam a uma determinada idade e começam a descobrir o corpo sozinhos. É essa que considero a primeira experiência, embora depois seja a primeira experiência partilhada e é o que habitualmente consideramos que é a nossa primeira experiência sexual. Embora que a outra já seja também uma experiência e também é sexual. Existiriam duas primeiras. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

Eu acho que até o primeiro beijo que se dá a alguém de quem se gosta, por quem se sente atraído, pode ser considerado uma primeira experiência sexual. (...) Mesmo a própria masturbação é uma experiência a dois. A outra pessoa é que não sabe que faz parte da experiência. (risos) Há sempre alguém que está ali connosco e que, em boa verdade, está absorto. Sim, sem dúvida. A fantasia acaba por se constituir enquanto um outro. Como se ela estivesse à nossa frente e se materializasse ali de uma forma etérea, apenas para desaparecer a seguir. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

Partilhei [a primeira experiência sexual com uma rapariga] com os meus amigos com certeza. Epá, não sei [sobre o que falámos] O que posso dizer é que quando era muito miúdo, eu e os meus amigos estávamos a descobrir as mesmas coisas e chegou a haver masturbação em grupo. (...) Epá, eu acho que aprendi muito mais com esses meus amigos sobre mim e o meu corpo e o que é que me ia acontecer a seguir, sobre pêlos e aquele nóculo que nos aparece aos rapazes com 14 anos no peito, eu soube essa coisas todas com os meus amigos, não foi nem na escola, nem com os meus pais. Portanto também há essa questão, que é muito importante que é

⁴⁸ Neste trabalho, devido à natureza do objeto de estudo, optou-se por uma codificação (com a letra E) dos excertos das entrevistas aos homens, que salvaguardasse o seu anonimato e a confidencialidade, mas que permitisse a sua caracterização sociodemográfica nomeadamente: o indicador socioprofissional, a idade, o nível de escolaridade e a situação conjugal.

passar informação de uns para os outros. (E21-PTE; 30 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

- Experiências de concretização da penetração e do orgasmo

Terá que existir o contacto entre duas pessoas, terá que existir penetração. Porque eu acho que só a partir daí é que se consegue definir que realmente há uma experiência sexual porque, sei lá, se ficar só nos preliminares acho que não se chega a lado nenhum. Fez-se a parte do aquecimento e não se concluiu o resto do trabalho (Risos). (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

Acho que é uma pessoa acordar molhado. Acho que foi assim uma coisa muito confusa para mim, na altura. E depois complicado, -como é que ia justificar aquele molhado à minha mãe porque ela é que fazia a cama? (...) [que idade tinha] entre os 11 e os 12. Por acaso falei com os meus amigos lá da rua “epá, eu já...”. Já tinha ouvido falar, então naqueles bairros as coisas são... e foi giro porque, pronto uns “Epá tu já? Eu também” e outros “Só agora? Epá eu tenho cá uma experiência...” [e com a mãe falou?] Não lhe disse nada. Ela fez de conta e eu também. Eu assim um bocadito aflito não... mas depois passou. Mas foi um dia de festa, foi (...). “porra até que enfim”. (E51-O; 56 anos; ens. básico; com relação)

Acho que pode variar de pessoa para pessoa. Sei lá, aquilo que uns consideram primeira experiência sexual para outros se calhar não é, pronto. (...). Para mim, eu considero uma primeira experiência sexual aquela que comporta mesmo o sexo efetivamente. [um ato sexual com penetração?] Efetivamente. Completamente. Essa em termos assim lineares e curtos, é o que eu considero, pronto. De resto não vejo mais o que possa ser considerado, para mim não vejo mais o que possa ser considerado, não. (E17-EDL; 58 anos; ens. superior; coabitação)

- Experiências de concretização do ser homem – perder a virgindade

A primeira quando era jovem, não é, quando era... essa para mim essa é que foi a primeira, quando eu iniciei a minha vida sexual [com uma rapariga mais velha], (...) provavelmente foi ela que me convenceu. Eu penso que nessa altura, embora ache que era bem novo [14, 15 anos], mas já sabia bem o que era. Já sabia ao que aquilo devia corresponder. Íamos falando, na altura com outros amigos, que também sempre fui muito companheiro de pessoas mais velhas. Gostava mais de me juntar aos mais crescidinhos, já mais adultos. Aquilo que se passou comigo era mais ou menos o que já estaria à espera. (E11-O; 59 anos; ens. básico; sem relação)

É perder a virgindade. É ter o primeiro ato sexual com uma mulher, completo ... foi com treze anos, já não me recordo bem como é que foi a experiência, mas foi a minha primeira experiência sexual. A primeira experiência é tipo vamos provar, vamos ver como é que é, como é que não é. A primeira foi uma aventura, foi conhecer algo de novo, (...) aquilo para mim, para mim foi uma experiência nova, uma aventura “agora é que eu já sou homem”. (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação)

O que é que é uma primeira experiência? A primeira vez? Ah... isso já foi há tanto tempo... A primeira vez foi antes do 25 de Abril. Nem havia afetividade. Havia o ser homem, o ser macho, o ser.... atingir o... (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Neste último perfil⁴⁹, em que a primeira experiência sexual é caracterizada pela conquista do estatuto de ser homem através da perda da virgindade (realça-se o protagonismo do pénis num ato sexual que concretiza a perda da virgindade), destacam-se os homens mais velhos (que se encontram dentro da faixa etária dos 47-60 anos) e com um nível de escolaridade mais elevado.

Biografias de iniciação sexual

Aboim (2013) considera que a iniciação sexual continua a ser um ritual de passagem importante na sociedade portuguesa, na qual se evidenciam fortes contrastes nos contornos que envolvem uma primeira relação sexual⁵⁰. As biografias dos entrevistados caracterizam-se por uma heterogeneidade no que diz respeito aos contextos em que aconteceram, com quem aconteceram, à partilha ou divulgação do que aconteceu e ao que na realidade não aconteceu. Nos discursos dos entrevistados acerca da sua iniciação sexual emergem três tipos de padrões. Um que diz respeito ao contexto (namoro, amizade, encontro casual e prostituição) que enquadra a iniciação (caraterizada pela penetração vaginal no caso das relações heterossexuais e anal no caso das homossexuais), o segundo que incide na ocultação ou na divulgação do que aconteceu, o terceiro que se reporta à concretização das expectativas masculinas (entre o sucesso e o fracasso).

⁴⁹ O único perfil desta tipologia em que foi possível identificar alguma homogeneidade das características socio demográficas no que diz respeito à idade e ao nível de escolaridade.

⁵⁰ “Por relação sexual referimo-nos aqui à prática coital e não aos relatos das primeiras experiências, carícias, beijos, toques corporais ou mesmo masturbação mútua, que constituem também parte integrante do que é a sexualidade na vida das pessoas. Efetivamente, a definição da primeira relação sexual, mais habitualmente utilizada na pesquisa sobre sexualidade, refere-se ao coito, normalmente envolvendo penetração masculina.” (Aboim, 2013, p.55)

Os contextos

No que diz respeito aos contextos em que as experiências aconteceram, realçam-se: o contexto de namoro, de relações de amizade, de encontros ocasionais (que muitas vezes acontecem com colegas de escola ou de atividade profissional) e de prostituição.

No grupo dos homens mais novos a iniciação sexual acontece maioritariamente em contexto de relações de namoro com raparigas da mesma idade (em duas das situações foram relações que evoluíram até ao casamento, que ainda se mantém atualmente), que conheceram na escola ou em grupos de amigos, e com quem realizaram a sua iniciação sexual, que foi premeditadamente ocultada da família e da instituição escola.

Era muito novo, mas foi uma experiência boa. (...) porque nós namorávamos já há um ano, na altura. Eramos colegas de escola. Foi planeado, foi mesmo uma coisa planeada. Falámos, conversámos, chegámos a uma conclusão e aconteceu. (E8-EE; 38 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Foi com alguém da mesma idade [16 anos]. Já namorávamos há algum tempo e, pronto, depois aconteceu, proporcionou-se. (E10-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Foi com a minha esposa, com a minha atual esposa. Foi aos vinte, perto dos vinte anos. Foi planeado e falado, foi evoluindo e evoluiu bem, pronto e consumámos o... o ato. (E37-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Eram aquelas namoradas que se tinham no liceu. Portanto teria 15, 16 anos por aí. Aquilo já havia as investidas, hoje não, amanhã não... (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Neste tipo de situações, a iniciação sexual é precedida de uma exploração física e relacional feita por etapas, e que passa dos beijos, às carícias corporais, que criam a possibilidade das carícias genitais, que antecedem a penetração que ocorre ao fim de vários meses. Segundo Bozon (2002) os contatos entre pares criam uma pertença entre indivíduos da mesma idade, no âmago da qual é desenvolvida uma normatividade coletiva, são aprendidos comportamentos e são desenvolvidos percursos sexuais. Segundo o autor, tanto no caso dos rapazes como das raparigas, a influência das experiências sexuais dos amigos do mesmo sexo tem uma forte influência na “passagem à ação” dos outros indivíduos. Nas situações em que o contexto disse respeito a encontros ocasionais, estes aconteceram sobretudo com mulheres mais velhas, com quem travaram conhecimento nos percursos escolares, nos locais em que exerciam a atividade

profissional, ou em discotecas. As relações de amizade são também referidas, mas com uma expressão ténue.

Por acaso a minha primeira experiência sexual foi heterossexual. Foi com uma rapariga. Eramos os dois da mesma escola, tínhamos os dois, catorze anos. Catorze anos, começam as hormonas todas aos saltos, a brigarem umas com as outras e aquilo houve lá um momento assim coiso, e pronto. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

No que diz respeito aos homens mais velhos, o recurso a prostitutas, que não é referido no grupo dos homens mais novos, surge como uma prática comum. A necessidade de ter uma primeira experiência sexual juntamente com a imposição de não corromper a castidade das potenciais esposas, legitimava o recurso a prostitutas, o que era considerado inerente à afirmação da masculinidade. Este recurso era muitas vezes proporcionado por um familiar ou durante a guerra colonial num contexto militarizado.

Os rapazes da minha geração iam às putas muito cedo. Digamos que aos 13, 14 anos toda a gente ia às putas. (...) Em grupo e ia-se. Era uma coisa de pares, (...) eu lembro-me porque aquilo tinha consequências, no meio disto fiquei com blenorragia. A minha mãe descobre porque aquilo tem um corrimento. (...) Aquilo era divertido. Sabe que o drama do... quando lhe falava há bocado do catolicismo, a coisa era, as putas, as santas e o delfim lá atrás. Perdíamos-nos com as putas e casávamos com as santinhas. (E46-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

Naquela altura, quando nós nos iniciávamos, não era com as namoradas, íamos a prostitutas. Pagávamos e íamos. (E43-PTE; 57 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Para mim foi uma novidade. Recordo-me perfeitamente. Lembro-me como se fosse hoje. Tinha dezassete anos. Foi o meu padrasto que me levou, a uma casa de meninas na altura. (...) ainda hoje me recordo perfeitamente. Acho que ele foi um grande homem. Foi uma experiência maravilhosa, apesar de ter sido com uma pessoa... enfim... (...) Namorava, tinha namoricos e não sei o quê, mas concretamente aquele ato sexual verdadeiro e de experiência pura, vamos assim entender... Eu, eu fui um passarinho na mão de uma gaiivota enorme, já velha se calhar. Devia ser pessoa para uns trinta anos. Dez anos mais do que eu para aí. (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Neste contexto evidencia-se uma prática iniciática desvinculada de conjugalidade ou de um contexto amoroso, mas orientada para a iniciação sexual (uma espécie de ensaio) e para a experimentação de prazer. Realça-se ainda que no contexto social em que ocorria a iniciação sexual dos homens mais velhos, a idade da iniciação sexual para as mulheres era mais tardia ou já acontecia enquadrada pelo casamento (sob uma considerável influência da igreja católica e dos valores que defende em relação à sexualidade feminina) o que as inviabilizava como parceiras sexuais. Um dos entrevistados mais velhos descreve ainda a sua experiência com uma empregada doméstica interna, seis anos mais velha, que assumiu o papel da iniciadora. Neste tipo de situações a inexperiência sexual é muitas vezes assumida pelos homens, que se entregam a estas mulheres na procura de um conhecimento prático sobre os segredos do sexo e do corpo. Este tipo de situações ocorria no espaço doméstico, com uma cumplicidade anuente por parte das famílias que tinham posses económicas para tal.

E aquela foi a 1ª e lembro-me. Até tenho presente que me assustou um bocadinho. Não pelas expectativas, era pela interação física de dois corpos e haver penetração. E essas coisas todas eram trocas a mais a que eu não estava habituado porque não tinha havido nada antes. Aquilo parecia um bocadinho a caminho de violência física e de intromissão no corpo do outro, era intimidade a mais. Depois de passado o medo, tomei-lhe o gosto. Depois disso fui comprar uma coisa chamada “A nossa vida sexual” (...) e lembro-me que li aquilo com uma avidez levada do demónio. Aquilo para mim era uma bíblia. Tinha a verdade e desmistificava tudo o que entre amigos adolescentes contávamos uns aos outros ou ideias que tínhamos do que era o nosso corpo sexual, ali. Ajudou a perceber a parte e a perceber parte daquilo que eu estava a fazer, que dava jeito não era? A minha iniciação é típica da minha geração. Havia umas raparigas que vinham da província para trabalhar e a minha iniciação foi feita com ela. A princípio com algum medo, mas depois com alguma graça e era um modo de estar que não era mau. Não criava grandes pressões para além dos medos de não querer ser pai, não engravidar ninguém, essas coisas, aquilo corria mais ou menos bem e eu não tinha grandes obrigações em relação a nada. Epá isso dava um jeito. (...) era mais velha. Se eu tinha lá pelos 16, ela tinha 22, 23, por aí. (E30-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

Entre os homens cuja experiência ocorreu num contexto ocasional, o bairro onde moravam e conviviam com outros jovens surge como um espaço privilegiado para a conquista de parceiras e para a concretização do ato sexual.

Para alguns dos homens mais novos a iniciação e as práticas sexuais são consideradas como uma forma do exercício do poder feminino, que por vezes desencadeia a sensação de serem instrumentalizados.

Hoje em dia, como diz um amigo meu, “Pá, elas...” Não posso dizer isto que estamos a gravar... Mas, “Pá, elas é que pegam em ti, meu... levam-te para a cama. Epá e a seguir 'cagam em ti' porque, tipo, mandam-te embora, porque tu já estás a chatear. Portanto, esta 'merda' está toda do avesso, meu. Eu não sei o que é que a gente tem de fazer, mas temos que reganhar o controlo”. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Os *scripts* interpessoais organizam as interações e proporcionam pistas para os indivíduos interpretarem e estruturarem os comportamentos, reduzindo a ambiguidade das situações. Alferes (1997) considera que a comunicação representa um dos aspetos centrais nos *scripts* interpessoais e é através dela que um potencial encontro sexual se transforma numa troca sexual explícita (Gagnon & Simon, 2005). Para Goffman (1993), na vida quotidiana constata-se de forma clara a importância das primeiras impressões. Nos encontros com as/os potenciais parceiras/os sexuais as interações são mediadas pelas primeiras impressões⁵¹.

Nos entrevistados mais jovens, o contexto de relação de namoro teve mais visibilidade na iniciação sexual e caracterizou-se pela simetria de idades e por uma evolução na relação que conduzia a um percurso a dois, planeado antecipadamente para ser ocultado dos pais.

Entre a ocultação e a divulgação do acontecimento

A forma como os entrevistados lidaram com o que aconteceu, situa-se numa encruzilhada entre o secretismo e a divulgação copiosa. No que diz respeito à primeira, o silêncio emerge como uma característica muito marcante que se consubstanciou na:

- Mentira: uma estratégia para evitar o confronto com a realidade

Nós nunca admitimos aos nossos amigos que não sabemos fazer, que somos inexperientes, que ainda não fizemos aquilo que eles contam que já fizeram, não é? Claro que não, “isso é uma coisa que já aconteceu há uns tempos”, acho que deve

⁵¹ Goffman (1993) define a interação como a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros numa situação de presença física imediata. Considera ainda que *uma* interação inclui “a totalidade da interação, seja qual for o seu momento, em que determinado conjunto de indivíduos se encontram continuamente presentes uns aos outros; o termo «encontro» designará a mesma realidade” (Goffman, pp. 26-27)

ter sido mais por aí. [Já tinha acontecido nas conversas antes de ter acontecido na realidade?] Ah, supostamente, sim, sim. (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação)

Levou-me para a casa dela e depois aquilo tudo aconteceu (risos) mas eu também não me desfiz, não disse que era virgem. (risos) (E55-O; 31 anos; ens. básico; sem relação)

- Segredo: dos assuntos pessoais aos assuntos conjugais

Era algo que me dizia respeito só a mim. (E10-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Isso ficou só entre nós [o próprio e a namorada], sempre. (E8-EE; 38 anos; ens. básico; rel. compromisso)

- Silêncio: entre os tabus e a imposição de uma moralidade que omite a homossexualidade

Naquela altura havia aqueles pudores e não, nem com amigos [falei sobre o que aconteceu]! Eu nunca fui aquela pessoa de contar a minha vida amorosa ou o que fiz ou o que deixei de fazer, ou como fiz. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Nunca contámos a ninguém, durante o período em que isso decorreu. Não faço a mínima ideia se esse rapaz contou alguma vez a alguém. Agora eu falo disto com uma certa abertura, mas, foi algo que me constrangeu durante muito tempo, numa altura em que eu passei uma fase muito depressiva da minha vida... foi uma experiência que me levou inclusive a questionar a minha própria orientação sexual [assume-se como heterossexual]. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

- Salvaguarda da honra da rapariga envolvida

Isso na minha terra... Deus me livre se eu contasse isso a alguém. Porque é assim, na minha terra, toda a rapariga que namorasse com um rapaz e não casasse com ele já não casava na terra. Portanto nem me passava pela cabeça fazer um comentário desses. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem relação)

No que se refere às situações que se caracterizaram pela partilha ou pela divulgação do acontecimento, realça-se a perceção do início da atividade sexual como a expressão de uma mudança de estatuto legitimador da masculinidade. Neste contexto, o ato sexual é partilhado com os pares ou com familiares, que na sua maioria são homens com quem existe maior proximidade e junto dos quais procuram validar o sucesso do evento.

É claro que na altura se falava logo com os amigos. Havia aquele grupo de amigos mais próximos. Na altura era mesmo isso. Era cada um com a sua conquista e depois, havia aquela coisa da partilha da conquista. [correspondeu às expectativas?] Não. Não. Se bem que depois quando se conta a história, transforma-se aquilo num... num grande acontecimento. Mas não, pela inexperiência pelo nervosismo próprio da situação, pela idade, acho que fica muito aquém daquilo que... da expectativa que se tem. Mas conta-se uma grande história, “sou o maior”. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Foi-se namorando e é aquela curiosidade dos 16 anos, não é, em que se ouve os outros que dizem que já fizeram e que aconteceram e nós também queremos fazer. Se não fizermos depois ficamos para trás. (E57- EDL; 48 anos; ens. secundário; sem relação)

Contei ao melhor amigo, claro! (risos) Foi a primeira coisa. Era o meu melhor amigo, que morava mesmo na porta à frente da minha. Ele até estava a dormir. Eu fui lá acordá-lo. “Lembras-te daquela e tal?” Claro, claro. Fui logo gabar-me, claro. Na altura... é claro que uma pessoa quando é adolescente, então rapaz, parece que aquilo é um troféu enorme. (E25-EDL; 32 anos; ens. secundário; com relação)

O enaltecimento da conquista, centra-se nos aspetos valorizados pela rede social que rodeia os sujeitos e que os situa no que é considerado como a parceira ideal. As parceiras a que têm acesso são marcantes para os próprios e para os outros e contribuem para modelar a perceção que têm deles próprios com base no julgamento feito pelos pares (Heilborn, 1999).

Goffman (1993) afirma que:

Quando um individuo desempenha um papel exige implicitamente dos seus espetadores que levem a sério a impressão que neles procura suscitar. É pedido aos outros que acreditem que a personagem que estão a ver realmente possui os atributos que parece possuir, que a ação que desempenha tem as consequências que implicitamente afirma, e que, de um modo geral, as coisas são o que mostram ser. Nesta ordem de ideias, encontramos a conceção muito difundida segundo a qual o indivíduo organiza o seu desempenho e exibição “em intenção das outras pessoas”. (p. 29)

No grupo dos homens entrevistados foi frequente referirem experiências de iniciação com mulheres mais velhas, num contexto ocasional, que nos homens mais

velhos era proporcionado pelos bailes, pelos locais de trabalho ou pelos cafés onde confraternizavam à noite. A conquista de uma mulher mais velha para a iniciação sexual surge como sendo valorizada pelos próprios e pelos pares, e como a superação de um desafio à arte da sedução e a um desempenho “à altura” de uma mulher experiente:

Eu tinha 18 anos e andava com uma rapariga com 25 ou 26. Espetáculo! Quer dizer, é de uma pessoa chegar ao pé dos amigos e contar a toda a gente. Que era mesmo assim, era da idade. (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem relação)

Era mais velha, eu tenho sina... (risos) 13 anos [mais velha]. Por acaso era divorciada, tinha um filho e era do local de trabalho. Comentei com esse meu amigo que é como se fosse um irmão para mim (...). (E22-EE; 31 anos; ens. superior; sem relação)

A concretização das expectativas masculinas: entre o sucesso e o fracasso.

A heterogeneidade dos processos sociais que emergem no valor que a sexualidade ocupa em determinados nichos sociais e nos roteiros específicos de socialização com que os indivíduos se deparam, ilustra diferentes formas de encarar uma primeira experiência. A gestão da atividade sexual por parte dos sujeitos alicerça a constituição das suas identidades de género (Heilborn, 1999). Os valores humanos implicados na sexualidade são abrangentes, quer ao nível da vivência pessoal de cada um, quer ao nível do que é transmitido pela cultura. Bancroft (1989) define 10 funções do sexo partindo do mais genérico que tem implicações para a sobrevivência da espécie, a da reprodução. As outras nove dizem respeito a fonte de prazer, redução da tensão, correr riscos como fonte de excitação, exercício do poder ou dominação, expressão de hostilidade, afirmação da masculinidade e da feminilidade, estímulo e manutenção da autoestima, reforço das relações a dois e da intimidade e ganho material (visado pela prostituição).

A iniciação sexual integra-se num processo de constituição da masculinidade adulta, apesar de no discurso dos entrevistados não se evidenciarem outras marcas sociais evidentes que sinalizem a mudança de estatuto etário. Neste contexto, realça-se que as trajetórias biográficas dos homens entrevistados já aconteceram há algumas décadas e nas quais ocorreram algumas mudanças sociais.

A descrição da sensação de medo, de desconhecimento do que os esperava (ou do que era esperado deles) e da premência da experiência espoletada pelo desejo, pela atração ou pela curiosidade, atravessa muitos dos discursos.

Era o amor da minha vida e decidimos: vamos provar, vamos ver como é que é. Aquilo foi assim um bocado tudo a tremer sem saber ao certo, foi na praia mesmo. (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação)

A minha primeira experiência sexual foi, curiosamente, homossexual. Foi uma experiência que nasce de uma brincadeira, numa altura em que acho que toda a gente está à procura de explorar os campos da sexualidade. Tinha cerca de 15 anos, e nasce de uma brincadeira com um amigo exatamente da mesma idade. E foi uma coisa extremamente assustadora para mim. Havia um absoluto vazio emocional. (...) Era uma coisa de pura exploração física. Das sensações físicas que a coisa proporcionava. Sendo que foi uma experiência puramente de penetração. Portanto, não havia carícias, não havia beijos. Não havia nenhum tipo de romantismo ali à volta. Foi uma experiência de sexo puro e duro, como diz o outro. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

Um aspeto que sobressai no grupo de homens mais novos é a diluição entre as fronteiras da heterossexualidade e da homossexualidade. Dois dos entrevistados, apesar de se assumirem como heterossexuais, descrevem a sua primeira experiência sexual com outros homens (experiências vividas em silêncio e ocultadas dos amigos e dos familiares) e um dos homens que se assume como homossexual descreve a sua primeira experiência com uma mulher (que aconteceu num lugar público).

A transformação de um encontro ou de uma interação numa troca sexual explícita inclui as encenações privadas do desejo e a regulação do comportamento pelos *scripts* interpessoais relevantes, que integram traços das “técnicas eróticas” adequadas e representações sociais do desenrolar do próprio ato sexual (Alferes, 1997).

Aboim (2013) afirma que atualmente os discursos sobre sexualidade considerados lícitos são muito mais variados do que no passado. A autora considera ainda que:

Os imaginários da sexualidade são permeados pela ideia do prazer como “normal” e por lógicas de incitamento à experimentação, que nem sempre encontram correspondência no “sexo” que realmente se faz e, em geral, nas vidas sexuais de homens e mulheres. Muitas vezes, a demonstração de uma experiência sexual feliz, guiada pelo hedonismo dos tempos modernos, fica muito aquém da realidade. (Aboim, 2013, p.74)

Foi mais ou menos imprevisto. Estava numa festa. E era lá na rua dos meus pais. Foi lá no Bairro. Eu cresci nos Olivais. Na altura aquilo havia muita gente, aqueles

espaços verdes todos, aqueles jardins que ainda hoje há. Havia bandos, eramos centenas de miúdos, miúdas de lá também. Depois havia aquelas festinhas das caves porque não havia isso de boîtes, não havia nada. Mas não foi no dia que a conheci. Foi algo que apareceu. Não havia nenhum relacionamento prévio. (...) A primeira vez não correspondeu [às expectativas] muito bem. Nem a primeira nem a segunda vez. Eu estava muito nervoso muito ansioso. Só depois é que as coisas se começaram a compor, com mais vezes. Por acaso foi com a mesma rapariga. (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Perdi a virgindade em Africa, veja bem. Em Africa. Estava num quartel algures na zona centro, numa viloriazita e epá e houve um dia em que apareceu lá uma preta muito jeitosinha e assim... “Olha e porque não? Embora!” Meti-a no jipe, fomos lá para o mato e foi uma frustração do carago. Eu diria assim, nem chegou a correr. (risos) (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Não [correspondeu às expectativas]. Não. Se bem que, depois, quando se conta a história transforma-se aquilo num... num grande acontecimento. Mas não, pela inexperiência, pelo nervosismo próprio da situação, pela idade [15, 16 anos], acho que fica muito aquém daquilo que... da expectativa que se tem, que se criou. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Aboim (2013) defende que o medo de não ter um bom desempenho sexual tem aumentado entre os mais novos. “Sem dúvida, a sexualidade tornou-se também um espaço onde os desempenhos sexuais são analisados e escarpelizados, mesmo ameaçados pelo receio do falhanço, de ‘não estar à altura’ do que se espera, do que o outro espera.” (p.75). Não obstante, para quase todos os entrevistados o sucesso do acontecimento centra-se muito em conseguir ter ereção para concretizar a penetração e ter orgasmo.

Normalmente as primeiras experiências são sempre traumatizantes. As primeiras são para esquecer como se costuma dizer. São para esquecer. Epá... e acho que isto se passa mais nos rapazes do que nas raparigas, diria eu. Há sempre uma ansiedade muito grande e há sempre... cada vez mais o desempenho e essas coisas todas. Eu diria que 99,9% no caso dos homens e se calhar no caso das mulheres também, das raparigas, admitindo que... isso tem muito a ver com, lá está, tem muito a ver com a educação que a pessoa tem, da maneira como a pessoa está condicionada pela educação que teve, pelas ideias que lhe meteram na cabeça e nós temos a prova disso. Quem vive no nosso clima, no nosso clima não, na nossa sociedade, muito condicionada por regras, por princípios muito rígidos, nomeadamente os da igreja

católica, acaba por ter uma forma de se iniciar e de viver as suas primeiras relações diferente de quem vive por exemplo nos trópicos ou em países que não têm nada. Epá deixem, “Gostas? Está bom? Está? Porreiro, assim é que está bem”. Acho que isto tem muito a ver com isso. (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

(risos) Eu vou falar por mim, a minha primeira vez, xii Deus me livre, eu parece que voava, eu voei. Eu sei lá, é uma loucura, foi maravilhoso, pronto. Embora eu, nos momentos iniciais, fossem os nervos e... e será que eu..., lá está a mania do homem, “Será que eu fiz bem, que não fiz bem?” (E53-EE; 51 anos; ens. básico; sem relação)

A pessoa está naquela ansiedade de, “como é que vai correr, vai correr bem? Vai correr mal? Como é que vais ser depois?”, é isso é. Pode não correr bem. (risos) (E43-PTE; 57 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Mas também foi aos treze anos que também tive a minha primeira experiência sexual. Ela teria na altura 16. Era um relacionamento de liceu. Não foi nada traumático. Eu tenho colegas meus que não têm nenhuma boas recordações dessa altura, a maioria, aliás. Não se sentiram satisfeitos, apesar da maioria dizer que sim, mas não. Outros não chegaram ao ponto de ter, apesar de socialmente dizerem que sim, só muito mais tarde é que vieram a ter. Os que tiveram não era o que estavam à espera, ou porque o ambiente não se proporcionou, ou porque foram empurrados, ou porque “tens que ir” ou “tens que fazer”. (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Nos homens mais velhos, em que a iniciação sexual acontecia com prostitutas é muitas vezes relatado o insucesso face ao tipo de experiência. No entanto, quase sempre a decepção é acompanhada da reiteração da experiência e da procura de uma aquisição progressiva de aprendizagens que permita a concretização das expectativas iniciais.

A primeira, a primeira de todas foi uma desilusão completa, foi uma desilusão completa porque... não foi nada, pronto não foi nada. Às vezes íamos em grupo, todos em fila, à espera da sua vez (risos) era um bocado assim nessa altura. Pois, e sujeitávamo-nos às doenças venéreas (...) (E43-PTE; 57 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

A minha experiência sexual começou em África (Angola). Era um rapazinho novo, logicamente que, (risos), esta agora é que eu não estava à espera, mas eu digo, a minha experiência sexual, estava eu para aí com 17, 18 anos, e foi como uma indígena. Na altura, as brancas não faziam isso. Foi isso mesmo, foi a curiosidade

com outros colegas meus, havia lá bairros próprios onde eu vivi. Com curiosidade alinhei com os outros. Eu nunca fui sozinho, por acaso para esses sítios nunca fui sozinho. Foi um fracasso total, durante uma série de anos, depois é que comecei a aprender, felizmente. Éramos amigos na altura, éramos 3 ou 4. Era um fracasso total, mas não deixávamos de lá ir. Voltávamos para ver se aquilo melhorava. (E44-PTE; 60 anos; ens. superior; sem relação)

Para compreender os tipos de interação acerca do comportamento sexual, o conceito de *script* é particularmente útil. Aspetos como o controlo, a iniciação e a dominação têm um papel crucial nos *scripts* do comportamento sexual dos homens e das mulheres. Estes *scripts* têm sido enfatizados na pesquisa sobre negociação sexual (que inclui o planeamento familiar e a prevenção da infeção pelo VIH), na tomada de decisão (definição de sexo consentido e não consentido). Alguns aspetos centrais dos *scripts* sexuais incluem quem toma a decisão de iniciar e quem define os limites dos encontros sexuais.

O *script* de género tradicional define que o homem é que toma a iniciativa e que a mulher impõe os limites. No entanto Ehrhardt (2000) refere que existe evidência de que as mudanças sociais conduziram a alguma variação nesta definição de papéis de género e que a maioria dos homens apesar de reconhecerem que os *scripts* de género tradicionais existem e de que é esperado que sejam eles a iniciarem encontros românticos e sexuais, sentem-se intimidados por essa expectativa. Por outro lado, quando são as mulheres a tomar essa iniciativa, denota-se uma grande ambivalência por parte dos homens, obrigando-os a compreender e a gerir diferentes oportunidades. Não obstante, Bozon (2002) considera que contemporaneamente há uma tendência (mais notória nos países desenvolvidos) para os parceiros sexuais valorizarem a reciprocidade e a satisfação individual, para atenuar as expectativas sobre a iniciativa exclusiva do homem e a passividade feminina.

Segundo Alferes (1997) “Mais do que discutir as normas e categorizações ideológicas da heterossexualidade, homossexualidade ou da bissexualidade, importa aqui sublinhar a existência de *scripts* sexuais isomorfos, enquanto estruturas cognitivas socialmente construídas.” (p.37)

Na análise de conteúdo sobre as biografias de iniciação sexual procurou-se ainda explorar as implicações que poderiam existir na vulnerabilidade à doença sexual. De acordo com uma das entrevistadas do campo dos protagonistas da saúde sexual, a

vulnerabilidade está muito relacionada com as expectativas sociais que se impõem nos quotidianos destes homens e nos rumos da sua saúde sexual.

De facto a sexualidade dos homens não é uma sexualidade permitida, é uma sexualidade obrigatória e já foi mais do que agora é. Não era possível dizer que não nunca, o desejo era uma coisa que devia estar sempre presente e se não estivesse o desejo pelo menos a ação, isso transformá-los-ia sempre ou devolver-lhes-ia mais a masculinidade. E isto leva a mais ação em qualquer situação, portanto não depende da escolha, mas parece uma escolha, não é? E, paradoxalmente todas as medidas que têm sido desenvolvidas no sentido da prevenção destes comportamentos, elas próprias também são negadas, nomeadamente o uso do preservativo: “tira o prazer, é uma coisa que... é como comer um reбуçado com papel”, enfim, tudo aquilo que se ouve. Que potencia estes comportamentos [de exposição ao risco de IST]. Portanto, os comportamentos devem acontecer e devem acontecer na pior das situações. Tudo o que é prevenção é como se retirasse... o poder, o poder daquele encontro. E provavelmente isto está por trás destes números [taxas de infeção pelo VIH/SIDA nos homens portugueses]. Este tipo de educação que é dado aos homens.
(P3-mulher; psicóloga e sexóloga; clínica privada)

As perceções que os homens têm de saúde e doença sexual podem ser determinantes nas práticas que adotam desde o início da sua atividade sexual. Neste âmbito, procurou-se mapear as perceções que tinham sobre o que consideravam importante para haver uma experiência sexual positiva e satisfatória e identificar os “riscos percebidos” como estruturadores das práticas.

Os pressupostos de uma experiência sexual positiva.

Para os homens entrevistados existem requisitos para aquilo que designam como entendimento sexual, nomeadamente:

- **Atração**

Acima de tudo tem que haver química porque se não há química não vale a pena. Falo por mim, não vale a pena, não dá, não dá. Nem ele [o pénis] colabora tão pouco. Tem que haver ao menos alguma química, algum... algo que impulse a coisa. (E22-EE; 31 anos; ens. superior; sem relação)

Eu traduzia isso... acho que traduzia isso numa palavra muito simples, se não houver química não ... acho que não... não há entendimento. (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

- **Cumplicidade nas práticas**

As pessoas presumidamente terem os mesmos gostos ou seja... aceitarem as opções dos outros sem que isso as fira. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Tentem perceber-se uma à outra e que conversem, mas enfim. Penso que talvez é mais em termos físicos. Tentar perceber o que é que as pessoas esperam daquilo e o que é que é mais agradável para elas ou menos agradável e enfim tentar. (E42-EE; 52 anos; ens. secundário; sem relação)

- **Prazer mútuo**

Estarem os dois a querer efetivamente e depois na minha opinião é o que decorre mesmo do próprio ato sexual, ou seja, ou é a pessoa estar atenta ao outro. Estar satisfeito com o que está a fazer, mas estar com atenção para que o outro também esteja satisfeito com isso e, portanto, que os dois beneficiem com o que se está a fazer. (E17-EDL; 58 anos; ens. superior; coabitação)

- **Não haver tabus**

Precisa-se de ultrapassar as barreiras, não se ficar preso a tabus, a mitos, a estas coisas. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

- **Comunicação**

Desinibirmo-nos muito mais nas práticas sexuais mais correntes ou mais divergentes. E eu acho que... para que duas pessoas tenham uma vida sexual saudável, é muito, muito importante sentirem-se bem uma com a outra. E, sendo a comunicação a base do entendimento, eu acho que é muito importante as pessoas sentirem-se à vontade para conversar sobre todo e qualquer tema. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

- **Respeito pelo outro**

É o respeito pelo outro. É quando... é saber parar sem perguntar. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

- **Confiança**

Primeiro que tudo, haver confiança mútua. A confiança, eu falo por mim, a confiança é muito importante. (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

- Amor

Tem que haver amor, tem que haver, para haver uma relação sexual, tem que haver amor, tem que haver cumplicidade entre um e outro, tem que haver carinho. (E36-PTE; 40 anos; ens. básico; coabitação)

No que diz respeito à confiança, realça-se que este aspeto é enfatizado pelos homens com ensino básico, sem que a idade seja discriminatória nesta categoria. Já no que diz respeito ao amor, também se caracteriza por englobar apenas homens com menores níveis de escolaridade, mas pertencentes ao grupo dos homens mais novos. Para estes o amor surge como a validação do sexo vivido de uma forma satisfatória e com plenitude, evidenciando trajetórias em que a iniciação sexual concretiza afetos que devem perdurar para além do ato.

Apesar da sua natureza privada e ambígua, os universos de representações e a diversidade de sentidos que a saúde/doença sexual assume para cada indivíduo (bem como a forma como orientam as suas atitudes e comportamentos) são fundamentais para a promoção da saúde sexual masculina.

2.2 Perceções e preocupações masculinas em contextos arriscados

Questionar os homens de uma forma objetiva acerca das suas preocupações com a saúde sexual não esgota a abordagem das razões subjacentes à procura de cuidados de saúde sexual. Não obstante, a análise dos relatos dos entrevistados contribuiu para desvendar lógicas implicadas nessa procura, que envolvem as representações masculinas sobre saúde/doença sexual e convocam as expectativas e as orientações normativas que lhes estão subjacentes.

Conrad (2007) considera que o desenvolvimento do conhecimento e do poder da medicina e dos conceitos médicos teve um forte impacto nos últimos sessenta anos. Com o declínio do discurso religioso, a medicina e a psicologia constituíram-se como os pilares de uma normatividade mais tecnicista das condutas e dos funcionamentos sexuais (Bozon, 2002). Concomitantemente, sob a influência do surgimento da infeção pelo VIH/SIDA, a preocupação política e clínica sobre a sexualidade enfatizou uma “visão epidemiológica da sexualidade”. Neste contexto, uma linguagem mais “sanitária” acerca das práticas

sexuais, os discursos sobre os riscos relacionados com as práticas sexuais e a prevenção das IST ganharam protagonismo (Bozon, 2002).

A despreocupação com os problemas sexuais e com a sua prevenção⁵² desde a iniciação sexual

Metade dos homens entrevistados referiu despreocupação no que se refere à ocorrência de problemas sexuais e à sua prevenção. As justificações que referem, apesar de serem muito variáveis, incidem sobre:

- Imprevisibilidade e urgência do ato sexual

Esta categoria emerge no discurso de homens com níveis de escolaridade mais baixos que consideram que o primado do desejo subjacente à concretização de um ato sexual inesperado, tendencialmente privilegia a lógica do prazer e suprime a lógica preventiva apesar de terem a percepção do perigo.

Pois, mas por vezes é difícil tomar... em certos momentos é difícil tomar essas decisões porque quando é de início, ah tudo bem vou tomar, mas quando se está naquela flor do coiso... “epá pronto olha, vai, siga para a frente e seja o que Deus quiser”. No meu caso tento sempre “epá calma aí, refreia a cabeça, toma lá as precauções”, (...) ao fim aquilo é tão bom que acaba por esquecer. É perigoso, é perigoso sem dúvida. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

De acordo com Bertone e Camoletto (2009), o desejo dos homens heterossexuais tem sido assumido como uma expressão “natural” e edificante da masculinidade. No âmbito de uma conceção naturalizada da sexualidade, o desejo sexual dos homens é percebido como uma força motriz, um instinto natural que impõe a procura do alívio e da satisfação no orgasmo. No entanto, as autoras defendem que as reflexões teóricas remetem para a necessidade do questionamento desta visão monolítica da masculinidade e para a pertinência da heterossexualidade masculina deixar de ser um objeto analiticamente opaco (Camoletto & Bertone, 2010; Connell 2005).

Em relação à sexualidade e ao comportamento sexual, a masculinidade hegemónica (e heteronormativa) pode ser concretizada por homens mais jovens através da negação de relacionamentos emocionais, da perseguição egoísta do prazer sexual e da participação numa cultura de triunfos sexuais (Barrios & Lundquist, 2012).

⁵² O termo prevenção é aqui entendido numa perspetiva de saúde pública que diz respeito aos comportamentos destinados a evitar a propagação de doenças sexualmente transmissíveis.

No entanto, mais de metade dos entrevistados considerou que, no âmbito das IST, a preocupação e a adoção de comportamentos preventivos são similares nos homens e nas mulheres. Independentemente do género, consideram que existe uma consciencialização do perigo, mas face à impetuosidade do desejo, a lógica medicalizada e a normatividade implicada na prevenção acaba por ser relegada para segundo plano.

Eu acho que há situações em que pode variar perfeitamente. Eu acho que é humano tu teres momentos em que baixas a guarda. Consciente ou inconscientemente. Pode ser por exemplo numa situação em que tu estás muito bem, surge uma paixoneta, surge um imprevisto, surge uma hipótese de... proporciona-se e provavelmente um ou outro baixa a guarda. Ou porque não tem camisinhas à mão ou porque não sei quantos e a coisa vai na mesma e pronto. Epá acho que tem muito a ver com o momento. Eu penso que a seguir, se as pessoas pensam, se têm dois minutos para pensar vão dizer “Mas que merda que eu fiz!”. Diria que é uma vida de alto risco consciente. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

- Desconhecimento ou relativização do risco

Esta categoria realça as narrativas dos homens mais velhos, que enfatizam o impacto de a sexualidade ter sido considerada como um assunto tabu até aos anos 70, a relativização do perigo influenciada pela socialização aos riscos no terreno da guerra colonial e o acesso “fácil” a recursos terapêuticos para o tratamento de IST nas décadas de 60 e de 70. Neste contexto também descrevem abordagens alternativas para alguns dos problemas que evitavam o recurso ao médico e aos cuidados de saúde.

Uiii...isso haviam terapêuticas do arco-da-velha. Ele desde... raramente um individuo... pelas situações que conheço, raramente um individuo recorria ao médico para se tratar quando eram estes parasitas. Das duas três, ou utilizava a Gillette e rapava tudo... houve indivíduos que tentavam matá-los com o álcool, os ditos parasitas, o que sendo o álcool um produto abrasivo aquilo era desagradável. Houve indivíduos que eu conheci que fizeram isso com o JP4 que é o combustível utilizado para os aviões, derivado do petróleo, mas que também causava algum desconforto, outros usavam o pó DDT. Nessa altura, à parte da história dos “chatos”, havia aquela história dos esquentamentos, como as pessoas falam, e que para isso normalmente terapia caseira não me lembro de nenhuma. Era normal recorrer-se a um médico então, para tratar dessas situações. Já tinha um outro envolvimento. Porque aquilo ao fim de uma semana se continuasse a questão dos

escorrimentos e mais não sei o quê, aquilo já era a Penicilina. (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

Por conversas dos meus amigos mais velhos que fizeram a guerra colonial. Traziam o discurso e traziam maleitas. Nas conversas connosco diziam “tenham lá cuidado porque isto pode acontecer, não sei quanto e as galiqueiras”. Eu comecei a trabalhar muito cedo nas fábricas e havia a questão de ir, de recorrer às prostitutas de borda de estrada. A partir do momento em que tu entras no mundo do trabalho tu comesças... Quer dizer eu comecei a trabalhar com 11 anos numa serração, os mais velhos falavam de tudo connosco quanto mais não fosse “E tu tens que ir comigo, tens que ir. Eu levo-te lá. Tens que fazer a primeira. Mas olha, depois vê lá, tem que se ver se a tipa cheira bem, porque se não cheirar bem é melhor não sei quê.” Aquelas coisas, pronto. Sobre a galiqueira ou esquentamento, o normal era dizerem “vê lá se vais a pé e voltas montado a cavalo”. Pronto, havia essa socialização de, digamos de passagem à idade adulta normalmente com uma prostituta, mas ao mesmo tempo havia um certo coiso “Alto que há coisas...” Era o alertar para coisas que podiam não correr bem: “Se tens esse sintoma o melhor é ires imediatamente ao farmacêutico” porque ao médico ninguém ia, não é? “É ires ao farmacêutico porque ele sabe o que é que há-de fazer” e pronto. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

As pessoas estavam-se nas tintas para a proteção, e era uma coisa de homem, andar para ali com as pernas afastadas com aquilo tudo esquentado. (E46-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

Prazeres (2003) afirma que a utilização de preservativo é mais efetiva se a capacidade de comunicação e de negociação entre os parceiros sexuais for boa. Fatores como a má acessibilidade, o custo elevado, a natureza esporádica da atividade sexual, a falta de informação sobre o uso correto, inibições na comunicação entre parceiros e normas e códigos sexuais rígidos, constituem barreiras à utilização dos preservativos. Segundo o mesmo autor, alguns estudos efetuados em diferentes locais geográficos mostram que a utilização do preservativo masculino, apesar de estar a aumentar nos homens mais novos, continua a ser pouco consistente. Refere ainda que a opção pela não utilização parece ser fundamentada em crenças e resultar de uma avaliação circunstancial do risco que o parceiro sexual parece representar e que uma parte significativa dos homens que afirmam usar o preservativo dizem que o fazem de forma esporádica.

No grupo dos mais novos, vários homens mencionam que quando ocorreu a sua iniciação sexual não sabiam como utilizar um preservativo, e os que sabiam, referem que tinham dificuldades em os adquirir. Referem ainda que a prioridade se centrava na concretização de todas as oportunidades para a ocorrência de relacionamentos sexuais.

[teve um amigo que faleceu com SIDA e considera que isso o alertou para a importância de utilizar preservativos] Era traumatizante comprar uma caixa de preservativos. Eu tinha que estar sempre à espera. Então as farmácias aqui que nunca estão vazias... E agora imagine o que é estar ali quase uma hora, uma hora e tal, a entrar e a sair de dentro da farmácia para tomar coragem. E depois era assim: “É agora!”, mas quando chegava ao balcão voltava para trás (Risos) (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Nos discursos dos homens mais novos, a relativização do risco também surge edificada numa “improbabilidade epidemiológica” (fundamentada pelo acesso aos dados epidemiológicos das IST em Portugal através da internet) e numa avaliação laboratorial posterior aos contatos sexuais desprotegidos, que lhes permite constatar a inconsequência do comportamento (através da obtenção de resultados negativos), e reiterar as práticas *arriscadas*. Em muitos dos relatos os homens evidenciam que a noção de risco, apesar de não ser desprezada, não é convocada e que a lógica preventiva é percebida como estando em concorrência com outras lógicas sociais estruturadoras das práticas sexuais.

Com menos visibilidade nos discursos, o consumo de drogas e de álcool é mencionado como indutor de práticas pouco seguras e as dificuldades em manter a ereção durante e após a colocação do preservativo é referida por alguns dos homens mais velhos.

A atividade sexual com mais uma componente que não era nosso hábito [o preservativo]. Às vezes nem sempre é fácil a habituação. (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Em Portugal, os jovens e os adolescentes do sexo masculino têm índices elevados de IST que são ignoradas pelos próprios ou tratadas com *remédios* caseiros sugeridos por outros rapazes (Prazeres, 2003). Nos homens mais velhos tem sido evidenciado um número médio de parceiros mais elevado, e a utilização de álcool e de outras substâncias (que interferem no *controlo* sobre as relações sexuais) são mencionadas como estando diretamente relacionados com a disseminação do VIH/SIDA (Luck, Bamford & Williamson, 2000).

A saúde sexual, tanto para as mulheres como para os homens, está relacionada com a autodescoberta da sexualidade, a autodefinição e a autoaceitação, e inclui a aceitação e as sanções sociais que por vezes se concretizam em medo, vergonha e culpa nos indivíduos, que os afastam dos cuidados de saúde (Harrison, 1999). De acordo com a perspetiva de uma das profissionais entrevistada, um dos aspetos relevantes para a saúde sexual dos homens é a normatividade social nas biografias sexuais dos homens, que os privam da sua liberdade e imputam-lhes vulnerabilidade.

Eu estou plenamente convencida que o séc. XXI vai ser o século da resolução das grandes questões dos homens porque, do meu ponto de vista, era tão grave tudo o que se dizia que não podia ser, em relação às mulheres, como o que se dizia que devia ser em relação aos homens. É exatamente o mesmo nível só que um é no sentido negativo e o outro é no sentido positivo, mas em ambos se perde a liberdade. Quer no “tem que se fazer”, como, “não se pode fazer assim”, a imposição é igual, e os homens como apesar de tudo é no sentido positivo, “deve-se”, e o sentido positivo ligado a todas estas questões da sexualidade, aparentemente são questões boas, mas quando isto é imposto, o bom deixa de estar lá porque passa a ser uma obrigação e não uma possibilidade. (P3-mulher, psicóloga e sexólogo, clínica privada)

No que diz respeito à possibilidade de ocorrência da gravidez indesejada, salienta-se que, para muitos dos homens mais velhos não se enquadrava dentro do que percecionavam como uma preocupação masculina.

Ela tinha que as tomar [as precauções para não engravidar] eu não. Era para andar para a frente e pronto. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

Ai isso era problema delas. Sabe o que é uma queca mágica? Dá a queca e desaparece? É isso. (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Relativamente às IST, um número significativo de participantes considera que os homens são mais preocupados do que as mulheres. Consideram ainda que as mulheres podem até estar mais informadas, mas que na prática não adotam comportamentos preventivos, mesmo quando propostos pelos parceiros. Alguns chegam mesmo a relatar que quando sugerem a utilização do preservativo, por vezes são confrontados com a indignação das parceiras sexuais, mesmo nas situações de sexo ocasional.

Vejo que há algum facilitismo das mulheres. (E34-PTE; 36 anos; ens. básico; coabitação)

Elas ficam ofendidas “Estás a desconfiar de mim? Pensas que eu sou...” pronto. O que é que acontece? Se calhar há mais preocupação da minha parte. Eu nem em mim confio, quanto mais nas outras pessoas. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem relação)

Talvez tenham uma noção mais clara dos riscos que podem correr, mas são capazes de se esquecer com mais facilidade (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Se as mulheres sentirem que não correm risco de engravidar, estão mais dispostas a ter uma relação sexual desprotegida. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem relação)

Nas entrevistas aos atores com posicionamento central no campo de análise, alguns dos profissionais referiram que os comportamentos sexuais das mulheres estão a mudar e que o seu estatuto de guardiãs da moralidade sexual preventiva se está a diluir e a aproximar da impetuosidade e da “promiscuidade” sexual, frequentemente imputadas aos homens.

Eu acho este, o tema mais difícil. É que quase sempre a pessoa acha que, se a mulher tem uma infeção, a culpa é do parceiro. Eu acho que existe muitas vezes esse discurso. É tão engraçado, pronto as mulheres são umas eternas inocentes. (P20-mulher; ginecologista; clínica privada e instituição pública de cuidados diferenciados)

O que eu vejo no dia-a-dia é que os homens e as mulheres estão a ficar mais parecidos e eu apesar de eles serem diferentes acho que sexualmente têm muitas pareções. O homem não é só o tal botãozinho, aquela imagem típica do botão que sobe e desce e a mulher nem sempre é aqueles botões todos muito complicados. (P2-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Eu acho que ... começa a ser igual. Há muitas raparigas que também se esquecem muito dessa parte [adoção de comportamentos preventivos das IST e da gravidez indesejada]. Apesar da informação... (P1-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

No entanto, um reduzido número de homens (e de protagonistas no campo da saúde sexual), considerou que as mulheres são mais preocupadas e conseqüentes com as preocupações nos seus relacionamentos sexuais e que isso se deve à “natureza” masculina que não alia a racionalidade ao impulso sexual.

Ser homem implica correr riscos, correr riscos. (E43-PTE; 57 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Quem tem mais precauções são as senhoras, exatamente. Os homens reagem mais de cabeça quente. (risos) É! [elas ponderam mais as consequências] Exato! Os homens não. É certo. Quer dizer, depende de homem para homem. Mas é mais assim.
(P18-homem; farmacêutico; farmácia de uma pequena localidade)

- **Confiança na/o parceira/o**

Esta categoria foi construída com base nas nuances das narrativas dos homens mais novos e dos homens mais velhos.

Os homens mais novos referem que a confiança assenta no facto das relações serem duradouras, haver validação do estado de saúde da/o parceira/o através de exames laboratoriais e de confiarem na sua fidelidade, realçando as forças morais subjetivas. Para estes homens, as relações de compromisso e as lógicas relacionais conferem-lhes uma imunidade ao risco que se situa entre a segurança proporcionada pela normatividade pericial e uma moralidade inerente à conjugalidade.

Os homens mais velhos consideram como indicadores da confiança na parceira o conhecimento prévio, a castidade e a aparência física ou o “asseio” que atestam o seu estado de saúde. Estes indicadores realçam lógicas leigas nas quais a avaliação dos riscos na sexualidade (aqui mencionados relativamente às IST) aparece acoplada a valores, símbolos e significados que ultrapassam a lógica da racionalidade científica.

Eu via se eram pessoas dignas e asseadas. Via-se mesmo. (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

No entanto, numa lógica quase oposta à normatividade pericial, a avaliação da aparência física como indicador do estado de saúde da eventual parceira sexual, também é identificada nos discursos dos homens mais novos.

Eu posso dizer que havia alturas em que eu tinha preservativos na carteira e não os usei. Tinha-os comigo e tinha a informação toda ... a não ser que fosse um anjo que descesse à terra, me batesse nas costas e dissesse: “Espera. Coloca primeiro o preservativo”. Portanto, nada podia ser feito. É mesmo pura inconsciência ou puro engano de se olhar para a pessoa e se achar “Esta pessoa é saudável. Não vale a pena eu estar com receios”. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

- **Ausência de sintomas e adoção de comportamentos preventivos**

Para estes homens a despreocupação parece albergar-se na mediação entre uma lógica leiga que veicula a crença de que o estado de saúde se intui pela ausência de sintomas, e uma lógica pericial que mobiliza simultaneamente a definição médica de prevenção e a moralidade implícita na responsabilidade preventiva (Jodelet, 1989). A ausência de sintomas é remetida, especialmente nos homens mais velhos, para uma visão funcional da atividade sexual muito centrada na avaliação do próprio indivíduo acerca do desempenho do seu pénis. O pénis, particularmente, o pénis ereto, com capacidade para ejacular é considerado como a fonte *clássica* da masculinidade heterossexual e da relação homem-mulher (Broom, 2004).

Neste âmbito é interessante mencionar que alguns dos entrevistados mais novos, que inicialmente referiram não ter preocupações, no decurso da entrevista verbalizaram de forma clara a preocupação com a perda da ereção associada ao envelhecimento e um deles destacou as disfunções do desejo que, na sua opinião, eram consequências inevitáveis do envelhecimento.

Porque sempre tive cuidados ao proteger-me e porque nunca senti nada. (E32-PTE; 34 anos; ens. superior; sem relação)

Ainda corre normalmente, não é problema (risos). (E37- EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Epá estou bem, estou bem, pronto! Mas sei que mais dia, menos dia, ela vai acontecer e existir. (E51- O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

A disfunção erétil: a preocupação mais valorizada pelos homens mais velhos

Nos entrevistados, sobretudo nos homens mais velhos, as preocupações relativamente aos problemas sexuais dizem respeito em primeiro lugar à disfunção erétil e em segundo aos problemas na próstata.

Nos seus discursos, os participantes, relacionam a ocorrência da disfunção erétil com o envelhecimento (o aspeto a que atribuem maior impacto), o consumo de substâncias nocivas (o tabaco e o álcool), o incumprimento de prescrições terapêuticas para controlo de doenças crónicas (destacam a diabetes e as doenças cardiovasculares), os efeitos secundários de alguns fármacos (realçam os anti hipertensores), e as consequências de patologias cardiovasculares (cuja interferência na função sexual consideram ser omitida pelos médicos).

Em termos de saúde sexual? Tenho uma questão, que é um dos medicamentos... da parte nefrológica que influencia o nível de ereção, baixa a tensão arterial. O médico informou-me que era um medicamento para fazer baixar a tensão arterial e eu deduzo daí a influência em termos da ereção e donde coloco-lhe a questão diretamente a ele [à qual ele não respondeu]. Os médicos são uns sacanas, nunca contam nada disto. (...) assim honestamente diria que não influenciou em termos da toma da medicação, mas já houve momentos em que foi preciso discutir isto com a minha companheira. (E27-PTE; 47 anos; ens. superior; coabitação)

Depois eu tinha outras perguntas, depois de ser operado, quando é que poderia ter relações sexuais. Quando perguntei ao médico, deu a entender que não era conversa para ele. Do tipo “vê lá se arranjas alguém para te explicar, eu não!”. [nunca me esclareceram] Nos hospitais públicos não, nem nos privados, muito menos nos privados, muito menos nos privados. Olhe, eu vou-lhe dizer uma coisa, eu quando fui operado e saí da operação, a dúvida que eu tinha, era que eu tinha ereção. “Você tem uma ereção. Fantástico!” Eu disse: “Epá isto, isto é mesmo kevlar, isto é mesmo kevlar?” “Sabes isto é uma prótese de kevlar, tens que tomar cuidado, custa dez mil euros. Está bem?” Mas tinha um problema, que o médico não me tinha dito, nem nunca me avisou, eu tinha ejaculação retrógrada, porque como fui intervencionado aqui, lesaram-me em parte e eu “Epá, mas e agora?” E fui perguntar ao médico do hospital: “Epá não te preocupes que isto...” “Olhe lá isto agora está ótimo, mas o que é que é isto pá? Não, não me acontece, eu não tenho ejaculação?”, “Não epá, pois, exato, é que nós tivemos que tocar ali, houve um toquezito, mas não te preocupes, isto dentro de seis meses provavelmente voltará ao normal”, e eu disse: “Mas provavelmente como? Poderá não voltar?” E nunca me soube dizer nem sim, nem não. Por uma razão muito simples, porque 30% era poder voltar e 70% não voltar. E no meu caso não voltou. E eu sabia que não voltava, só que ele nunca teve a coragem de me dizer isso. Que passado algum tempo até voltou, mas é assim, é inconstante. Não deixo de ter prazer, mas acontece isso. Mas ele nunca me soube dizer isso, nem o urologista me soube dizer isso. O urologista disse-me: “Isso pode ser, pode reverter, pode não reverter.” Mas nunca nenhum deles teve a coragem de me dizer: “É uma coisa que tu tens que pôr em cima da mesa, que é uma possibilidade extremamente elevada.” Para quê? Para que a pessoa que está do outro lado, que sou eu, me poder mentalizar. E dizer: “Olha é por aqui que vou, em vez de estar ali numa encruzilhada sem saber se vou para aqui, ou para ali. Imagine, só para lhe fazer um reparo. Imagine que eu arranjava uma rapariga de vinte anos. Ou duas ou três, resolvia nesta idade ter um filho, ou que ela quisesse ter um filho,

como é que eu posso dizer à pessoa que está comigo “Pá, tanto pode como pode não acontecer” É minha obrigação de lhe dizer de caras “Olha é isto ou não é isto. Se vier é ótimo, se não vier pft”. Mas tenho que ter qualquer coisa, eu não vivo sozinho no mundo, vivo numa sociedade. Esta forma de estar deles? Falta de formação humana. O médico é um técnico, basicamente o que eles fazem é, o mesmo trabalho que eu faço, reparo uma máquina e entrego-a ao cliente. 90% das empresas é isso que fazem. Nós na nossa empresa entregamos a máquina ao cliente, mas estamos preocupados com a pessoa que vai trabalhar com aquela máquina. Eu não deixo uma máquina aberta, não deixo uma máquina sem segurança, estou preocupado com essa pessoa, estou preocupado com o lado humano que vai lidar com essa máquina. Em Portugal, nós o que seguimos é, nós reparamos o paciente, mas esquecemos que o paciente tem filhos, ou tem pai, ou tem mãe, ou tem ou não ninguém, reparamos, está reparado, acabou. (E29-PTE: 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Acerca da influência do envelhecimento, Sandberg (2016) afirma que é fundamental assumir que os mais velhos não são assexuados, mas que têm uma sexualidade diferente. Esta abordagem permite analisar a diversidade das práticas sexuais nas idades mais avançadas, embora reconheça as realidades materiais dos corpos envelhecidos (fora dos conceitos de declínio ou de perda). Fileborn, Hinchliff, Lyons, Heywood, Minichiello, Brown, Malta, Barrett e Crameri (2017) defendem que não deve ser seguido um modelo simplista e linear de “declínio”, do funcionamento sexual reduzido, mas que deve ser tido em consideração que as vidas sexuais das pessoas idosas são ricas e complexas. Embora possa haver alguma mudança na função sexual ou nos tipos de comportamentos sexuais, não é necessário equacionar a redução do prazer sexual.

Watson (citado em Reimann e Backes, 2006) diferencia quatro dimensões principais da incorporação num “esquema corporal masculino”: a incorporação normativa (que engloba ideias e imagens da forma, saúde e masculinidade), a incorporação pragmática (o corpo funcional usado quotidianamente para cumprir papéis específicos e requisitos), a incorporação experiencial (o lado experiencial do corpo físico e emoções como “bem-estar”, “sentir-se bem”. Este é o espaço onde os limites físicos e sociais se tocam) e a incorporação visceral (que inclui os processos biológicos e fisiológicos que suportam as funções corporais). Com este esquema de corpo masculino, o autor tentou descrever os diferentes níveis em que os homens perceberam, integraram e experienciaram a incorporação na vida quotidiana.

O lugar das infecções sexualmente transmissíveis nas preocupações dos homens mais novos.

Relativamente às preocupações relacionadas com as IST, que tiveram uma grande visibilidade nas narrativas dos homens mais novos, emergiram três categorias:

- Ser infetado como corolário de ser traído - incerteza em relação à fidelidade das companheiras;
- Ser infetado como consequência da não adoção de medidas preventivas em práticas sexuais ocasionais;
- Infetar terceiros como resultado de práticas sexuais extraconjugais.

Relativamente à prevenção das IST, a utilização do preservativo como estratégia preventiva foi referida por 10 dos entrevistados que se caracterizam por ter níveis de escolaridade superiores e por serem homens mais novos⁵³.

A gravidez indesejada, um “problema” desvalorizado

No que diz respeito à prevenção da gravidez indesejada, apesar de não ter sido verbalizada como uma preocupação, o recurso ao coito interrompido foi descrito por muitos dos entrevistados (apesar de não ser possível identificar a predominância de nenhum tipo de variável sociodemográfica neste grupo). A utilização do preservativo e da pilula anticoncepcional tiveram menos visibilidade e foram mencionadas essencialmente por homens mais novos.

Escolhas e possibilidades entre oportunidades e riscos (individuais e coletivos)

As lógicas sociais que estruturam as práticas sexuais masculinas muitas vezes ignoram ou são marginais às lógicas da saúde preventiva. Na sua generalidade, os homens entrevistados evidenciaram a apropriação do conceito de risco sexual, no entanto nas práticas relatadas caracterizavam um percurso “arriscado” desde a primeira experiência sexual (mesmo nos casos em que a primeira experiência sexual foi planeada e surgiu dentro de um contexto de namoro).

No âmbito da saúde sexual dos homens, os riscos considerados pelos participantes englobam dimensões tão complexas como:

⁵³ Nas categorias, a discriminação sociodemográfica só é mencionada nas situações em que se evidenciaram como significativas.

- A moralidade subjetiva – emocional, realça a confiança no parceiro, mobiliza conceitos como fidelidade, relação de confiança e de compromisso. Neste contexto realça-se a consideração do outro como “puro” ou “não contaminado”.
- A racionalização – operativa, instrumental, orientada por uma normatividade medicalizada e farmacologizada. Neste contexto destaca-se a universalização do uso do preservativo, centrada na prevenção das IST e da gravidez indesejada e as implicações da internalização do conceito de comportamento de risco.

Entre outros aspetos, a medicalização dos processos de vida incluiu o controlo da fertilidade, do parto, do envelhecimento e a medicalização do desvio incluiu várias disfunções, entre elas as sexuais. Apesar da medicalização ser bidirecional, (pois tanto pode haver medicalização como desmedicalização), a tendência tem sido a expansão da jurisdição médica. Para que a desmedicalização ocorra, o problema deve deixar de ser definido em termos médicos, o que implica a desadequação dos tratamentos e das intervenções médicas. Um exemplo clássico é a masturbação, que no século XIX tinha sido considerada como uma patologia que requeria intervenção médica e que no século XX foi desmedicalizada (Conrad, 2007).

Conrad (2007) considera que a indústria farmacêutica e os doentes potenciais (como consumidores), passaram a ter papéis mais significativos na medicalização. No entanto enfatiza também o que pode ser considerado como constrangimento da medicalização: a concorrência entre versões controversas das definições, os custos dos cuidados médicos, a falta de suporte na prática clínica e as limitações na cobertura proporcionada pelos subsistemas ou seguros de saúde, que podem ter implicações no acesso aos cuidados de saúde.

Sim porque isso mexeu comigo, não em termos da minha doença, mexeu comigo em termos de crenças. Como é que eu lhe posso explicar? Crenças porquê? Porque eu tenho acesso a essa informação, posso ter acesso a essa informação. Eu não admito é que em pleno Século XXI, em Portugal, com os meios que nós todos temos aqui, não se faça isso. Isso vai contra as minhas crenças, isso vai contra tudo o que eu luto desde os meus quinze, dezasseis anos porque tenho consciência política. Isso mexeu imensamente comigo. E continua a mexer. Porque eu pergunto: “Mas e os outros?” Porque isto [uma prótese peniana de qualidade] não existe em Portugal, não existe, pura e simplesmente não existe, tudo o resto é retórica. Até os homens da urologia o que dizem é: “Pois é, tu és um caso, uma exceção, ultrapassou isso, e que tens uma prótese [peniana] que te meteram no público porque tinhas se calhar

paleio e conhecimentos e meteram-te uma prótese. Mas se te metem outro tipo de prótese, esse outro tipo de prótese líquida qualquer homem.” (E29-PTE: 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Entre as críticas mais relevantes à medicalização destaca-se a transformação de aspetos da vida quotidiana em patologias (diminuindo o espectro do que é considerado aceitável), focar-se no indivíduo (e não no contexto social) como a fonte do problema, apelar para intervenções médicas individuais (e não coletivas ou sociais) e o aumento do controlo social da medicina sobre o comportamento humano (que resulta da expansão da jurisdição da medicina) (Conrad, 2007).

3 Contornos e significados atribuídos à procura de cuidados

3.1 Esboçando a relação entre saberes profissionais e leigos nas interações dos homens com os profissionais de saúde

A análise dos cuidados de saúde sexual no âmbito da vigilância de saúde, implica a abordagem das complexidades na relação entre o entendimento dos profissionais e dos leigos acerca da saúde sexual, a utilização que os homens fazem da informação em saúde de que são detentores, a utilização dos cuidados de saúde primários e a utilização de serviços para a realização de rastreios (Robertson, 2007).

Como foco de análise da interação entre peritos e leigos optou-se por incidir numa daquelas que é considerada uma intervenção fundamental (albergada numa lógica preventiva e /ou curativa) no âmbito dos cuidados de saúde sexual e que diz respeito ao exame físico, nomeadamente à observação dos órgãos genitais dos homens. Perante a evidência clínica de que esta observação raramente é realizada, a consideração de que os médicos usufruem de autonomia profissional no seu desempenho e a evidência de que ocupam uma posição de autoridade perante o paciente (Parsons, 1951), procurou-se mapear a valorização que os profissionais e os homens atribuem a este tipo de intervenção, em que contextos a situam: de saúde (lógica preventiva) ou de doença (lógica curativa) e o significado que os homens atribuem à experiência de terem sido observados.

No suposto recato de um consultório ou gabinete, quer seja nos cuidados de saúde primários quer seja nos cuidados de saúde diferenciados, o sucesso da interação é mediado pelo cruzamento entre saberes profissionais e leigos (que incluem as expectativas dos homens na procura dos cuidados de saúde) e pela natureza da relação social que se estabelece. Na sua maioria, os médicos entrevistados consideram que habitualmente os médicos (em especial os médicos de família e os clínicos gerais) não englobam a observação dos genitais nas consultas, nem nos exames físicos. Segundo referem, as razões que subjazem a esta prática (entre os que a nomeiam na terceira pessoa e os que a assumem) dizem respeito à falta de formação dos médicos, à desvalorização que fazem das necessidades e das expectativas dos homens (mesmo quando solicitam a observação) e ao desconforto dos clínicos relativamente à realização de intervenções que implicam proximidade física, entrar na intimidade, tocar nos genitais e por vezes invadir o corpo masculino (como é exemplo o toque retal). Neste contexto, realça-se que a área da dermatologia e da urologia são consideradas como exceções ao realizarem esta observação quase como uma intervenção de rotina. Os urologistas entrevistados, tecem algumas críticas acerca da omissão deste tipo de observação pelos médicos de família.

Só há uma consulta onde o homem se despe igual à mulher, é na consulta de dermatologia. É a única consulta onde ambos se despem porque em qualquer outra consulta a mulher despe-se e o homem não se despe e a observação genital feminina é feita e a observação genital masculina não é feita. Isso é uma verdade absoluta.
(P11-homem; médico infeciologista; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

Aqui há uma questão de base, aqui obviamente já não será da educação sexual, das pessoas em si, mas da classe médica. Não há formação para os médicos, para falarem. A maioria dos médicos e médicas sobretudo dos médicos na generalidade não querem ver os genitais dos seus doentes, não vê. Nós vemos, na urologia vemos isso muito nas segundas consultas. Eles vão à consulta e dizem ao médico que têm uma lesão vermelha na glândula e o médico passa uma pomada e nem sequer vê a glândula, que é uma coisa... pronto, nem vê a lesão. Porque não há... há embaraço. Da parte da classe médica, a classe médica não está preparada para fazer a consulta global e especificamente da parte sexual do homem e isso é representado no corpo do homem nos genitais, que é a única parte do exame físico que a maioria dos clínicos gerais não faz. (P2-homem, médico urologista e andrologista, instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Com o desenvolvimento do conhecimento científico sobre as doenças infecciosas, nomeadamente sobre as IST, os horizontes patológicos nos cuidados de saúde transformaram-se, o que passou a implicar a necessidade da realização dos rastreios de lesões ou alterações nos órgãos genitais, que até podem ser facilmente visíveis, mas que não são identificadas pelos homens como um problema. Em Portugal a ocorrência de condilomas (verrugas genitais) provocadas pelo Vírus do Papiloma Humano, é uma das IST mais comuns. Esta infeção que pode ser identificada pela ocorrência de verrugas (condilomas) nos genitais é bastante comum nos homens “É estimado que cerca de 75% dos homens e mulheres sexualmente ativos irão ter pelo menos uma infeção por HPV nalguma altura da sua vida.” (DGS, 2018, s.p.) e pode estar implicada no cancro do pénis.

No entanto, se por um lado a observação dos órgãos genitais é fundamental e os profissionais reconhecem a sua importância, por outro, descrevem práticas em que essa observação é omitida ou preterida em prol de exames complementares de diagnóstico ou de encaminhamento para áreas de especialidade (infeciologia, urologia, dermatologia, entre outras). A omissão deste tipo de observação é frequentemente justificada pelas limitações de tempo nas consultas médicas (impostas pelos condicionalismos atuais nos serviços públicos) e pela lacuna de saberes periciais necessários para a abordagem clínica.

Esse problema da próstata é um problema fulcral. Essas questões não se compadecem, por ex. quando faço uma consulta de urologia geral, aqui no hospital eu vejo 30 e poucos doentes numa manhã. E quando faço a consulta de medicina sexual vejo 16, mas já a vê-los a abrir, já não é... Já a sentir que não estou, que não estou a fazer bem. Portanto é uma consulta que demora muito mais tempo do que uma consulta geral porque há muitos outros fatores a ter em conta. Não é só a questão se tem ereção ou não, se vai levar o Viagra ou não. É para fazer isto de forma minimamente decente, não é? E, portanto, a questão do tempo é uma questão problemática porque eu sei por ex. quando estou numa consulta de urologia geral eu sei se aquele homem que está ali por uma doença da próstata se nós começarmos a abordar a questão sexual, de repente a minha consulta vai ser um descalabro porque a partir daí está atrasada. Portanto isso pode ser um estímulo para eu não abordar o problema. Eu acho que a falta de tempo aliada à falta de preparação que é um fator também importante para as pessoas não quererem abordar o problema, mas não é o maior. O mais importante eu acho que é as pessoas, os médicos não se sentem preparados para lidar com isso. (P2-homem, médico urologista e andrologista, instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Morgan (2003) defende que os constrangimentos de tempo nas consultas conduzem a uma relação mais centrada no médico, com tendência a seguir um modelo paternalista, em que não é proporcionada tanta atenção aos aspetos psicossociais envolvidos na saúde /doença. Como resultado Howie, Hopton, Heaney e Porter (1992) afirmam que há menos aspetos psicológicos identificados e mais prescrições médicas. No entanto Morgan (2003) considera que o estilo de abordagem e o tipo de prática profissional parecem exercer uma influência mais importante na seleção dos conteúdos abordados na consulta do que o tempo disponível.

Neste contexto, realça-se ainda que as lacunas de saberes periciais necessários para a abordagem clínica da sexualidade e para a realização da observação dos genitais, também são identificadas pelos leigos.

Está aí uma questão complicada. Se me disser assim os médicos de família em geral, eu diria era importante que não fizessem [a observação dos genitais]. Porque não têm preparação. (E27-PTE; 47 anos; ens. superior; coabitação)

Em relação a aspetos que podem ser imputados aos homens, os profissionais realçam sobretudo como constrangimentos, a falta de proximidade entre estes e os serviços de saúde (que os profissionais atribuem à indisponibilidade de tempo causada pela ocupação profissional dos homens e à desvalorização que estes fazem das suas necessidades de cuidados de saúde), o pudor em exibirem os seus órgãos genitais, as dificuldades em assumir a possibilidade de lhes ser diagnosticado um problema sexual e o receio de que o sigilo não seja salvaguardado. Neste cenário, muitas vezes os saberes leigos (re)constróem-se à margem dos cuidados de saúde, em torno da partilha de experiências, saberes e conselhos proporcionados por outros homens, ou procurados em prol de um outro alguém que supostamente solicitou a informação.

Parsons (1951) considera que as expectativas prévias à consulta, conduzem o comportamento dos médicos e dos pacientes, e que os papéis desempenhados permitem que nas situações clínicas de interação, os intervenientes fiquem cientes do que podem esperar uns dos outros.

A maioria do pessoal médico não se sente nitidamente à-vontade para falar de questões sexuais. Não tem treino e não são daquelas questões mais fáceis de abordar logo de início com os doentes. Têm alguns medos que eu vejo. Vejo por ex. aqui pelas conversas que tenho com os alunos, os medos deles de erotização da consulta,

portanto nem querem abordar. Há pouca preparação em termos básicos para as questões sexuais. Aqui nesta faculdade, o programa só introduziu a parte da questão sexual masculina há três anos. E, portanto, eles saiam da faculdade sem nunca ninguém lhes ter falado de disfunção erétil ou de outras disfunções sexuais masculinas, portanto, não se sentiam preparados. Nem vale a pena perguntarem, porque se se perguntarem pode dar origem a respostas e depois vão ter que dar um seguimento... à maioria dos homens nunca lhes é perguntado nada. (P2-homem, médico urologista e andrologista, instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Ou não faz tanto sentido ou acha-se que não é preciso [a observação dos genitais]. A minha médica já me disse a propósito de sei lá, de uma coisa qualquer. Não, se não tem queixas de um determinado aspeto, de uma determinada coisa, também não vale a pena estarmos a sujeitá-lo e a fazer exames a isso. (E17-EDL; 58 anos; ens. superior; coabitação)

Contemporaneamente a sexualidade deixou de estar confinada aos problemas sexuais, e é compreendida como uma das dimensões que integram a saúde global de qualquer indivíduo. Académica e clinicamente tem sido evidenciada a necessidade de compreender a sexualidade de cada indivíduo como uma parte importante da avaliação da saúde física e mental de qualquer um. Neste contexto, gradualmente, a sexualidade humana foi englobada nos currículos dos médicos (apesar de em Portugal ser claramente insuficiente e de não dar a visibilidade necessária à saúde sexual dos homens) e foi reconhecida a necessidade dos médicos e dos enfermeiros abordarem a sexualidade com os homens, sem desconforto ou intimidação. Neste âmbito, realça-se que no estudo EPISEX-PT/Masculino⁵⁴, realizado em 2011, a grande maioria dos homens declarou que nunca tinham sido questionados pelos seus médicos sobre aspetos da sua vida sexual, apesar de considerarem que o deviam fazer (Vendeira, Pereira, Tomada & Carvalho, 2011). Wimberly e Moore (2007) referem que há evidência de que geralmente, na prática médica, os pacientes não são questionados acerca da sua sexualidade, ou seja, esse tipo de assuntos não é incluído no exame médico standardizado. Estes autores referem que este tipo de assuntos só é discutido com os homens se estes tiverem a iniciativa de referir

⁵⁴ Estudo epidemiológico sobre as disfunções sexuais em Portugal, levado a cabo pela Sociedade Portuguesa de Andrologia (com o apoio dos Laboratórios Pfizer). O estudo, denominado EPISEX-PT/Masculino, pretendeu abranger as várias disfunções sexuais masculinas, avaliando a sua prevalência, e caracterizando-as sob o ponto de vista demográfico, sociológico e clínico (Vendeira, Pereira, Tomada & Carvalho, 2011)

queixas sexuais e que, mesmo assim, por vezes a observação dos genitais não é realizada (mesmo no caso de situações em que clinicamente está indicado). Ignorar o sexo e a sexualidade pode conduzir a um número de consequências evitáveis, tais como: IST, gravidez indesejada, baixa autoestima, insatisfação com as relações íntimas e depressão.

Pronto, disse que me arde e não sei quê, eles perguntam o sintoma, dão-nos a medicação, mas não vão ver os órgãos genitais. Uma coisa engraçada. Neste caso acho que deviam. Nós dizemos os sintomas que temos e já está. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Por vezes há pessoas que até têm receio de falar com o médico, não é uma questão do mito da virilidade, é mesmo um receio em geral, receio da classe médica, isso pode acontecer e acredito que isso... (...) Eu acho que é o medo em procurar ajuda, em primeiro lugar. O medo de entrar dentro do gabinete do médico. (E19- PTE; 30 anos; ens. superior; coabitação)

Porque, de uma forma geral, com muitas honrosas exceções, a classe médica não é uma classe fácil com quem falar nem de... nem de o doente se sentir apoiado e acompanhado. Estou a falar de uma forma global, porque se vou particularizar, obviamente tenho de dizer que só tenho boas experiências com médicos e conheço muito bom profissional e muito médico muito atencioso [conhecimentos através da esposa que é profissional de saúde] (...) Epá mas eu penso que a saúde sexual não é muito fácil de abordar perante a classe médica. (E41-PTE; 40 anos; ens. secundário; coabitação)

Eu acho que por vezes... em boa parte, algumas situações são assuntos que são relacionados às vezes diretamente com eles próprios... mas que, é-nos dado a entender que tem conhecimento de um caso de alguém. Na segunda pessoa. Isto para tentar recolher alguma informação provavelmente junto de alguém, que dê alguma dica ou que diga alguma coisa. Normalmente e algumas pessoas com quem a gente se costuma reunir aí, há um individuo que ele diz que é médico, eu ponho algumas dúvidas se ele é ou se não é. Mas a gente encontra ali o X, e o X como costuma conviver em termos de uma boa cavaqueira, mais umas imperiais e mais não sei o quê, às duas por três aparece um “Ó X olha que eu tenho este problema assim, assim, assim...” – o X lá faz ali uma consulta de café ou de esplanada e diz o que é que deve fazer e o que é que não deve fazer. Isto, entretanto, ouve-se um, ouve-se dois, ouve-se três, ouvem-se diversas situações... sendo que algumas dessas vezes eu penso que há pessoas que estão a falar por uma segunda pessoa quando são eles

os principais intervenientes. Cada um é uma carta fechada. É difícil porque por vezes há pessoas que a gente pode estar a conversar e até o próprio assunto não é um assunto sobre o melhor agrado. Se falar de mulheres toda a gente se junta. Isso é um assunto que agrada a todos. Agora se se falar de outra situação, por vezes o assunto não interessa a todos e um por alguma desculpa afasta-se, outro afasta-se por outra, já não é bem a mesma coisa. (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

Neste contexto, realça-se ainda que as situações de interação são caracterizadas por fluxos de informação entre leigos e peritos. Nestes fluxos destaca-se, por um lado, a informação necessária para garantir cuidados de saúde de qualidade e para a gestão individual da saúde pelos indivíduos, por outro lado, a informação de carácter “íntimo” e “pessoal” que é necessária aos profissionais para a prestação de cuidados e que pode suscitar sentimentos de insegurança nos homens. Acresce ainda o facto de as perspetivas, o background e a religião dos profissionais poderem ter um impacto significativo na sua moralidade e nos seus valores em relação ao sexo e na forma como abordam este tipo de aspetos com os homens. Se os profissionais de saúde estiverem desconfortáveis com eles próprios a abordar a sexualidade, como conseguirão abordar o tema com os homens? (Wimberly & Moore, 2007)

Para além dos aspetos mencionados, um outro fator que surge como constrangimento no acesso aos cuidados de saúde sexual pelos homens, mesmo quando os homens têm problemas e tentam procurar ajuda, é o facto de muitos pacientes desconhecerem os lugares adequados para procurar ajuda ou para expor os problemas de índole sexual.

Não obstante os aspetos mencionados relativamente aos profissionais de saúde, alguns dos médicos entrevistados consideraram como constrangimentos à observação dos genitais masculinos, o pudor e a resistência por parte dos homens (que consideram ser maior nos homens mais velhos e de estratos socio económicos mais baixos, o que, no entanto, não foi confirmado pela análise dos relatos dos homens entrevistados).

É um bocadito o medo de mostrar os genitais, de falarem de coisas de que não se fala. E a vergonha de ter uma doença que eventualmente é uma doença sexual e “eu não quero que ninguém saiba”, pronto esse tipo de coisas que fazem com que... Estamos outra vez na mesma, homens numa situação socioeconómica alta estão-se nas tintas e os jovens cada vez se importam menos, mas o povo em geral... O tempo também é um fator importante. A mulher vai ao médico com os filhos, conhece o

médico, tem mais confiança com o médico, há uma relação, claro. Vai pedir as receitas. O homem pode estar doente, mas não lhe passa pela cabeça andar a perder tempo ou do seu trabalho ou da sua vida social com o ir lá ao médico de manhã, fazer bicha para pedir as receitas. “Que se lixe, ou vais tu ou não vai ninguém” Então é a mulher que trata dessas histórias e por isso é capaz da relação com o médico e também com o ambiente, com tudo isso seja melhor e seja mais fácil, não sei, é capaz. (P21-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Os homens entrevistados realçaram que a forma como resistem, anuem ou procuram a observação dos órgãos genitais nos cuidados de saúde está relacionada com as circunstâncias em que a mesma ocorre, mais concretamente com o facto de ser realizada por iniciativa dos profissionais sem haver sintomas (num contexto preventivo), ou de ser solicitada pelos próprios homens, com base na percepção que têm acerca de problemas sexuais (neste âmbito destacam-se as disfunções sexuais, nomeadamente a ejaculação prematura e a disfunção erétil), acerca de sinais e sintomas de IST e de problemas prostáticos.

A pessoa quando está... prontos, uma situação de... [dor ou ardor no pénis] A pessoa está aflita, não é? É que uma pessoa depois já não está a ver ninguém. Só está a ver é o problema que tem. Que alguém tem que o ajudar. Agora... se for uma coisa mais coiso é um bocado difícil [falta de ereção]. Uma pessoa anda ali a olhar para um lado e para o outro. Agora uma pessoa que esteja mesmo a precisar, isso não tem problema nenhum. Pronto. Venha quem vier. Desde que resolva a situação, está tudo bem. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

É mesmo o expor o problema eu acho que a geração a seguir a mim, tem esse problema, os mais velhos obviamente. Que essa coisa de ir à sr^a dr^a, à sr^a dr^a tudo muito bem mas é para conversar. Quando a sr^a dr^a diz “tire lá a roupinha para eu observar” a coisa começa a ter resistências. Eu próprio... aconteceu-me a mim numa altura e eu não considero que seja tapadinho. Porque a primeira vez que eu fui a uma médica ela disse “despe-te” e eu disse “ah?” “então, eu não disse para te despises?” e eu... eu sabia que tinha que me despir, mas de facto disse assim “porra, quer dizer...” apesar de tudo tive uma guerra comigo mesmo, porque quer dizer nunca ninguém me tinha dito assim “epá...” quer dizer um médico sim, mas mesmo assim eu não ficava... “essa coisa do despe lá... Alto e para o baile!” [no caso de haver problemas eréteis] Epá eu não imagino, mas acho que essa... para o

pessoal destas gerações e mesmo para os mais novos não é muito fácil com a educação que se leva normalmente. De repente teres a fachada de ativo e não seres capaz de seres ativo... o teres que admitir que a coisa não vem para cima nem por nada, epá... ser dito a uma tipa ou a um tipo, vai para o raio... (risos) acho que a coisa não é propriamente pera doce. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

De uma forma geral evidenciaram ainda que têm mais facilidade em expor os órgãos genitais e serem observados no caso de sinais e sintomas de IST e que têm uma maior relutância quando a observação é realizada no âmbito do rastreio do cancro da próstata, por recearem a possibilidade de serem submetidos ao toque retal, que é considerado pela maioria como uma intervenção desconfortável, dolorosa, ameaçadora da sua masculinidade e da sua dignidade. O toque retal apesar de ser visto pela maioria dos homens como necessário para a deteção precoce do cancro da próstata, também é considerado como uma agressão, o que pode inviabilizar a sua realização. Independentemente das características socio demográficas⁵⁵ dos entrevistados, denota-se uma partilha de sentidos, influenciados por um imaginário social que os situa entre a dor resultante de uma violação à sua integridade física e o medo da aproximação ao prazer homossexual.

Nunca cheguei aí [a ter de realizar o toque retal]. Isso também é uma paranoia que eu tenho, digo-lhe já. Eu até tremo. É o complexo da virilidade. O toque rectal está sempre associado de alguma maneira, ou não, à homossexualidade. Se chegar aí é porque as coisas já vão mal, se passar do PSA. Irei fazê-lo. Irei fazê-lo, mas não vou muito à vontade. Há sempre bocas, eu sei. Não, não ia contar. Sinceramente. Contava à minha companheira, evidentemente. E acho que a mais ninguém. (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Porque é o toque rectal e coiso e nós... é verdade, os homens têm alguns preconceitos acerca disso e eu acho que se calhar, aqui a falar consigo não tenho esse problema mas se for uma senhora que me vá consultar, se calhar retraio-me. Penso eu, pelo menos a mim, a minha maneira de pensar. Não é que seja... mas é verdade. Eu acho que é mesmo essa exposição, sei lá. Se calhar também sou um

⁵⁵ Em 2017, na publicação Informação sobre Saúde dos Portugueses – Rastreios Oncológicos em Portugal, evidenciava-se inconsistência dos resultados de adesão aos rastreios de acordo com o nível de escolaridade (Costa, Silva, Ferreira, Carmo, Barros & Lunet, 2017)

bocado macho e coiso e aqui ninguém... percebe? Se calhar é vergonha, é uma mistura, é tudo junto. (E50-EE; 40 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Mas pronto, aquela história de enfiar uma luva na mão e pronto terá que introduzir um dedo. É aquela posição vulnerável sem proteção...para já que nem sequer vemos o que nos estão a fazer, né? Para nós, entre nós como piada é “vais ser violado”, essas coisas assim. Mas essencialmente é essa história da posição vulnerável e que não temos controlo nenhum sobre a situação e que...principalmente a mim o que me faz confusão é o não ver, portanto não sei o que é que me estão a fazer, apenas vou sentir. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

É assim enfiarem-me o dedinho pelo coiso (risos) não me está a agradar muito. Não. Não estou fascinado com a ideia. É assim, já ouvi pessoas a dizer que não dói, isto e aquilo, mas penso que neste aspeto se calhar não é tanto por uma questão de dor. É mais dor psíquica ou dor machista se calhar. É até mais uma ferida no ego do que uma ferida física. Com tanta gente está aí a virar, tantos homossexuais, portanto há uns que possivelmente vão lá todas as semanas para ver se têm alguma evolução. Isto é meio a brincar mas... Olhe se quer que lhe diga, prefiro alguém que eu não conheça. Fico visto e se não tiver nada, não o quero voltar a ver. Mas é um bocadinho isto, por preconceito, por machismo. (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Um outro aspeto que emergiu nas narrativas dos homens foi o reconhecimento do valor que é atribuído pelos médicos aos doseamentos do PSA e a desvalorização da parte de alguns profissionais em relação à observação física na ausência de sinais e sintomas.

Aliás a própria classe médica diz que já não tem doentes da próstata, têm doentes do PSA. (E1-PTE; 40 anos; ens. superior; coabitação)

Tinha ido a uma consulta, também por causa da próstata, mas o médico na altura disse-me: “Epá não tens que te preocupar com isso, vem aos cinquenta e tal.” Mas eu contrapunha: “Mas isso devia ser feito a partir dos quarenta, hoje em dia é feito a partir dos quarenta.” “Sim, mas isso é o que vem nos livros, não é preciso vires, tu não tens sintomas.” Mas lá está, se se tem sintomas está-se tramado. (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Neste contexto realça-se que a maioria dos entrevistados mencionou nunca ter sido submetido à observação dos seus órgãos genitais ao longo da sua vida, o que considera adequado.

Nunca foi preciso. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

Não, nunca. Graças a Deus até hoje. (E53-EE; 51 anos; ens. básico; sem relação)

Nunca senti essa necessidade. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Nunca houve nenhum médico ou médica que me perguntasse qualquer... que me colocasse qualquer questão nesse aspeto. (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação).

Para a maioria dos entrevistados, este tipo de observação é desprovido de sentido na ausência de sinais ou sintomas que a justifique. Nos seus relatos afirmam com convicção que a anatomia dos homens lhes proporciona uma visualização quotidiana dos órgãos genitais e que a observação feita pelos profissionais de saúde só se justifica perante a presença de sinais e/ou sintomas de doença identificados pelos próprios homens.

Um tem o órgão sexual exposto e o outro [a mulher] o tem escondido. Que há uma série de digamos, de doenças não visíveis e provavelmente é mais aconselhável uma ida mais regular ao ginecologista. Acho que no homem devido à questão estar exposta e ele próprio poder ver, sinceramente acho que não me faz muito sentido que assim seja. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

Os nossos órgãos genitais são diferentes das mulheres. Enquanto os nossos... o nosso é saído, exterior. Se tivermos algum problema temos logo o sintoma automático. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Epá eu para já, acho que isso tem a ver com o facto de os homens normalmente, uma vez que o aparelho sexual do homem é externo, não estar tão sujeito a... sei lá a... recordo-me daquilo que tenho visto nas mulheres secreções, infeções. Epá os homens “no news, good news” epá se não há problema nenhum estão-se a borriifar nisso. (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Nas narrativas dos homens e dos médicos evidencia-se uma lógica instrumental de saúde sexual que privilegia a capacidade funcional do pénis e a performance sexual dos homens. Neste cenário, os profissionais de saúde surgem como os mecânicos que reparam o funcionamento de uma máquina avariada (Nettleton, 2006; Epstein & Mamo, 2017).

Eu costumo dizer e é a velha teoria, só se vai ao mecânico quando o carro está avariado, não é? Sem sintomas acho que não há necessidade. E eu acho que as mulheres talvez pelo facto de serem mães são mais vulneráveis, o sexo da mulher e isso, talvez seja por isso que elas recorrem mais do que nós a esse... que eu acho bem, é um cuidado que lhes fica bem. (E50-EE; 40 anos; ens. básico; rel. compromisso)

É como o carro, a gente sente uma anomalia nele vai com ele ao mecânico, vai com ele à oficina e nós devemos funcionar um bocadinho também da mesma maneira, penso eu, não sei. (E11-O; 59 anos; ens. básico; sem relação)

Pronto, isso é um fator [a observação dos órgãos genitais por um médico] que eventualmente poderá ser importante, mas não é o fundamental. O homem não tem disfunção sexual, nem tem ejaculação precoce, em geral, por um problema prévio de pensar que tem um pênis mais pequeno, ou maior, ou que está torto ou que deixa de estar. Isso pode ser importante numa determinada faixa etária que é adolescência, mas nessa altura não há muita disfunção sexual. O rapaz pode estar muito preocupado e pode ter uma certa vergonha de ir aos balneários públicos, se calhar com uma rapariga fica assim muito coiso porque acha que tem um pênis de uma maneira não sei quê, mas disfunção garanto-lhe que não tem (risos), não tem. (P21-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Entre os homens entrevistados que passaram pela experiência de terem sido observados, as razões evocadas para essa observação ter sido efetuada reportaram-se ao encaminhamento efetuado pelos médicos das suas parceiras (a quem foram diagnosticadas IST), na sequência da procura de cuidados devido a alterações nos genitais (comichão no pênis, dor num testículo, caroços no testículo, vermelhidão no pênis, ardor ao urinar, dores na bexiga, fimose, sangramento resultante de traumatismo, corrimento no pênis, dor nos testículos depois de ejacular) e no âmbito do rastreio do cancro da próstata (com pouca visibilidade entre os participantes). Apesar da heterogeneidade de situações subjacentes às observações, alguns homens relatam a experiência como tendo sido negativa, descrevendo sentimentos de mal-estar e vergonha relacionados com a presença de um elevado número de profissionais nos gabinetes médicos aquando da observação, a falta de à-vontade do médico e os comentários efetuados por alguns médicos.

Fui examinado com três médicos na consulta. “Lembra-se do que fez para ter acontecido isso?” e eu “Nada”. “Teve alguma relação suspeita?” E eu disse “Nem suspeita, nem insuspeita. (...) mas lá está, mas costuma-se dizer ao médico e ao padre conta-se tudo, não é, pronto, costuma-se dizer.” (E17-EDL; 58 anos; ens. superior; coabitação)

Tinha uma dessas infecções normais [no pênis]. Penso eu daquelas bactérias que se acumulam e fui a um dermatologista privado. Marquei uma consulta, expus a situação e o médico deu-me uma pomada para isso. A... ele pareceu-me inibido contrariamente ao que devia, acho eu, mas de qualquer forma foi eficaz no tratamento. (E13-PTE; 40 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Por muita vergonha que tenhamos temos que tentar mudar a nossa mentalidade e mostrar e pensar para connosco mesmo que... eu preciso de ir ao médico porque isto é como se fosse mostrar uma unha quer dizer..., embora às vezes tenha dificuldade, mas eu tenho que esforçar-me para ultrapassar essa tal vergonha. (E57-EDL; 48 anos; ens. secundário; sem relação)

E consultei uma médica que também teve um comentário muito interessante que foi, ao colocar uma luva de látex, disse: “Ok... hoje é o meu dia de sorte.” Portanto eu achei fabuloso! Tinha 17 anos. E então disse-me uma coisa também muito interessante que eu achei piada na altura que foi: “Quando tiver esse tipo de relações, use preservativo ou então coloque vaselina. E eu perguntei-lhe: “Quais?” E ela disse: “Sim essas relações... sexo anal” E eu disse-lhe: “Pois doutora, mas eu sou virgem. Nunca pratiquei qualquer tipo de sexo e anal também não” E ela disse: “Pois, pois”. E na altura garantidamente não foi isso. Eu tinha 17 anos e era virgem (Risos). Portanto, eu achei aquilo ridículo. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Durante muito tempo, em Portugal, a observação dos órgãos genitais foi um ritual integrado na inspeção médica para a admissão de homens ao serviço militar. Contudo, a observação realizada nesse contexto foi mencionada apenas por alguns dos homens mais velhos. Nas narrativas de alguns dos homens mais novos, apesar de referirem ter “sido inspecionados” não foram submetidos à observação dos órgãos genitais.

Perguntaram se estava tudo bem se não havia nada, etc e eu apenas respondi. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Da parte de alguns profissionais é mencionado que a observação dos órgãos genitais pode ser positiva para os homens, pois será uma primeira vez em que lhes é dada a possibilidade de indagarem acerca da normalidade dos mesmos.

[antigamente, havia a ida à tropa onde essa observação era feita.] Exatamente. Tranquilizava-os. É muito engraçado porque eles lá (reporta-se a uma experiência que foi realizada fora de Portugal numa clínica só para homens) quando fizeram a avaliação dos cuidados os homens diziam que uma das coisas que gostavam era de serem observados e saberem que eram normais. (P14-mulher; médica ginecologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Uma grande parte dos homens (com maior relevância nos homens mais novos) mencionou que, numa lógica preventiva, este tipo de observação faz mais sentido depois dos 40 anos. A maioria considerou ainda que esta observação não integra as competências do médico de família, mas do urologista.

Eu falo contra mim, que nisso também sou um desleixado de primeira. Mas se calhar, seria importante deveríamos também ter esse acompanhamento porque até pode haver algum problema que nos esteja a passar ao lado e se for detetado tarde é a tal questão. Não me parece algo... é a tal coisa, não acharia muito normal em clínica geral... (Risos) Ok? Não me pareceria normal na clínica geral, ser feita essa, essa observação. (E10-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Uma vez por ano, se calhar. Não pelo médico de família, sim por um especialista mesmo. (E35-EE; 35 anos; ens. básico; rel. compromisso)

O conceito de “saberes construídos” proposto Baszanger (1986) engloba uma articulação entre a experiência prática leiga e a apropriação e reconstrução de informação pericial, concretizada nas escolhas quotidianas. Analiticamente, esta definição contribuiu para a aproximação às lógicas e às racionalidades leigas que parecem presidir às práticas terapêuticas, e que englobam uma separação nítida das lógicas que situam e fundamentam a realização da observação dos genitais dos homens.

Desleixo dos dois, do médico porque não está para chatices, e do doente que também não está para chatices. É de comum acordo, ninguém quer ter chatices [não se darem ao trabalho de efetuar a observação física]. (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Há todo um grupo de patologias em que está preconizado que a mulher seja vigiada, no homem não tanto. No entanto relativamente a isso, o que me parece também é que embora não haja uma observação por rotina, os homens assustam-se mais quando acontece alguma coisa a nível dos órgãos sexuais e rapidamente recorrem, normalmente à urgência ou ao serviço de saúde, ao médico de família. Porque ainda há pessoas com uma relação estreita com o médico de família e que se sentem à vontade para falar nisso com o médico (...) eles quando têm alguma coisa normalmente assustam-se mais, eu acho que o homem dá mais importância aos seus órgãos genitais do que a mulher. (...) o que me parece é que o medo de haver qualquer problema que possa por em causa a sua vida sexual é tanto, que qualquer problema que haja eles recorrem. Já me aconteceu por duas vezes, moços jovens virem a correr, a seguir ao ato sexual... a seguir não, interromperam o ato sexual e vieram a correr por uma rutura do freio que sangra e ainda por cima com o pénis ereto sangra mais e é uma coisa que com uma compressãozinha passa não é... mas vêm muito assustados. Portanto a ideia que me dá é que vêm. Quando há algum problema vêm e expõe-no. (P23-homem; enfermeiro; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados – serviço de urgência)

Um aspeto que se destaca na construção dos saberes profissionais no âmbito da saúde sexual é que, na sua grande maioria, a formação a que os profissionais têm acesso é realizada por empresas farmacêuticas, com interesses específicos no diagnóstico e no tratamento de disfunções masculinas, nomeadamente a disfunção erétil e a ejaculação prematura. Por parte destas empresas evidencia-se a preocupação em divulgar junto dos profissionais de saúde (e da população e geral) as alternativas terapêuticas disponíveis no mercado, até porque a comercialização de muitas delas está sujeita a prescrição médica.

Parte destas formações internas que nós fazemos [realizadas por empresas farmacêuticas no âmbito da disfunção erétil] dentro destas áreas acaba por ajudar e a gente também acaba por ter algum conhecimento de como é que pode ajudar aquelas pessoas. (P1-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

Este tipo de formação pauta-se por uma lógica fortemente medicalizada, centrada em patologias específicas e pouco próxima de um conceito positivo de sexualidade.

Conrad (2007) defende que apesar dos médicos serem historicamente centrais para a medicalização, os doentes e outros leigos podem participar ativamente no processo através dos seus discursos, e influenciarem as conceções masculinas de saúde/doença sexual.

A ejaculação prematura é a disfunção sexual masculina mais prevalente e a mais frequente (afeta 20% da população masculina), mas paradoxalmente também é a que implica um menor recurso dos homens aos serviços de saúde (só um em cada dez homens procura ajuda especializada). Tomada (2018) afirma que apesar de no sentido clássico a ejaculação prematura poder não ser considerada uma doença, tem um forte impacto na qualidade de vida dos homens e que existem várias estratégias disponíveis (incluindo as farmacológicas) para o seu tratamento. Neste âmbito, considera que os constrangimentos sentidos pelos homens no acesso aos cuidados de saúde estão relacionados com o facto de os problemas sexuais ainda serem socialmente considerados como assuntos tabus e com a falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para a abordagem de problemas complexos e sensíveis, que envolvem um grande dispêndio de tempo na prática clínica. Vendeira (2018) considera ainda que a ejaculação prematura é sub-diagnosticada, realçando, por um lado o desconhecimento dos homens e dos profissionais acerca das possibilidades terapêuticas disponíveis, e por outro a consideração de que o problema não tem solução e que é devido a problemas psicológicos e à idade avançada.

Nas entrevistas realizadas, um dos aspetos que se evidenciou diz respeito ao capital de informação e às competências comunicacionais dos homens para acederem aos cuidados de saúde. Os médicos e os psicólogos entrevistados realçaram a falta de informação dos homens e as dificuldades em expressarem oralmente os seus problemas sexuais (ou falarem sobre aspetos relativos à sua sexualidade). Consideraram ainda que essas dificuldades têm impacto negativo no acesso aos cuidados de saúde e que podem estar relacionadas com a escassa literacia em saúde, com níveis de escolaridade baixos, com a sua condição socioprofissional e com alguma inexperience na interação com os profissionais de saúde.

Coisas que eles não têm tanta facilidade em falar. E sobretudo noto por ex. que o tipo de linguagem que eles usam comigo quando estou sozinho é diferente do que quando estou acompanhado. Eu faço sobretudo clínica aqui no hospital, faço muito pouca privada e a nossa população que vem aqui é uma população pouco diferenciada e que tem dificuldades em falar sem ser por calão, destas coisas. Acho que a questão diferenciadora é que aqui as pessoas ou não pagam nada de taxa moderadora ou pagam muito pouco e lá fora pagam 60, 70, 80 ou 90 ou pagam os seguros eventualmente. E isso acho que diferencia um bocado. Há também a noção de que de facto lá fora a pessoa marca consulta para quando quiser, à hora que quiser, com o médico que precisa sem ter que fazer o percurso do médico de família,

esperar pela consulta e depois aparecer-lhe qualquer pessoa pela frente, não é? E lá fora a pessoa pode escolher, portanto quem tem mais recursos económicos, que normalmente são as pessoas mais diferenciadas, acabam por escolher. Isso noto. Uma diferença nítida entre a população que nos escolhe lá fora para fazer esta consulta e a população que vem aqui dentro. Não quer dizer que não haja misturas e que não tenha pessoas também de outro grau social lá fora e que não haja pessoas diferenciadas também cá dentro. Há, mas não são muitas. A questão assim mais genérica e não tanto da esfera sexual, é que as mulheres procuram muito mais os médicos do que os homens. E até vemos muitas vezes que esta é muitas vezes a primeira vez que um homem vem ao médico, por causa destas razões, enquanto as mulheres são muito mais utilizadoras e portanto, também estão muito mais à vontade a utilizar os serviços. (P2-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

No consultório é um tipo de classe social, no hospital é outro tipo de classe social. Mas isso é porque tem o lado da parte económica, não é propriamente pelo lado da motivação... Penso que a procura pode ter a ver um pouco com ... por um lado ou o reconhecimento que existe da possibilidade de ajuda e/ou, também, qual é, como é que a pessoa integra por exemplo uma dificuldade de ordem sexual. E aí por exemplo podemos ter as pessoas que são mais envergonhadas que podem levar anos até procurar qualquer tipo de ajuda. Outros têm aquilo que eles consideram um problema sexual e a primeira coisa: tem que ser uma consulta já, rapidamente! (P4-homem; psicólogo e sexólogo; clínica privada)

Contemporaneamente ocorreram várias mutações no campo da saúde que se refletiram na interação entre os saberes leigos e os saberes profissionais. O desenvolvimento do conhecimento científico e dos processos de medicalização das sociedades contribuíram para a transformação de situações quotidianas em doenças (por exemplo a ejaculação prematura) e de doenças incuráveis em doenças crónicas (como é o caso da infeção pelo VIH/SIDA), o que teve implicações na gestão das práticas sexuais para além da gestão das próprias doenças. Todos os processos implicados nestas mudanças, que extrapolam as intervenções que poderiam ser levadas a cabo por profissionais de saúde em espaços institucionais, conduziu à introdução de atores não profissionais na produção dos cuidados. É nestas situações, que obrigam a que os saberes periciais se cruzem com os saberes leigos e que as interações se adequem às situações colocadas pela doença sexual, que se ancora a noção de cuidados negociados proposta por Calvez (2010).

A ótica preventiva da saúde sexual, a prevenção secundária (que incide no diagnóstico de problemas) assume uma grande relevância, pois os problemas sexuais muitas vezes, são os primeiros sinais de outras doenças. Não obstante, mesmo que não seja esse o caso, a sua abordagem e eventual resolução podem contribuir para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Na opinião de muitos especialistas, entre eles urologistas e cardiologistas, é fundamental que os médicos de família sejam alertados para tal, e à luz da importância que reconhecem no diagnóstico de outras patologias, reconheçam a pertinência da abordagem da sexualidade "Quando se explica que uma disfunção sexual pode ter uma causa orgânica como uma diabetes, pode ser um problema da próstata ou cardiovascular, ou da tiroide, os médicos olham para a sexualidade de outra forma, pois estas são doenças que consideram graves" Rodrigues (2018, s.p.). A abordagem da saúde sexual na saúde pública é muito importante pois é o contexto em que o diagnóstico pode ser mais precoce. As doenças que também têm implicações na saúde sexual dos homens tais como a diabetes, as doenças cardiovasculares e o cancro (em especial o cancro da próstata pelas alterações que as abordagens terapêuticas podem implicar) constituem os problemas de saúde dos homens com maior visibilidade social.

Carvalho (2014) considera relevante a aposta na formação em medicina sexual:

É necessário divulgar mais o tema, quer nas faculdades de Medicina quer em outras especialidades, como a Medicina Geral e Familiar. Menos de 20% destes especialistas questionam sobre a sexualidade aos seus doentes, quando sabemos que as patologias cardiovasculares, as endócrinas ou a diabetes, entre outras, afetam negativamente a sexualidade. Este paradigma tem de mudar. (p.13)

Atualmente as doenças crónicas constituem as patologias com maior relevância social, apresentando-se como situações de interações entre leigos e peritos, pouco claras para os atores implicados. Nestas interações desenvolvem-se trajetórias terapêuticas onde se tornam visíveis os limites do saber médico e a incerteza que o acompanha, e onde se tocam as várias esferas da vida social, nas quais se situam os atores envolvidos na doença: os doentes, os profissionais da doença (médicos e não médicos), as/os parceiras/os sexuais, as famílias, as empresas, entre outros (Mamo & Epstein, 2016).

A proliferação de grupos e associações de pacientes que se mobilizam em torno da especificidade de algumas doenças ou de estados de vulnerabilidade no domínio da saúde, reclamando intervenções políticas e/ou biomédicas, tem sido analisada por

diversas áreas do conhecimento. O ativismo social relativo à SIDA e ao cancro da mama são exemplos disto, pelo impacto que tiveram na gestão da doença, nas atitudes e práticas dos profissionais de saúde, nas práticas de investigação e no comportamento corporativo (Mamo & Epstein, 2016). No entanto, neste tipo de ativismos, a saúde/doença sexual dos homens não tem tido grande visibilidade. Na realidade, os movimentos sociais na saúde e as formas emergentes de “biocidadania” parecem ser desencadeados sob a influência de movimentos de outras ordens (que defendem grupos socialmente reconhecidos como vulneráveis, tais como a reivindicação dos direitos das mulheres e das crianças), (Hoffman, Tomes, Grob & Schlesinger, 2011) havendo o que pode ser designado como a influência da agência na estrutura dos cuidados de saúde, na qual emerge a procura do seu contributo para a melhoria da condição de saúde de alguns cidadãos.

Kelly (1992) defende que a educação se alicerça na assunção de que é possível alterar a maneira como os indivíduos percebem as realidades em que estão envolvidos. Neste âmbito, a procura de cuidados e de informação sobre saúde pelos homens deveria acontecer com base na perceção que teriam das suas necessidades (tanto numa lógica preventiva, como numa lógica curativa). De acordo com a autora, o desenvolvimento da perceção dos homens acerca da realidade da sua saúde sexual implica o aproveitamento de todas as oportunidades para obter informação mesmo que aconteça fora dos espaços físicos dos cuidados de saúde, tais como bares, ginásios, supermercados, garagens ou qualquer outro lugar onde os homens possam ser encontrados. No estudo realizado por Vendeira, Pereira, Tomada e Carvalho (2011), os homens inquiridos que consideraram ter tido algum tipo de disfunção (mesmo que ligeira), referiram terem procurado informação escrita (49.6%), informação na internet (32.5%) e linhas telefónicas de apoio (13.8%). “Só 44.4% dos homens consultaram um profissional de saúde, tendo sido o clínico geral (47.1%) o especialista mais consultado, logo seguido do psiquiatra (45.1%) e do urologista (41.2%). Em resposta à questão sobre o que havia feito quando se sentiu afetado, 46.8% dos homens afirmou nada ter feito.” (Vendeira, Pereira, Tomada & Carvalho, 2011, p.19)

No entanto, na análise dos discursos dos homens entrevistados, destacou-se que a maioria dos homens mais novos privilegiavam como fontes de informação (em caso de problemas relacionados com a sua saúde sexual) a internet, os médicos com quem tinham alguma proximidade, os amigos e uma minoria referiu ainda os pais. Os homens mais velhos evidenciaram privilegiar o/a médica/o de família, informação escrita (livros ou

publicações médicas sobre o assunto), a internet e uma minoria referiu as companheiras. Realça-se ainda que os protagonistas do campo da saúde sexual que participaram neste estudo consideraram que os homens com níveis mais elevados de escolaridade privilegiam a internet como fonte de informação privilegiada e que alguns utilizam as linhas telefónicas de apoio. Afirmam ainda que os homens mais velhos, com níveis mais baixos de escolaridade e com menores recursos económicos geralmente procuram informação junto dos médicos de família e que os homens com mais recursos económicos têm mais tendência a recorrer aos urologistas (nos consultórios privados) e aos sexólogos.

Portugal é um país em que a utilização das tecnologias digitais tem proliferado nos quotidianos profissionais e lúdicos dos homens e também como recurso no âmbito da saúde/doença sexual. A importância das experiências dos homens com os media digitais e com os sites em redes sociais, na construção e na performatividade das masculinidades contemporâneas, tem sido reconhecida apesar de pouco investigada (Manago, 2013; Morris & Anderson, 2015). Caruso e Roberts (2018) realçam a importância de mobilizar os contributos da teoria da masculinidade hegemónica e da teoria da masculinidade inclusiva, em debates académicos sobre masculinidades, que incluam os ambientes virtuais.

3.2 Desenhando o mapa das representações masculinas sobre saúde/doença sexual

A sexualidade abrange uma mediação complexa entre a estrutura e a agência que, no que diz respeito à heterossexualidade contemporânea, parece realçar a promoção da escolha individual e o papel desempenhado pela agência. No trabalho que se apresenta, a abordagem das representações sobre saúde/doença sexual dos homens procurou incidir na influência da estrutura sobre a agência, evidenciando os universos simbólicos que atravessam as práticas profissionais, as orientações e os valores face à saúde sexual dos homens, a caracterização das representações sociais dos homens sobre saúde/doença sexual e as implicações dessas representações.

As consequências práticas e políticas das questões da saúde sexual na saúde pública realçam o percurso histórico da sexualidade como um problema de saúde pública desde o século XIX. A identificação dos aspetos da sexualidade que são considerados no âmbito da saúde pública enfatiza o lugar e o estatuto da sexualidade na vida humana e

realça o facto de a sua regulação social depender do contexto político e cultural e originar diferentes formulações do conceito de saúde sexual (Giarni, 2002).

A medicalização implicou a transformação daquilo que eram consideradas condições humanas em desordens, passíveis de tratamento (Conrad, 2007). Neste âmbito, realçam-se alguns dos fatores sociais que definem o contexto em que ocorre a medicalização e a reforçam, como a diminuição da influência da religião, a confiança inabalável na ciência, a racionalidade e o progresso, o crescente prestígio e poder da profissão médica e a propensão para encontrar soluções individuais e tecnológicas como respostas para os problemas. A expansão da jurisdição médica e os desenvolvimentos farmacológicos tiveram um forte contributo no desenvolvimento inicial da medicalização.

Carapinheiro e Correia (2015) consideram que, à luz do primado sociológico, a saúde não deve ser considerada como individual nem como corporal. O indivíduo é o resultado das relações sociais que acompanham a sua existência, e os comportamentos e significados individuais são considerados como estando enquadrados por referenciais sociais e culturais. Não obstante ser no plano da saúde/doença sexual, que as manifestações se situem no plano individual numa esfera íntima, o argumento sociológico é que os significados atribuídos às sensações e perceções (que podem ser biológicas ou psicológicas) são intrinsecamente sociais. Nesta lógica, os sinais e sintomas individuais não podem ser dissociados do social, em que leigos e peritos são partes integrantes de um sistema complexo de saberes. Para estes autores, saúde e doença envolvem formas complexas, e nem sempre coincidentes, de perceções e de entendimentos, que condicionam comportamentos e expectativas na produção e na utilização de cuidados e que também incluem os profissionais de saúde na forma como aprendem e aplicam o (des)conhecimento científico.

A teoria das representações sociais operacionaliza um conceito para abordar o pensamento social, na sua dinâmica e na sua diversidade. O estudo das representações pode incidir sobre fenómenos que são continuamente fornecidos pela ciência, pelos seus saberes e pelos seus praticantes. Partindo da premissa de que as representações se referem ao estudo do senso comum alimentado pela ciência e de que existem formas diferentes de conhecer e de comunicar (guiadas por objetivos diferentes), Moscovici (1976) define duas formas para precisar as relações entre as representações sociais e a ciência, a forma consensual e a científica. O universo reificado é considerado o universo da ciência, onde a linguagem é substituída por equações e as noções retiradas do quotidiano são

desfamiliarizadas e desindividualizadas (Castro, 2002). O universo consensual constitui-se através da interação quotidiana, informal e é aquele com que lidam as representações sociais. “A ciência já foi baseada no senso comum e fez o senso comum menos comum; mas atualmente o senso comum é ciência tornada comum.” (Moscovici, 1984, p.388).

Neste ponto do trabalho foram desenhados vários esboços que procuravam delinear e matizar o mapa das representações masculinas sobre saúde/doença sexual. Neste processo, a análise do material empírico convocou os contributos teóricos do capítulo I e os matizes foram-se revelando na aproximação às definições masculinas de saúde/doença sexual que emergiram nos discursos dos protagonistas do campo da saúde sexual e dos homens que participaram no estudo. Nesta aproximação, com base na proposta analítica sugerida por Giami (2002), procurou-se ainda captar nuances sobre as concepções masculinas de problemas de saúde sexual, as intervenções que reconheciam como necessárias, os profissionais que consideravam adequados para as realizarem, e onde identificavam essas intervenções.

3.2.1 Narrativas dos peritos acerca das representações leigas

Entre saúde e doença existem limites, que nem sempre são objetivos, que são mutáveis e que não permitem a sua exclusão mútua. As definições de saúde/doença sexual, são atravessadas por controvérsias no interior da comunidade médica, pela evolução do conhecimento médico (que implica a revisão da “verdade” e das “certezas” da medicina) e pelas premissas adotadas pelos cientistas como sendo verdadeiras ou falsas (Carapinheiro e Correia, 2015).

Este duplo entendimento de doença, partilhado e individual, é captado mais subtilmente na língua inglesa pela distinção das palavras *disease* (ou “doença pela medicina”), *illness* (ou “doença pelo doente”) e *sickness* (ou “doença pela sociedade”). Enquanto a primeira remete para a doença definida medicamente, sabendo-se que essa definição é em si mesmo variável, a segunda remete para a doença que cada pessoa sente em função do que identifica como doença e de como a sente. A terceira reconduz ao plano do reconhecimento social da doença como legítima e das suas consequências para a atribuição de um estatuto anómalo. Não poucas vezes sinais indicam doença (*disease*) sem que a pessoa se sinta doente (*illness*), como o contrário, com repercussões variáveis sobre os contextos de organização da vida quotidiana (*sickness*). (Carapinheiro & Correia, 2015, pp.6-7)

Estes autores evidenciam ainda a impossibilidade de separar a saúde da doença de forma objetiva e constante, e o facto do conhecimento não ser aplicado de forma neutra e independente por quem o aplica.

Para alguns dos protagonistas do campo da saúde sexual que foram entrevistados, as concepções que os homens têm de saúde/doença sexual incidem sobretudo nas IST. Assim, consideram que para os homens a saúde revela-se clinicamente pela materialização e objetivação do estado de “não contaminado”, e a sua manutenção está relacionada com a responsabilidade dos homens na preservação desse estado. Este tipo de perspectiva aproxima-se do que Epstein e Mamo (2017) consideram a propósito da proliferação da saúde sexual e da legitimação da sexualidade, como o reconhecimento da contenção da disseminação das IST. Nesta lógica, sexualidade é vista como uma prática arriscada e a saúde como o resultado da minimização do risco individual e coletivo, relativamente à propagação das doenças. Neste cenário é suposto que o desenvolvimento de planos institucionais incida em campanhas de vigilância, e que a nível individual a preservação do estado de “não contaminado” seja considerada como uma obrigação moral.

Para os homens ter saúde sexual é (risos) basicamente é fazerem aquilo que lhes apetece desde que não apanhem doenças. (P17-homem; enfermeiro; cuidados de saúde primários)

(...) saúde sexual no geral é, primeiro, as pessoas estarem informadas [sobre a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis], estarem bem informadas, terem uma boa educação sexual e depois, e eu acho que isso é o mais complicado é passarem essa informação à prática, ou seja criarem hábitos saudáveis de saúde sexual. (P12-mulher; psicóloga, instituição para a proteção dos direitos LGBT)

Numa outra perspectiva, alguns discursos (sobretudo dos psicólogos e psiquiatras), enfatizaram a valorização que os homens fazem da obtenção de prazer e de bem-estar como sinónimos de saúde sexual. Epstein e Mamo (2017) consideram que este tipo de perspectiva define a sexualidade como a prática da autorrealização e a saúde sexual como estando centrada no bem-estar. A alteração ao estado de saúde ou a existência de doença incide na ausência de prazer. Nesta lógica, as expectativas criadas sobre os planos institucionais, é que valorizem a procura de prazer, sendo definidas como prioridades a nível individual, a fruição e a maximização desse prazer.

O que pode distinguir a saúde da não saúde é a plenitude da sexualidade ou não. Imagina tu que é um homem que não consegue ter orgasmos ou que não tem ereção ou que não consegue ter essas coisas todas ou que tem uma libido diminuída, que tem uma diabetes por exemplo, não é preciso mais. (...), é evidente que essa sexualidade nunca pode ser vivida como um elemento de felicidade. (...) aquela sexualidade é vivida de uma forma muito mitigada, não é? (P24-homem; médico psiquiatra; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

(...) é um fator de alegria. Por um lado, de alegria, mas também de realização pessoal e até de uma certa saúde psicológica. (P19-homem, organização para a proteção dos direitos LGBT)

Ter uma sexualidade que corresponda aos seus sonhos, ter uma sexualidade saudável, sem doenças sexualmente transmissíveis e ter uma sexualidade em que tenham recompensa pelo prazer. (P11-homem; médico infeciologista; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

No entanto, para a grande maioria dos protagonistas do campo da saúde sexual que participaram neste estudo, a representação que os homens têm de saúde/doença sexual, incide em aspetos de desempenho sexual, na capacidade funcional traduzida pela ereção e pela ejaculação. Nesta perspetiva, Epstein e Mamo (2017) consideram que a sexualidade é definida com base em mecanismos fisiológicos e neurológicos e que o significado atribuído à saúde sexual incide na “potência” e na performance. Defendem ainda que as alterações da saúde dizem respeito à incapacidade de funcionamento, à dor ou ao desconforto. Nesta lógica, seria esperado que os planos institucionais incidissem sobre as intervenções terapêuticas (fármacos ou de outro tipo) e que individualmente, a prioridade fosse recuperar o funcionamento e conseguir ter um “bom desempenho sexual”.

Eu acho que eles têm disso uma ideia muito clara. A saúde sexual para eles põe-se nestes termos: funciona ou não funciona. E só procuram o médico quando eventualmente aquilo não funciona, deixou de ter ereção, ou aquilo não dura tempo suficiente, ou... só nessa altura. (...) Mais nada. (P10-homem; médico; cuidados de saúde primários e clínica privada)

Os homens são absolutamente pragmáticos nesse aspeto. A vida sexual do homem está bem se ele conseguir atingir uma boa ereção e tiver prazer. A parte da mulher [para eles] é absolutamente secundário. Claro, há exceções e nem sempre é assim,

mas pronto. A base é esta, eu consigo uma boa ereção, eu atinjo o orgasmo, eu estou porreiro. Pronto. (P21-homem; médico urologista e andrologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Eu acho que para eles a saúde sexual é poder ter relações sexuais sem ter que usar nenhum medicamento até bastante tarde. Eu penso que a ideia de saúde sexual deles é essa. Uma penetração e uma ejaculação na altura certa, pronto, poder ter uma vida sexual ativa sem alterações até bastante tarde. Eu acho que eles às vezes eles não pensam muito se a mulher tem ou não prazer. (P6-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

Nas perspetivas mapeadas realça-se o reconhecimento que os profissionais fazem acerca das desaproximações entre estes e os homens na definição do conceito de sexualmente saudável, o que pode ter impacto nas interações que se estabelecem entre peritos e leigos. Aos profissionais de saúde, mais concretamente aos médicos, para além, de lhes ser atribuída a autoridade para determinar quem está doente e quem está saudável, também lhes é imputada a obrigação de agir no melhor interesse do doente o que, no caso de haver divergências, pode dar origem a ambiguidade ou conflito nas interações que se estabelecem entre leigos e peritos (Morgan, 2003).

Para eles é importantíssimo ter ereção e ejaculação. Eu acho que é assim o símbolo. É as duas coisas. [sou saudável] Porque isto funciona. Para eles é fundamental. As necessidades deles em termos de saúde sexual? É a insatisfação na relação, normalmente, como eu lhe disse, acho que passa muito por dificuldades na ereção ou dificuldades na ejaculação. Essas são as principais dificuldades quando mencionam a vida sexual, pelo menos é a perceção que eu tenho. [E o que esperam de si?] Esperam assim uma coisa milagrosa, um tratamento, uma receita. (...) Para mim um homem saudável a nível sexual é aquele que se sente satisfeito a vários níveis, nas várias vertentes com a sua vida sexual, a sua vivência sexual. Desde o prazer, desde... Desde conseguir ter a sua relação sexual satisfatória, que lhe seja satisfatória para ele. Para mim isso está tudo bem. Quer dizer não acho que... (P7-mulher; médica; cuidados de saúde primários)

Sabe que o problema da saúde de uma maneira geral segundo a definição da organização mundial de saúde é uma coisa paradisíaca, que não existe, que ninguém tem. Passa pela saúde física, psicológica, social, não sei quê. É uma coisa muito bonita que fica muito bonita escrita, mas... basicamente as pessoas entendem que ter saúde é não ter queixas e fazer uma vida normal. A saúde sexual passa um

bocado pela capacidade sexual, neste caso dos homens, de terem relações com a companheira que têm, de uma maneira, enfim, normal, regular, digamos assim, embora eles aceitem perfeitamente que as coisas se modificam com os anos. E às vezes dizem, “pois, doutor isto já não era como era dantes”. “epá obrigado, mas você tem setenta anos, o que é que estava à espera?”, “pois, está bem, mas olhe que às vezes..., ah eu também já estou um bocado cansado da minha mulher...”. “Epá pois, mas isso está na cabeça pá. O órgão sexual mais importante é a cabeça”. Uma frase muito engraçada que eu ouvi de um tio de um amigo meu, um velhote com os seus oitenta anos, que era conhecido por ter sido um grande garanhão. E dizia-lhe o sobrinho, “oh tio isso agora está mal, oitenta anitos e tal...!”, “Sabes X, sabes qual é o problema? É que vai-se a força mas fica a cisma”. É um bocado assim. Portanto a saúde sexual, para mim basicamente passa por aquilo que o doente consegue fazer, passa por não ter problemas ao nível da próstata, passa por não ter problemas ao nível coronário, ou circulação arterial de uma maneira geral. Passa por não ter problemas ao nível neurológico de algumas situações neurológicas que limitam a capacidade sexual, a diabetes, uma série de doenças. Que pela doença em si, ou que pelos tratamentos limitam a capacidade sexual, e hoje em dia, é uma coisa que está a ser cada vez mais, é o problema das depressões e dos antidepressivos. A depressão já por si é má em termos de desempenho sexual e os antidepressivos ainda pioram. Porque há muitos, praticamente quase todos, embora haja dois ou três mais leves, digamos assim, mas a maior parte deles diminui a libido. Não só a libido como a capacidade de ereção, etc... portanto, desde o momento em que a pessoa não sofra de nada disto, enfim, não tenha excesso de peso, faça exercício regular, enfim, tenha uma vida mais ou menos, a sua saúde sexual está lá. (P10-homem; médico; cuidados de saúde primários e clínica privada)

Para os profissionais acima referidos, as representações que os homens têm da sua saúde sexual caracterizam-se por uma perspetiva falocêntrica e funcional. No entanto, alguns dos urologistas, consideram que os homens mais novos e com níveis de escolaridade mais elevados detêm um conceito de saúde sexual que realça não só a obtenção de prazer, mas que também inclui a capacidade de proporcionar prazer. Neste contexto, a valorização atribuída ao orgasmo aproxima-se do conceito de orgasmocracia, ou de ditadura do orgasmo. Na perspetiva destes profissionais, a imposição de proporcionar prazer implica a sua validação por parte de um/a parceiro/a, o que pode conduzir ao confronto dos homens com exigências de performances sexuais, às quais

podem não conseguir dar resposta, e que lhes pode imputar vulnerabilidade à doença sexual.

Nos novos já começa a ser, estão muito mais preocupados com essa parte. Querem que ela desfrute. Os homens mais diferenciados estão mais preocupados. Aí já começa a haver um bocado o símbolo de ser macho é também dar prazer não é só eu conseguir uma ereção. Se calhar numa classe social mais desfavorecida, menos diferenciada o ter três ereções seguidas é muito mais um símbolo de virilidade, “eu tenho uma ereção capaz, independentemente de ejacular em 5 segundos, mas logo a seguir tenho outra e volto a ter 5 segundos, não interessa, mas consigo dar 3 seguidas, sem tirar. Três seguidas, sem tirar!” Esse parece-me um dos grandes símbolos de masculinidade, é a ereção. É a capacidade de ter uma ereção e ter mais do que uma, esse é o grande protótipo do macho que já não é tanto assim numa idade mais jovem e mais diferenciada. Mas aí também não creio que seja só o homem que está preocupado com a mulher, agora, a mulher é que também já não aceita que aquele homem não lhe dê prazer e diz-lhe isso. E, portanto, ele até poderia, o mesmo homem numa situação em que a mulher lhe parecesse que estava a ter prazer ou que não o manifestasse podia não se aperceber tão bem, agora as mulheres manifestam aos namorados, companheiros: “isto que estás a fazer não me chega”. (P2-homem, médico urologista e andrologista, instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Era desempenho e à boa maneira masculina um bocado... um bocado, estou a falar de antigamente, um bocado egoísta, o homem é que tinha de ter a sua performance e não ligar muito ao resto. Neste momento o paradigma mudou, se calhar exageradamente, quase em 180 graus, ou seja, neste momento há homens cuja sexualidade passou a ser em função da sexualidade da mulher. Ou seja, às suas próprias disfunções de repente eles acumularam as disfunções das parceiras. Porque o homem neste momento... é esse o paradigma atual e que as próprias mulheres começaram a tentar impor, porque também lhes é imposto pela comunicação social feminina e os homens neste momento estão perfeitamente subordinados à sexualidade das suas parceiras. Atendendo a que as disfunções femininas na prática são de facto ainda mais frequentes do que as masculinas, de repente o homem começou a ter de lidar com as duas, quer dizer a situação mudou muito. Eu diria em termos um bocadinho caricatos, mas que não deixam de ser verdade, que neste momento os homens têm medo da sua própria sexualidade por causa da sexualidade das mulheres, ou seja, ao fazer tudo em função da mulher ou

quase tudo passaram a estar com muito mais problemas. (P5-homem; urologista e andrologista; clínica privada)

Nas perspetivas dos profissionais emergiu ainda a ideia de que as representações de saúde sexual que os homens têm não se restringem à funcionalidade dos seus órgãos, mas incluem a boa forma física, a ausência de doenças e a exibição da sua boa condição física.

Eu acho que para todos os homens, penso eu, quer dizer para todos é sempre... Uma coisa é serem competentes sexualmente, conseguirem ter o desempenho, eu acho que é muito importante para os homens todos. E isto nem é bom nem é mau, é assim. Depois é evidente que eu acho que eles gostam... associam muito a saúde física, quer dizer o não ter doenças, o sentirem-se fortes e em boa forma física, pronto eu também acho que isso é uma coisa importante. Eu acho que são sobretudo essas duas coisas, mas acho que o desempenho sexual tem um grande peso naquilo que os homens pensam de si próprios. (P14-mulher; médica ginecologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

Alguns autores que abordam esta temática, optam por polarizar o conceito de saúde entre o conceito de saúde negativa (que incide na doença ou nas alterações ao estado de saúde) e o de saúde positiva, que enfatiza o bem-estar como a entidade básica (Downie, Tannahill & Tannahill, 1996). Tradicionalmente, as representações acerca do estar doente veiculavam as ideias de que a doença implica dependência (em maior ou menor grau), que o indivíduo doente era dependente (um recetáculo de cuidados), e desvalorizavam a sua participação ativa na produção de cuidados (Calvez, 2010). Esta representação de um sujeito passivo é encontrada na análise da relação terapêutica desenvolvida por Parsons (1951), na qual o paciente desaparece perante a sua doença que o passa a definir. Neste cenário, o doente deve adotar um papel que corresponda às exigências funcionais da sociedade e do médico, e deve esforçar-se para controlar a alteração que constitui o estado de doença. Segundo Calvez (2010), a competência técnica do médico aplica-se ao distúrbio da saúde e o seu ethos permite-lhe controlar e neutralizar a situação social do paciente, com o benefício de uma influência técnica sobre a doença e sobre o corpo doente.

O aumento da longevidade (e o conseqüente aumento do número de idosos em Portugal), em simultâneo com o desenvolvimento de possibilidades para tratar as alterações sexuais associadas ao envelhecimento, fazem com que a procura de cuidados

no âmbito da saúde sexual aumente na população de homens mais idosos, que durante muito tempo foi representada como assexuada. Os desenvolvimentos farmacológicos que ganharam visibilidade nos media vieram contribuir para que muitos homens depois dos 60 ultrapassassem as condicionantes físicas e pudessem ser sexualmente ativos. Nos media surgiu a designação de *sexalescentes* (supostamente para substituir a designação de sexagenários), que veio dar visibilidade a indivíduos com mais de 60 anos que, para além de outros aspetos, também se consideram sexualmente ativos.

No que diz respeito à saúde sexual dos homens nesta faixa etária, entre os 47-60 anos, alguns dos profissionais entrevistados consideram que o risco de contaminação com IST está a tornar-se preocupante. Como justificação para tal referem o facto de os homens mais velhos não terem sido socializados (ao longo das suas vidas) para a prevenção deste tipo de infeções e a desvalorização que fazem das suas eventuais consequências. Outro aspeto considerado preocupante para a saúde destes homens diz respeito ao acesso a fármacos para as disfunções sexuais, que nem sempre é mediado por médicos, nem por farmacêuticos e que, por vezes, provoca problemas consideráveis para a saúde.

3.2.2 Representações leigas: da saúde em geral à saúde/doença sexual

Do ponto de vista dos próprios homens, existe um largo desconhecimento acerca das representações de saúde/doença sexual. Neste estudo, através da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas aos homens procurou-se identificar inicialmente as suas conceções sobre saúde de uma forma mais global. Para os homens mais velhos o “ser saudável” emergiu como um estado confirmado através da ausência de sintomas, de não ter necessidade de cuidados de saúde, e de recuperar rapidamente de qualquer problema de saúde: “não sentir nada”, “não ter dores” “não precisar de ir ao médico”, “não precisar de tomar medicamentos”, “não precisar de fazer a exames médicos” e “recuperar rapidamente de problemas”. Aparentemente, para estes homens, um corpo saudável define-se como um corpo que nunca foi tocado pela medicina ou pelos cuidados de saúde. Assim, o médico enquanto recurso que identifica alterações ao estado de saúde, é considerado como o detentor de um juízo clínico que corporiza a distinção entre a saúde e a doença, através de uma base biológica do conhecimento médico (Carapinheiro & Correia, 2015). Nesta lógica, as representações leigas de saúde apontam para um distanciamento dos cuidados médicos e para a ideia de um corpo não poluído pelas intervenções médicas.

No meu corpo nunca ninguém tocou. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

[considera-se uma pessoa saudável?] Absolutamente, não tomo medicamentos, não tomo nada. Portanto eu, epá, os meus medicamentos morrem lá em casa por ultrapassarem o prazo de validade. (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Não me dói nada, não me queixo de nada. Tenho os triglicéridos altos, o colesterol também. Isto não está perfeito, mas para a idade, acho que estou saudável. (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Realça-se ainda que alguns dos homens mais velhos, apesar de referirem patologias crónicas como a diabetes e a hipertensão, consideram-se saudáveis. Este estatuto aparece validado através da ausência de sintomas, apesar da evidência clínica de problemas, e pelo afastamento dos cuidados médicos, que surge associado ao facto de não se reconhecerem no papel de “homens doentes”.

Eu penso que sim [que sou saudável]. Quer dizer, embora possa não ser saudável. Tenho uma doença [diabetes] é complicado, mas sinto-me bem, felizmente. Tenho falhado é na medicação, na ida ao médico. (...), não tomo a medicação, não vou ao médico, não sou visto. (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Por outro lado, o surgimento de sintomas e o diagnóstico médico de algumas doenças crónicas, associado às limitações quotidianas que implicaram, incluindo na sexualidade, contribuíram para o seu autorreconhecimento como doentes.

Já me considerei [saudável]. Hoje não. (...) Opá tive um problema cardíaco há quatro anos. Debilitou-me ligeiramente para não dizer bastante. Portanto, não me sinto o mesmo homem, não é?! Até pela minha forma de pensar. Sou muito, cismo muito nos meus problemas de saúde. Respeito muito a minha saúde, provavelmente não a respeitei tanto conforme hoje a respeito. Eu estava bem. Aliás eu sentia muitas vezes o meu coração bater muito, mas não ligava. Pensava, que era eu que tinha muita robustez física e que era eu que estava cheio de força. Até que um dia, senti uma coisa ... (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Numa outra perspetiva, mais próxima da representação da saúde com base numa lógica causal, que pode abarcar aspetos políticos, morais, éticos e estéticos, que influenciam o estado de saúde, e os significados que, neste caso, os homens atribuem ao seu estado de saúde/doença (Carapinheiro & Correia, 2015), emergiu com maior

visibilidade nos homens mais novos o ser saudável como uma consequência de cuidados quotidianos com a saúde, que englobam como aspetos valorizados, a alimentação (incluindo suplementos vitamínicos), o sono, o exercício físico e a abstinência do consumo de substâncias prejudiciais (tabaco e álcool).

(...) a prática de desporto e com prevenção através de medicamentos para aumentar as imunidades do corpo através de vitaminas ou outro tipo de comprimidos que possam existir. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Sou um bocado viciado [com os cuidados] com a alimentação. Bebo muitos sumos de laranja. (...), bebo uns whiskies à noite e fumo umas cigarradas mas portanto, durante o dia sou capaz de me tentar alimentar. A minha alimentação procuro que seja o melhor possível. Bebo só água. Pronto, tento. Pelo menos tenho esse esforço. Sou capaz de ir ao médico e pedir umas vitaminas para melhorar alguns desempenhos em termos físicos, mas não tenho extravagâncias de ficar grande, nem de... prefiro estar bem. (E50-EE; 40 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Nos homens mais novos, a condição de “ser saudável” emerge validada pela boa forma física (ilustrada pela força e robustez física, que também inclui uma componente estética), pela ausência de sintomas, pela juventude (um estatuto ameaçado pelo envelhecimento) e pela “normalidade” dos resultados de análise laboratoriais. Alguns destes homens consideram-se saudáveis por não atribuírem gravidade aos problemas de saúde que têm (apesar dos diagnósticos clínicos) e não consideram que a designação de doentes lhes seja adequada. Com grande visibilidade nos homens mais novos, com maiores níveis de escolaridade, destaca-se a sensação de bem-estar como indício do seu “bom” estado de saúde, apesar de alguns dos entrevistados referirem ansiedade e exaustão laboral que interferem no seu bem-estar e no seu estado de saúde geral e sexual.

Eu fiz desporto durante 8 anos, (...) depois quando entro para a faculdade, tive que optar por trabalhar e larguei o ginásio. De lá para cá nunca mais fiz nenhum desporto. Portanto noto fisicamente e o considerar-me aqui saudável... quer dizer sou, mas com dores na coluna, derivado à profissão. Portanto eu já tenho algumas mazelas na coluna. (...) A alimentação consigo porque eu tenho a preocupação de fazer as refeições em casa e trazer para comer. Portanto tenho algum controle em termos especialmente de gorduras, colesterol. Portanto tento fazer comida mais para o saudável. Aí consigo controlar pelo menos a parte da alimentação. Isso consigo. O desporto neste momento, sinto necessidade de o fazer até pela parte física

aqui do trabalho, mas sinto-me tão cansado que não tenho coragem de ir para um ginásio. 12 horas a trabalhar é muito puxado. (E38-PTE; 34 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Incidindo agora mais especificamente nas representações que os homens têm acerca da saúde/doença sexual, da análise dos discursos dos homens participantes emergiram várias categorias.

A primeira, “ausência de doenças sexuais”, que teve maior visibilidade nas narrativas dos homens, traduz uma perspectiva negativa de saúde e uma abordagem medicalizada da saúde sexual, que se baseia sobretudo em parâmetros clínicos para confirmar ou infirmar o estado de saúde /doença sexual. Esta categoria permitiu ainda distinguir as IST e as disfunções sexuais (sobretudo as disfunções eréteis), realçando-se que esta última enfatiza uma sexualidade funcional em que a avaliação do estado de saúde/doença sexual dos homens inclui uma referência e apreciação leiga dos padrões de desempenho. A segunda, valoriza a “libertação de interdições” e situa o conceito de saúde sexual na liberdade de “fazer o que apetece, quando apetece e o recusar fazer”. A terceira, que incide sobre o “primado do prazer” engloba em primeiro lugar o prazer como uma experiência individual e em segundo, o prazer como experiência partilhada. A quarta denuncia uma ideologia positiva de saúde, destacando o “bem-estar” que incluiu aspetos físicos e psíquicos.

A ausência de doenças sexuais

- “Não ter doenças sexualmente transmissíveis.”

Nesta subcategoria, em que se destacam os homens mais novos, a saúde sexual surge como um estado que decorre da confirmação clínica acerca da não contaminação. Apesar de nos seus discursos, estes homens evidenciarem a preocupação e o reconhecimento da sua vulnerabilidade às IST, descrevem práticas em que não acautelam as possibilidades de serem infetados. A sexualidade e as relações sexuais, são consideradas como situações de exposição ao perigo, e descrevem que devido à consciência que têm acerca do perigo de contaminação, avaliam o potencial de contaminação das/os eventuais parceiras/os, o que na maioria das vezes é efetuado com base na aparência física das/os parceiras/os, ou mais raramente através da inquirição acerca do seu estado serológico.

Em 1º lugar não ter qualquer doença sexualmente transmissível. Isso é primordial.

(E23-EE; 34 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Para já é não ter aquele tipo de doenças sexualmente transmissíveis e passará um bocado por aí... (E32-PTE; 34 anos; ens. superior; sem relação)

Ter saúde sexual é não ter uma doença sexualmente transmissível (risos). (E10-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

(...) as duas pessoas saberem como estão no aspeto saúde... ou seja, livres de qualquer doença, tanto o homem como a mulher. E o homem e a mulher, um ou outro, não se prejudiquem um ao outro no relacionamento que possam ter um com o outro na parte sexual (...) (E12-EE; 60 anos; ens. secundário; coabitação)

Neste âmbito, da análise das entrevistas destacam-se as racionalidades leigas e científicas implícitas na prevenção de IST. Apesar da sua plasticidade, sob a égide da prevenção na primeira pessoa, ou de terceiros, alguns homens descrevem um sexo regulado, que inclui vários aspetos na minimização da vulnerabilidade à doença sexual, nomeadamente a utilização do preservativo (que nas suas perspetivas é securizante), a higiene pessoal (vista como uma espécie de escudo protetor), a restrição do número de parceiros (diminuindo a probabilidade estatística do contato com alguém infetado), o conhecimento dos resultados das análises das/os parceiras/os (como uma aproximação leiga a uma avaliação clínica ou pericial do risco) e confiar na “sorte” (quase como uma proteção mística).

Acima de tudo ter cuidados com as doenças e lá está, pode-se ter prazer sexual e estando protegido pode-se fazer de qualquer maneira e feitio, estando protegido. É assim, obviamente também não é “Manel vai com todas”, também tem que se ter um pouco de cuidado com isso (...) (E22-EE; 31 anos; ens. superior; sem relação)

(...) eu acho que as pessoas de alguma maneira têm sempre tendência a ter uma certa fixação numa relação mesmo que haja umas escapadinhas de um lado ou de outro, (...) saúde sexual é a pessoa ter consciência do estado de saúde em que se encontra e do estado em que se encontra o parceiro epá e promover as práticas que... não permitam que as coisas se alterem. Acho que hoje em dia o nível de conhecimentos, o nível de informação é tão grande que só não sabe quem não quer. Só não segue as boas praticas quem não quer. (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

O que é hei de dizer?! Isso, na relação... isso na relação, pronto, parte de um princípio tem que haver higiene. Esse é o ponto número um. Não havendo higiene a

qualquer momento pode acontecer um problema... Sem a gente se aperceber até. Eu, falo por mim, isso não acontece porque eu todos os dias, é o meu hábito, higiene acima de tudo. (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

E depois então falando mesmo na parte dos vírus. Ter esse cuidado. Acho que uma boa higiene pessoal também é importante. (E38-PTE; 34 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

O que é que é ter saúde sexual? É ter ... bons hábitos de higiene e de prevenção de doenças. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Epá saúde sexual para mim... a ideia é naquela base de não andar sempre nas aventuras e se calhar ter um parceiro ou 2 mais ou menos certos, não andar hoje aqui e amanhã alem. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

Ter sorte (...) também tive muita sorte! (risos) porque aqui... (risos) (E12-EE; 60 anos; ens. secundário; coabitação)

Não nunca, por acaso nunca tive. Aaa, mas, aaa, tenho amigos meus que dizem que já apanharam chatos e esquentamentos e não sei o quê, mas a mim, nunca. Por acaso nunca me aconteceu. Tenho tido sorte. (E55-O; 31 anos; ens. básico; sem relação)

Com um grande protagonismo nos discursos dos homens entrevistados surgem as descrições de ansiedade e preocupação que os levam a procurar ajuda nos cuidados de saúde (pedido de prescrições médicas para a realização de análises laboratoriais, ou recurso a centros ou carrinhas móveis que lhes permitam a realização de análises laboratoriais para avaliação do seu estado serológico), após a ocorrência de relações sexuais em que consideram ter havido exposição ao risco de infeção. No entanto, a confirmação do seu estado de não infetado traduz-se de formas diferentes, e para alguns, é considerada como um reforço positivo para reiterarem comportamentos arriscados.

Ninguém mo pediu fui eu que apanhei a carrinha e digo assim: “Tu às vezes nem sempre te portas bem. Isto é uma carta fechada, a gente não sabe o que é que vai aí encontrar, mas... (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

Por exemplo, eu era capaz de chegar ao pé do Doutor, não ia lá por mais nada, “Ó Senhor Doutor, havia hipótese de fazer umas análises?” e ele “Então se queres fazer, fazes.”, foi um médico sempre, pronto, que me apoiou. Vinham os resultados negativos. Pronto, dizia assim, epá, safei-me! Tentava novamente. Às vezes tentava

novamente com quem andava. Porque pensava ali está limpo, pronto. Escolhia um bocado. Mas às vezes perdia muita coisa porque estava com medo. Não era por mais nada. Tinha sempre medo. Pronto, como é que hei-de explicar? Quase sempre, se fossem casadas, não havia, pensava eu, não havia grande problema. Solteiras, às vezes tinha que andar ali muito tempo, a andar à volta, à volta, a ver se... pronto, se ali... Mas isso já há uns anos. Hoje não me ponho assim nessas cegadas. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

Nós quando apanhamos um susto, se tudo corre bem às mil maravilhas, epá não aconteceu desta vez, também não acontece da outra, siga em frente. Mas se houver uma coisa qualquer que venha alterada [nas análises], uma pequena coisa, e o médico diz “olhe cuidado que está aqui uma coisa” então aí ele já começa a pensar “epá, para a próxima vez não... o que é que eu fui fazer?”. E é assim. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Mas eu normalmente nem vou a esse... por exemplo quando é o teste do HIV, eu fazia, e tenho feito nos GADS [Grupo de Apoio e Desafio SIDA]. É mais fácil e mais rápido. Chega-se lá, faz-se e andor. São uns que há ali no Centro de Saúde da Lapa. Pronto, e é muito fácil. Não é preciso marcar, vai-se lá, faz-se e é mais pratico. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Apesar de emergir com menor visibilidade nos discursos dos participantes, também foi referido o impacto positivo do período de incerteza (inerente à obtenção dos resultados a analíticos) e do medo dos resultados, como contributos para a perceção do perigo como uma realidade concreta e para evitar a exposição ao medo de contaminação. Não obstante foi também mencionado que a sensibilização descrita nem sempre tem o efeito pretendido e que, especialmente em idades mais novas, é difícil não reiterar o “correr o risco”.

Se não tivermos cabeça para pensar que se calhar tivemos foi sorte [repetimos]. E, portanto, uma pessoa quando vai à chuva às vezes molha-se, não é? E, portanto, se nos pomos a jeito de nos molharmos o mais provável é que saímos de lá com uma pinga ou outra. Portanto, apesar de, como estava a dizer, ao princípio não ter assim tanta consciência, o que é facto é que é preciso realmente ganhar essa consciência de que ao tomarmos um passo não protegido estamos a sujeitar-nos não só à condição de saúde daquela pessoa, mas a toda a rede de todas as pessoas com quem essa pessoa esteve e toda a rede envolvida. Portanto, hoje em dia tenho essa consciência, não é? Agora uma coisa que eu aprendi nos meus 32 anos, é a não usar

as palavras nunca e sempre. Em relação ao futuro não podemos nunca dizer. Portanto, não posso dizer que nunca vou fazer ou que vou sempre fazer. Mas, o que é facto é que o facto de ter consciência disso me impede de fazer muita burrice ou muita parvoíce. (E25-EDL; 32 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Todos nós já fomos mais novinhos não é, e achamos sempre que nós é que sabíamos e que os conselhos que nos davam ficavam sempre para os outros. Connosco era sempre diferente. Eu lembro-me que eu achava que era sempre, que comigo era diferente. Podiam-me dizer epá tu isto ou aquilo, e eu dizia, “mas comigo é diferente, eu controlo”. E o facto é que nós não controlamos as coisas e que depois com o tempo vamos mudando e os nossos erros é que nos vão ensinando. Portanto eu penso que na maioria dos casos as pessoas depois de passarem por um calafrio ou por um período de incerteza que é aquele período em que... nós estamos a falar disso como também podemos estar a falar de uma pessoa que faz uma análise para saber se tem um tumor se é maligno ou não. Portanto aquele período de incerteza é sempre muito complicado. Eu lembro-me que roubei uma vez um pacote de sugos, fui apanhado, nunca mais roubei! Agora há outros que roubam e voltam a roubar e não aprendem com isso. (E57- EDL; 48 anos; ens. secundário; sem relação)

É assim, se calhar deve ser a idade também, deve-se é tomar ainda mais precauções. Não é “desta safei-me e ...” Não! As coisas não funcionam assim. Devemos manter sempre o mesmo tipo de precauções que nós temos, porque se não ... Aquele meu amigo que morreu [com SIDA] também pensava “epá safei-me” e depois o que é certo, é que ele acabou por morrer. É um bocado por aí. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Essas análises dizem assim “bem, desta passaste vê lá se tens mais juízo para a próxima”. Fica sempre o peso na consciência. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

A mim, reforçou-me foi o não voltar a correr riscos. É assim, andei a fazer roleta russa estes anos todos, safei-me, agora para lá com a roleta russa que isto não dá sempre, não é. A mim consciencializou-me, acalmou-me completamente. É assim, não fiquei com medo porque não valia a pena. Se calhar quem ficou mais receosa nisso foi a minha mãe. Lembro-me perfeitamente no dia em que recebi os resultados. Tinha ido tratar de outros assuntos e deixado o papel para a minha mãe levantar aquilo. E ela “Ah! Já fui buscar as tuas análises, não tens sida”. Devia ser o pânico da minha mãe porque sabia que... é uma pessoa mais chegada e tinha a noção... (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

- “Ter a maquinaria a funcionar”

Nesta subcategoria, a evidência da funcionalidade orgânica assume protagonismo na representação da saúde/doença sexual e as relações sexuais são vistas como momentos em que o desempenho sexual é posto à prova. As relações sexuais, ao serem consideradas como momentos de uma eventual exposição de disfunções perante outros, são consideradas como momentos de grande vulnerabilidade, pela possibilidade de trazerem para a esfera “pública” problemas que são considerados da esfera íntima.

Foi naquele momento, epá andou ali um... andou ali qualquer coisa que... e epá e nisto as mulheres, eu costumo dizer as mulheres têm a vida mais facilitada do que os homens. Porque os homens têm sempre a necessidade de... de enfim de terem ereção e de terem uma relação satisfatória porque senão é um desastre. (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Pronto a pessoa estava sempre com aquela coisa na ideia. Hoje, também derivado ao..., eu penso que também ao cansaço, tem tudo a ver com o cansaço, a idade. (...) Não é que, como é que hei-de dizer, não é que também já não me tenha acontecido a mim,... mas é uma pessoa, por exemplo, chegar, estar na cama com a mulher e aquilo é num instantinho. (...) quando era mais novo a coisa era diferente. Agora não. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

Porque se calhar andam com uma carga de stress mais aumentado, porque se calhar andam mais desgastados fisicamente e depois se calhar acham que não conseguem ter o desempenho mais adequado e depois aquela questão de: “eu não consigo ter um bom desempenho, vou ficar mal visto”. (E34-PTE; 36 anos; ens. básico; coabitação)

A diminuição da frequência leva a desconfiança por parte da mulher. (E15-EE; 47 anos; ens. básico; coabitação)

O homem, um homem, quer dizer, quando chega a uma altura em que fica impotente não há como esconder. Enquanto a mulher não. A mulher esconde bem. Porque nós sabemos perfeitamente e estamos a falar... pronto abertamente sem coisas, a mulher finge, sabe fingir e o homem não pode fingir. Porque é assim se o homem não tiver ereção não consegue fazer sexo. E a mulher não, a mulher simula muito bem. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Neste âmbito, os aspetos que foram valorizados como evidências do estado de saúde sexual foram conseguir ter desejo, estar pronto para o ato, não necessitar de

medicação (para ter ereção), e “ser capaz de começar e acabar”, sendo que esta última teve uma maior relevância nos relatos dos participantes. Nesta lógica funcional da saúde sexual, emergiu ainda a valorização da avaliação leiga dos padrões de desempenho, efetuada pelo próprio e pelas/os suas/eus parceiras/os, com base em aspetos mensuráveis como a frequência e a duração das relações sexuais.

Para mim ter saúde sexual é... (...) que esteja pronto para o ato. Que a coisa não desarrume. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

É a gente ainda conseguir fazer algo. Fazer... Ter... Portanto, é começar e acabar, vá lá, pronto. Tudo isso faz parte da saúde, penso eu, dessa saúde sexual. Eu penso que neste momento sou saudável. (...) neste momento digo-lhe, ainda me porto muito bem, pronto! (E11-O; 59 anos; ens. básico; sem relação)

É o que eu tenho, tenho saúde sexual, tenho 60 anos e não preciso de comprimidos, (...). (E44-PTE; 60 anos; ens. superior; sem relação)

Ter saúde sexual, para mim, é a pessoa, como é que hei-de dizer... prontos, quando nós somos um homem e uma mulher que tenha, ah... como é que hei-de dizer... pronto, uma pessoa vai, acontece... E acontece. Eu tenho a certeza que já aconteceu a mais pessoas, tenho a certeza porque às vezes há pessoal a falar e não sei quê. Uma pessoa embebeda-se ou uma coisa qualquer e depois dá-lhe no coiso e vai com uma mulher ou vai... chega ali, não faz nada, está a amassar pão. Está ali a amassar pão, pronto. Isso para mim... E há aquelas pessoas que já têm problemas. E que pronto, é um problema. Têm que andar nos médicos, têm que andar nisto, têm que tomar comprimidos, têm que não sei quê. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

Saúde sexual? Não vou dizer que é fazer sexo todos os dias, porque isso é... (gargalhada), (...) é uma pessoa, tanto homem como mulher ter desejo, desejo, quando está com o parceiro, se um dia chegarmos ao ponto de não termos o desejo de estar com o parceiro acho que já não é saúde sexual, (...). (E36-PTE; 40 anos; ens. básico; coabitação)

Ter desejo. Ter desejo. Concretizá-lo, não é? Bem, agora que estou mais velho, uma companheira só. Coisa que quando era novo não dizia isso. Mas agora... (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Ter saúde sexual é a pessoa, portanto ter desejo sexual e conseguir realizar. (E43-PTE; 57 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Eu diria que... é ter todas as competências até à idade mais avançada possível para o desempenho do... do ato, acho eu (...) eu não sei exatamente o que será a saúde sexual, mas penso que muita dela passará pela questão psicológica e essa talvez seja aquela que está mais maltratada se assim se pode dizer. Muitas vezes carregamos uma vida inteira com determinado preconceito em relação a nós próprios ou porque não conseguimos isto ou porque não conseguimos aquilo ou porque poderíamos ser melhores nesta área ou naquela, no cômputo sexual eu acho que nunca partilhamos isso com ninguém. São coisas que resolvemos nós mesmos, com maior ou menor sucesso. Lá está, só em última circunstância é que se recorre a um especialista na área para resolver coisas que estão... (E1-PTE; 40 anos; ens. superior; coabitação)

Desconfiança muitas vezes essas coisas podem acontecer. Eventualmente nem sempre há aquela disposição... isto passa-se muito num casal e principalmente eu acho que, mais da parte das mulheres há esta... A mulher por norma tem aquelas dores de cabeça e tem sempre a desculpa da dor de cabeça... tem sempre um alibi e está sempre tudo bem. Em relação ao homem, quando o homem por algum motivo não tem a disposição que deveria ter segundo elas, que deveria ter, há logo a desconfiança do que se passa, tens outra não sei quê, já não gostas de mim, aquelas coisas todas. Acho que há uma falta, neste aspeto há uma falta de compreensão da parte das mulheres em relação também, porque as mulheres criaram também o mito em que o homem tem sempre vontade, quere-as todas e não sei quê. (...) E as coisas não são assim como é óbvio. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Numa lógica preventiva, realça-se que alguns dos homens mais velhos com níveis de escolaridade superiores, referiram na saúde/doença sexual dos homens a importância do estado geral de saúde e a relevância do diagnóstico e do tratamento de algumas doenças, entre elas a diabetes, a hipercolesterolemia, os problemas vasculares, a ansiedade e a depressão.

A libertação de interdições como um imperativo

Nesta categoria, os homens com maiores níveis de escolaridade têm uma maior visibilidade. A alusão à ausência de interdições é enfatizada como uma premissa da saúde sexual. Ancoram-se no imperativo, pela negativa, que não hajam preconceitos e, pela positiva, que haja liberdade nas práticas sexuais. A combinação desta dualidade traduz-se em “fazer o que apetece”, “quando apetece”.

(...) eu acho que tem a ver tu estares bem com a tua sexualidade. Não só pela escolha do teu objeto como pelas práticas que tens. E, ah... epá, e estares à vontade para mudar de práticas, para oscilar entre a frequência de práticas sexuais com outra pessoa, masturbatórias, em grupo. Basicamente ires ao encontro daquilo que te faz sentido no momento e estares... (...) Estares integrado com a tua sexualidade. Ou seja... Isto a vários níveis. Portanto, ao nível da frequência, ao nível dos parceiros, ao nível do tipo de práticas, ao nível... tem que ser aquilo que te faz sentido no momento. Isto na sexualidade como em tudo o resto. Eu acho que o importante é nós estarmos bem com aquilo que estamos a fazer e com aquilo que queremos fazer. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

O que é que é ter saúde sexual?! Não ter impedimento ou constrangimentos de nenhuma espécie. E ter uma sexualidade... Não só a relação sexual física, como a pessoa não ter complexos em relação a qualquer questão. (...) (E20-PTE; 30 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Olha, a primeira [condição para ter saúde sexual] tem a ver com a cabeça. Portanto, se a tua cabeça, digamos, está desempoeirada, poderás ter uma relação sexual em que aquilo que te possa parecer bizarro do ponto de vista do discurso, se te aparece e se as coisas encaixam todas, why not? (...) Portanto eu penso, que quando tu de um ponto de vista da cabeça tens, digamos, que abertura suficiente para não te deixares “imiscular” na primeira coisa diferente que te apareça e que se também de um ponto de vista físico não tenhas nada que te meta problemas que te façam retrair ou constranger ou que condicionem um maior relaxamento na atividade sexual, entregas-te, (...) epá pronto, se não tiveres nada a coibir-te nesse aspeto acho que é isso que é o ter uma boa saúde sexual. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

Ter saúde sexual é ter uma vida ativa... sexual saudável. Não quer dizer que seja muito ativa ou pouco ativa. Não tem que ser todos os dias ou uma vez por mês... (...) É fazer o que apetece quando nos apetece. Acho que é o mais saudável que há. Fazer por obrigação também não é muito saudável e querermos e não podermos também não é saudável. Ou não se conseguir também não é saudável. Penso que há pessoas que poderão ter doenças sexuais ou doenças que lhes inibe ou lhes transtorna o ato sexual. Também pode não ter saúde sexual, apetecer-lhe mas não poder ou... (...) A saúde sexual é... é o sexo em si. (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Penso que ter saúde sexual é a pessoa poder fazer a sua atividade sexual como quer, quando quer, quando lhe apetece, quando tem vontade...quando pode...pronto, sem ter qualquer problema. (E3-PTE; 57 anos; ens. secundário; coabitação)

O primado do prazer

Esta categoria, que emergiu com uma grande visibilidade, salienta o prazer como uma experiência individual, uma experiência na primeira pessoa (quer seja através de práticas masturbatórias solitárias, quer seja através de práticas sexuais que incluem parceiras/os) e salientou-se sobretudo nos discursos dos homens mais velhos.

São experiências próprias de satisfação própria. Eu o herói de mim próprio, (...). (E30-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

Saúde sexual? Desde que saia satisfeito. (...) Mas, para mim é, desde que tenha a prática de sexo e que ela me realize e que eu me deixe... pronto é como se costuma dizer, que me deixa dormir logo a seguir. (E51-O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

(...) eu acho que ter uma saúde sexual eu acho que é a gente fazer sexo quando realmente se proporciona, tentar tirar o maior proveito possível daquilo, o melhor prazer e pronto não há mais explicações a dar. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

A mais importante é o prazer. Tem a ver com a minha parte de machista. (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Epá, a gente tem necessidade de ter aquele prazer. (E11-O; 59 anos; ens. básico; sem relação)

O prazer como uma experiência partilhada emergiu sobretudo das narrativas de homens com níveis de escolaridade mais baixos, quase todos pertencentes ao grupo etário 37-40 anos. Na descrição do prazer a dois foi realçado o entendimento sexual como premissa.

Para mim a saúde sexual é estar... ter um desempenho bom, que satisfaça eu próprio e a parceira com quem esteja. (E50-EE; 40 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Digamos que ter saúde sexual é estar no ativo, não é? Ter um desempenho regular satisfatório. Tem que ser satisfatório para ambos. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

(...) saúde sexual consideraria que duas pessoas que consumam ou que estejam na consumação do ato, se entendam perfeitamente. (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

Mas é pelo menos..., praticar com frequência o ato e conseguir ter prazer e dar prazer. (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação)

A saúde sexual como uma experiência que requer e implica bem-estar

A experiência que os homens têm da doença expressa as relações que mantêm com ela e, influencia a representação que o homem faz de si próprio englobando o corpo onde a doença se inscreve (em que a saúde pode ser considerada numa base de *no news, good news*), e a própria doença que se materializa na experiência que proporciona (Flick, 1992).

Nesta categoria realçam-se os homens mais novos, com níveis de escolaridade mais elevados, que evidenciam uma perspectiva positiva de saúde sexual que inclui aspetos físicos (sentir-se bem com o seu corpo) e psíquicos (sentir-se bem psicologicamente). O bem-estar físico e psíquico (que também implica o conhecimento de si próprio) surge, simultaneamente, como um imperativo para ter saúde sexual (um ponto de partida), e como uma consequência da mesma (um ponto de chegada).

(...) É estarmos bem connosco próprios. É satisfazermos necessidades, porque elas existem. E conhecermo-nos bem. Conhecermo-nos e quanto mais nos conhecermos melhor podemos escolher também os parceiros. Apesar de eu ser claramente monogâmico, não quer dizer que eu ache que só devemos de ter uma pessoa como diz a religião católica. Bem pelo contrário. Acho que devemos experimentar o máximo possível para podermos ter... até chegarmos àquele ponto em que nos sintamos o máximo possível confortáveis connosco próprios. Portanto, eu acho que a saúde sexual também passa por aí. É conhecermo-nos bem, saber o que é que gostamos, o que é que queremos e como é que nos sentimos bem. Acho que é só isso. (E25-EDL; 32 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

O que é que é ter saúde sexual? Acho que tudo faz parte da saúde sexual, quando falo de saúde sexual, além do bem-estar físico, o bem-estar psíquico, não é só aquela questão de não ter doenças, acho que tem que haver um bem-estar, acho que as pessoas têm que se sentir bem, têm que estar bem, a parte psicológica tem muita influência nesta parte ou seja, tudo isto é uma cadeia, e tudo tem que ter, ou seja, tudo tem que estar estável, tudo tem que estar bem para que haja saúde. (E34-PTE; 36 anos; ens. básico; coabitação)

Ter saúde sexual? Para já estar bem com o meu corpo, sentir-me bem com o meu corpo... ter as relações sexuais com o parceiro ou parceira, surge o momento, surgiu o calor ou num ato de carinho surgiu, pronto e leva-se sem problema nenhum. (E38-PTE; 34 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

3.3 Interpretando as práticas dos homens no acesso e na utilização dos cuidados: da saúde em geral, à saúde sexual

A procura individual da saúde tornou-se uma atividade altamente valorizada nos quotidianos contemporâneos, implicando recursos avultados, gerando uma profissionalização e uma comercialização expansiva e envolvendo a criação e desenvolvimento de bens, serviços e conhecimentos (Crawford, 2006).

A introdução e o desenvolvimento da sexualidade no campo da saúde pública é uma extensão e uma intensificação da medicalização da sociedade (Conrad & Schneider, 1980) e da sexualidade (Giami, 2000; Tiefer, 1996). A medicalização da sexualidade refere-se geralmente a um corpo de conhecimentos básicos e conceitos científicos sobre sexualidade que evoluem ao longo do tempo; uma organização social das profissões de saúde fundada na formação e certificação profissional, práticas profissionais e interação entre os membros das profissões de saúde (médicos e psicólogos em particular) e seus pacientes; uma forma de controle social e regulação da sexualidade baseada em tecnologias eficientes e na ideologia da saúde que reforça ou contraria outras formas de controle, como as exercidas anteriormente pela religião (Conrad, 1992). (Giami, 2002, p. 6)

Conrad (2007) afirma que nas duas últimas décadas, um número crescente de problemas dos homens, incluindo a disfunção erétil, a calvície e a andropausa, foram considerados problemas médicos que requeriam intervenções médicas. Giami (2002) esclarece ainda que a medicalização é marcada pela predominância do tratamento clínico dos indivíduos e pelo modelo curativo nos contextos da interação entre médicos e os pacientes. Sobre o desenvolvimento da sexualidade como questão de saúde pública, considera que implicou a inclusão da sua dimensão coletiva (envolvendo informação pública, educação, prevenção e atenção à saúde) partindo das concepções sociais, científicas e médicas da sexualidade, mas com base em formas de intervenção social e de regulação comportamental diferentes das do modelo clínico. Realça ainda que a

abordagem clínica individual foi ampliada por referências à educação, à epidemiologia, à estatística, à economia e ao direito, e que o tratamento clínico (situado na relação entre o médico e o paciente) se tornou uma das muitas formas de intervenção atualmente praticadas (Giarni, 2002).

As entrevistas realizadas permitiram a entrada no mundo dos homens e o acesso ao conteúdo e aos padrões das suas experiências na utilização dos cuidados de saúde e, permitiram distinguir a utilização dos cuidados de saúde sexual numa lógica preventiva (no qual se incluem os cuidados de saúde considerados no escopo da prevenção primária e secundária) e numa lógica curativa.

3.3.1 Tipologias masculinas no consumo de cuidados de saúde

Nas narrativas dos homens entrevistados identificaram-se diferentes tipologias relativamente à periodicidade, às circunstâncias, ao tipo de cuidados e aos lugares institucionais onde situam o acesso e a utilização de cuidados de saúde.

A primeira tipologia inclui um recurso frequente aos cuidados de saúde (várias vezes no último ano), contextualizado por um diagnóstico clínico, que habitualmente diz respeito a situações crónicas que implicam um consumo frequente de consultas para acompanhamento e vigilância de problemas específicos. Baszanger (1986) defende que as doenças de longa duração e as doenças crónicas (que se prolongam pelo tempo de vida da pessoa doente) provocam, para além das alterações quotidianas, alterações na esfera íntima e na esfera social da pessoa doente. A gestão da cronicidade quotidiana impõe uma aproximação dos doentes aos serviços e aos profissionais de saúde. No entanto a construção profissional da doença e a organização do trabalho médico por vezes denotam um desencontro entre o biológico e o social. Neste sentido, para Freidson (1989) os atos fundamentais da prática médica (diagnóstico e tratamento) destacam-se como resultados de uma construção social da doença e não como uma utilização mecânica da ciência médica. A profissão médica usa critérios normativos para seleccionar o que interessa, e esse trabalho constitui uma realidade social, distinta da realidade física (Baszanger, 1986).

Nesta tipologia destacam-se como consumidores de cuidados, os homens mais velhos (pertencentes ao grupo etário dos 47-60 anos), com níveis de escolaridade mais baixos. Como recursos utilizados, os médicos de família, os médicos amigos e médicos especialistas em hospitais públicos ou hospitais privados.

A segunda tipologia, traduz uma utilização anual dos cuidados de saúde (uma vez por ano) que surge geralmente por imposição laboral ou no decurso de situações de urgência (acidentes e situações agudas de vários tipos) que não implicam seguimento. Nesta, destacam-se como consumidores de cuidados os homens mais novos (pertencentes ao grupo etário dos 27- 40 anos) e com níveis de escolaridade mais elevados. Como recursos utilizados, os médicos da medicina do trabalho, os médicos conhecidos, os médicos de clínica geral em clínicas privadas e os serviços de urgência dos hospitais públicos.

A terceira, que foi a tipologia com menos visibilidade, é caracterizada pela ausência de contacto com os cuidados de saúde há vários anos. A maioria dos homens que a englobam não acede, nem tem qualquer contacto, com os cuidados de saúde há mais de cinco anos e alguns dos participantes não foram capazes de situar no tempo a última consulta. Nesta tipologia, o consumo de cuidados caracteriza-se por ocorrer exclusivamente em situações de urgência, relacionadas com a ocorrência de acidentes de várias ordens (laborais, de viação, quedas, entre outros) e por não ter qualquer tipo de continuidade, mesmo em situações em que houve prescrições médicas para a realização de exames imagiológicos ou analíticos. Os homens que se enquadram nesta tipologia apresentam ainda características sociodemográficas muito heterogéneas, o que não permite identificar um perfil sociodemográfico. O consumo de cuidados situa-se essencialmente nos serviços de atendimento temporário de urgências nos cuidados de saúde primários, e nos serviços de urgências em hospitais públicos ou privados, com maior expressão. Neste âmbito, salientam-se ainda as farmácias, como espaços utilizados em situações de urgência e para avaliação ocasional de parâmetros (tensão arterial, doseamento de glicémia, colesterolémia), que muitas vezes é proposta pelo próprio farmacêutico. Dentro desta tipologia, alguns dos homens mais velhos justificam o facto de não recorrerem aos cuidados de saúde pelo que rotulam como desmazelo permitido a quem não tem problemas.

Eu acho que isto é o desleixo de quem não tem problemas. Fisicamente não sinto nada, estou bem, vou andando. Não sinto nada. (E51-O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Para alguns destes homens a saúde é considerada como fruto do acaso e consideram-se bafejados pela sorte, que lhes concede o privilégio de não necessitarem de cuidados de saúde.

Ter muita sorte, muita sorte mesmo (risos). (E12-EE; 60 anos; ens. secundário; coabitação)

3.3.2 O acesso e a utilização dos cuidados de saúde sexual: das perspetivas dos profissionais às narrativas dos homens

Carapinheiro e Correia (2015a) defendem que, questões como a eficiência ou a qualidade dos serviços, bem como a sustentabilidade da despesa pública e privada, muitas vezes são discutidas a partir de uma perspetiva racional dos comportamentos. Segundo os autores:

Essa racionalidade aplica-se à gestão que os prestadores de cuidados devem garantir na articulação entre meios e fins, como também aos profissionais, na aplicação diária dos respetivos conhecimentos, e aos cidadãos, na utilização dos serviços e na condução responsável das suas vidas. Também, não poucas vezes, as políticas públicas partilham os princípios quantitativos da economia da saúde na discussão sobre as diversas possibilidades de prestação e acesso aos cuidados de saúde. Exemplo disso são as discussões em torno da necessidade de padronização dos tempos de consulta; da definição das distâncias médias aconselháveis aos locais de atendimento médico e do número mínimo de pessoas para a justificação dos recursos de saúde disponíveis ou tantas outras estatísticas que se espera que traduzam sustentabilidade, equidade e qualidade. (Carapinheiro & Correia, 2015a, p.2)

Nos discursos dos profissionais, os cuidados de saúde/doença sexual nos cuidados de saúde primários situam-se nas consultas de enfermagem no âmbito do planeamento familiar. Os utilizadores masculinos são escassos e caracterizam-se por serem adolescentes ou jovens, com poucos recursos económicos. A utilização que fazem deste tipo de cuidados é muito espaçada no tempo e tem como única finalidade a obtenção gratuita de preservativos. Neste contexto, realça-se que não foi descrita qualquer tentativa de abordagem por parte dos enfermeiros ou dos médicos para além do fornecimento de preservativos e que o recurso efetuado por estes rapazes não consta das estatísticas da DGS.

Sim vintes, trintas. Uns são estudantes, outros não me parece. As classes mais baixas vêm. Os homens das mais baixas vêm mais. Eu acho que eles vêm à procura de

método contraceptivo que sabem que têm acesso a ele, é gratuito e nada mais do que isso.... (P1-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

Nos discursos dos profissionais, os cuidados de saúde/doença sexual no âmbito da prevenção secundária (que engloba a deteção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos para a situação em estudo), emergem contextualizados sob quatro tipos de perspetivas:

- A oportunista, englobada nos cuidados de saúde procurados pelos homens para outro tipo de problemas de saúde (por exemplo as consultas em que o médico alerta para o rastreio do cancro da próstata ou prescreve exames na sequência do contacto com o utente por outros motivos);
- A instrumentalizada, em que a saúde sexual dos homens é abordada como um meio para atingir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres (nos casos em que é diagnosticado algum problema nas mulheres e o próprio médico, mesmo sem consultar o homem, solicita exames ou prescreve tratamentos);
- A mediada pelas parceiras nas consultas do médico de família (em que a/o médica/o questiona sobre a existência de problemas do foro sexual e alerta para a necessidade da realização de rastreios ou prescreve exames);
- A alternativa, quando os homens procuram outros técnicos de saúde que os sensibilizam ou encaminham para recorrerem aos cuidados de saúde (como é o caso dos farmacêuticos e dos técnicos de farmácia).

No entanto, nos discursos dos profissionais destacam-se ainda alguns aspetos com relevância no acesso e na utilização deste tipo de cuidados pelos homens.

O primeiro diz respeito ao facto de muitos dos profissionais entrevistados considerarem ilegítimo o acesso e a utilização deste tipo de cuidados pelos homens, na ausência de alterações ou de problemas que a justifiquem (sendo que estranhamente também criticam os homens pelo facto de desvalorizarem a utilização de cuidados numa lógica preventiva). Neste âmbito salienta-se que os mesmos profissionais, no caso das mulheres, consideram que a utilização dos cuidados de saúde deve ser feita de forma a respeitar a calendarização prevista nas orientações normativas que enquadram a vigilância da sua saúde.

O segundo aspeto incide na consideração de os homens não estarem preparados para expor a sua vida sexual, mesmo quando têm sintomas, o que se constitui como um bloqueio para a abordagem médica dos assuntos relacionados com a sua saúde/doença

sexual. O terceiro e último aspeto, incide sobre a falta de preparação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para abordarem este tipo de questões.

Dificuldade é sempre trazer a população cá. Isso tem que ser uma coisa muito bem... Não é só ser chamativa. Tem que ter algum fundamento o facto de trazer o homem ao centro de saúde. Não é marcar só por marcar. Eles quando vêm já é mesmo por alguma disfunção. Se tudo estiver bem não aparecem muito. (P1-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

E depois também, é assim o que eu me apercebi aqui também é que os homens que vêm alguns fazer tratamentos da candidíase e não sei quê é porque as mulheres vieram. Vêm primeiro as mulheres e depois trata-se o homem, portanto trata-se o parceiro. Isto é um problema pequenino, entre aspas. Mas vêm sempre primeiro... começa por vir sempre a mulher e depois é que aparece o homem. Nunca vem primeiro o homem e depois a mulher. (P15-mulher; enfermeira; cuidados de saúde primários)

Nós tentamos que a coisa seja fácil. Por isso estamos cá para os ouvir e não mandamos ninguém para trás quando eles precisam, não é? Se depois têm facilidade em verbalizar ou não a situação... Eu como lhe digo, eu não tenho problemas, nunca senti ninguém a querer arrancar e não conseguir. [esta enfermeira refere que nunca toma a iniciativa de abordar aspetos acerca da saúde sexual dos homens. A abordagem desses assuntos surge como resposta a algum tipo de solicitação feita pelos homens]. (P9-mulher; enfermeira; instituição pública de cuidados diferenciados – consulta externa de endocrinologia)

[o que traz os homens aqui?] Às vezes vêm, porque têm comichão, saíram fora do coiso familiar (risos) e ... [Aqui na farmácia têm muita afluência de rapazes ou homens para adquirir preservativos?] Não. A gente já pôs a máquina além fora por causa disso. Eles... Ainda é um bocadinho tabu as pessoas comprarem aqui. Não quer dizer que não apareçam, mas é mais tipo à noite nas máquinas ou então à noite quando a gente está de serviço. Aí é que a gente vende mais, mas durante o dia é muito pouco. Outro problema que é o problema principal é esse. É assim, quer dizer... portanto aqui há muitas pessoas que sabem que na farmácia não compram certos medicamentos. [É preciso receita médica?] Exatamente. E então estão a mandar vir muito pela internet e sabe-se lá de onde é que vem aquilo, não é? E acho que isso está muito... Quer dizer, está mal. E depois é assim, depois abusam. Não há controlo nenhum da pessoa, nem de onde vem o medicamento, sabe-se lá de onde é que vem. (P18-homem; farmacêutico; farmácia de uma pequena localidade)

Segundo Bozon (2002), a psicologia clínica e a sexologia continuam a divulgar conselhos subtilmente normativos para tratar os problemas individuais. A experiência pessoal que todo o indivíduo tem da sexualidade faz de cada um, um perito, irredutível às interpretações gerais, mas que não deixa de assumir como suas as representações e os estereótipos do mundo social. No entanto, a sociologia recusa o conceito de dados adquiridos relativamente à sexualidade e enfatiza a necessidade de uma reflexão sobre as normas, acompanhada por uma análise das práticas, das relações e das instituições.

Giarni (2002) afirma que a construção do conceito de saúde sexual tem implicações morais e políticas e que a saúde também se constitui como um argumento ideológico que pode reforçar ou contestar as posições de uma moralidade sexual dominante. O autor corrobora ainda a perspectiva de Lupton (1995) de que a inclusão da sexualidade como parte da saúde pública pode ser considerada como um tipo de moralização do comportamento de uma população. Até meados da década de 1960, as intervenções de saúde pública privilegiavam a regulação e a repressão da atividade sexual fora do casamento, ou que era considerada como um desvio da sexualidade genital, e simultaneamente prevenia ou tratava as suas consequências, tanto individual como coletivamente (Giarni, 2002). Com o impacto do acesso aos contraceptivos orais, do VIH/SIDA, e da modificação da abordagem da atividade sexual pelas autoridades de saúde pública (que passaram a reconhecer a legitimidade da atividade sexual não reprodutiva, dentro e fora do casamento), o conceito de saúde sexual surgiu como uma expressão contemporânea do lugar e do status da sexualidade na saúde pública. Os principais aspetos da sexualidade que atualmente são considerados como questões de saúde pública são a contraceção e o aborto, a prevenção da infeção pelo HIV e de outras IST, a prevenção de abuso sexual e o tratamento de distúrbios sexuais.

No que diz respeito ao acesso e à utilização dos cuidados de saúde sexual, como procura de resposta para problemas sexuais, os homens entrevistados realçaram as implicações dos diferentes tipos de "problemas de saúde sexual" (dos quais realçam as IST, as disfunções sexuais e os problemas prostáticos). A principal função que reconhecem aos serviços de saúde é o diagnóstico e o tratamento de situações de doença. A preservação da saúde e a prevenção de problemas emergem como responsabilidades individuais, cujo sucesso é ajuizado pelo médico que detém o poder e a competência para avaliar o estado de saúde dos indivíduos.

Nesta perspectiva, a doença sexual ou as alterações ao estado de saúde, surgem com uma conotação moral negativa, e são consideradas como consequências da incapacidade de autovigilância, da não adoção de comportamentos preventivos ou de uma suposta promiscuidade sexual. Neste âmbito, o acesso dos homens aos cuidados de saúde tem como um obstáculo inicial a exposição da situação, “as dificuldades em contar”.

Um problema sexual é um gajo ter alguma aventura, vai para a aventura e vai com a cabeça não sei onde e não toma precauções ou isto ou aquilo... e depois aquilo corre mal. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

[O que seria mais difícil se tivesse uma infeção sexualmente transmissível?] Eu diria que é o contar. Que é o contar seja que episódio for, porque se há coisas que nós temos ciosamente guardadas são nessa esfera. E, portanto, o vermo-nos na circunstância de ter que a expor é algo que custa. É algo que custa sobretudo se aquilo que nos traz ali possa ser de alguma forma socialmente... algum aspeto socialmente condenável por aquilo que... por as nossas práticas ou os nossos hábitos... um pouco como “então o que é que estavas à espera que acontecesse?” e portanto, aquilo a que se chamaria a condenação social e o primeiro rosto dessa condenação social está do lado de lá, que é o próprio médico. (...) Por isso é que eu estava a comentar há pouco o [problema de] ter que repetidas vezes e com diferentes pessoas contar um problema. (...) Penso que o mais complicado é contar as circunstâncias de como um determinado problema terá surgido. E se essas circunstâncias não forem de alguma forma as mais comuns, como resultado daquilo que se espera de uma pessoa, haverá problemas em partir para a exposição do... A pessoa só o fará, acho eu, no limite, quando não pode mesmo adiar. (E1-PTE; 40 anos; ens. superior; coabitação)

A ideia que eu tenho é que não é muito fácil, não é fácil no sentido de que, estou a dizer isto pela aquela experiência que tive das análises quando aquele médico de família que me questionou, “mas porquê? Mas porque é que queres fazer? Então, mas...?”. (E34-PTE; 36 anos; ens. básico; coabitação)

Sim contei, contei [situações em que procurou o médico para realizar análises às infeções sexualmente transmissíveis depois de ter tido relações sexuais desprotegidas]. A minha mãe sempre teve uma imagem de mim de “Eu já sabia que isto ia acontecer porque não sei quê... és um porco”, aquelas coisas de mãe, não sei que mais. O meu pai é mais aquela coisa “Sempre te disse que se precisasses de

preservativos, que me pedisses ...” - aquelas coisas assim mais coiso. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

Aqui há uma questão que eu penso que é limitadora, seja homem ou mulher, ou médico, ou médica, que é a questão do assumir perante outras pessoas eventualmente que tenham tido relações extraconjugais desprotegidas, etc. As pessoas têm um certo receio “Vá ... Vou agora contar ao médico que traí a minha mulher! Não vou ... Não digo nada. Se a minha mulher lá puder ir e resolver isso e ela até traz os comprimidos e tomamos os dois e está tudo bem”. E a coisa vai-se passando de silêncio em silêncio até à vitória final. Agora, eu penso que sim, que há uma grande reserva e eu próprio já senti diretamente. Ou seja, é difícil nós expormos a nossa intimidade, naquilo que nós entendemos como nossa intimidade, a outras pessoas. A questão que eu valorizo sempre é o benefício, o custo/benefício. Ou seja, isto custa muito ter que falar, custa muito ter que admitir perante outra pessoa, que me vai dar uma grande descalçadeira porque eu tive relações sexuais desprotegidas com “n” parceiras, mas o benefício é contar a verdade ou então posso sair prejudicado em termos de saúde e continuar a ter os mesmos comportamentos errados. E eu valorizo muito isso. (...) A justificação para dar uma facadinha no matrimónio não é nenhuma. Não é? Em termos morais. Em termos físicos e carnis são todas. Mas em termos morais não é nenhuma e portanto, “Não vou dizer agora à médica, que traí a minha mulher ... Ela ainda vai dizer à minha mulher”. Portanto, pessoas que até têm receio disso. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

3.3.3 Espaços e agentes privilegiados para procurar ajuda em caso de problemas de saúde/doença sexual: se tivesse um problema sexual, onde e a quem recorria?

Depois de já terem sido abordadas as conceções leigas de problemas sexuais, optou-se por mapear os atores e os espaços que os homens privilegiam para procurarem ajuda, na eventualidade de terem um problema do foro sexual.

A abordagem destas questões foi iniciada através da identificação das alternativas consideradas pelos homens para a partilha inicial do problema “A quem contaria?”. Neste âmbito, constatou-se que, independentemente do tipo de problema, há homens que preferem viver o problema em silêncio, o que os priva de procurar ajuda.

Eu nesse aspeto guardo muita coisa para mim que não devia guardar, às vezes sei que se calhar se falasse com alguém fazia-me bem, mas ... não é por uma questão

de vergonha, não é por uma questão de ... de não querer ouvir alguma coisa que não goste é porque ... (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação)

Vergonha. É desagradável falar de problemas sexuais e é humilhante falar de problemas sexuais com outras pessoas, pelo menos para mim. Pronto, é humilhante eu digo isto... eu sei que não é, mas não mando no meu inconsciente e sinto o que se sente, não é? Acho que é mesmo uma questão de vergonha, de pudor, de não querer que ninguém saiba, é muito privado. (E21-PTE; 30 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

[uma situação de micose nos genitais que se agravou por ter tentado aplicar uma pomada para evitar recorrer ao médico] A vergonha em mostrar os genitais à médica. (E50-EE; 40 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Uma parte dos homens entrevistados valoriza o grupo de amigos como um primeiro recurso, utilizado não só para desabafar acerca da preocupação e do mal-estar sentido, mas também para a obtenção de orientações acerca do que fazer. Nas situações de partilha dos problemas sexuais com o grupo de amigos realça-se ainda o acesso a alternativas para resolução dos problemas, sem terem de recorrer aos cuidados de saúde (que por vezes resultam de saberes construídos em experiências e percursos de doença sexual de outros homens).

No meu grupo de amigos, normalmente vão ao médico quando têm algum tipo de problema, mas primeiramente desabafam tudo com um amigo antes de ir ao médico. Falam sobre o que se passa. É sempre com quem está ao pé de ti e às vezes lá está, um amigo de um amigo também teve, e pronto consegue-se resolver o problema sem ter que ir ao médico. (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem relação)

Faço o meu trabalho social (risos). Não sei se sabe, mas os problemas sexuais normalmente não são discutidos. Entre homens não se discute. Discute-se quantas raparigas é que se têm, quantas amantes, etc. etc. mas não se discutem os problemas, não se fala... Discutem-se os feitos, e se se é muito macho... que é tudo uma treta. O homem é o pior mentiroso que existe em tudo. Mas não se discutem esses pormenores, e eu basicamente como não tenho, não tenho, não tenho preconceitos, sou capaz de puxar a conversa. Já quase que consigo detetar muitos amigos meus que estão a passar por essa fase, não por doença, por idade, ou porque a esposa já não é o que era, e a esposa não quer ver, ou uma coisa assim. Essas coisas... ou porque está com uma rapariga mais nova e depois as coisas acontecem, porque a rapariga mais nova, pronto, tem mais..., é mais saudável do que eles, e isso

acontece. Passei a falar sobre esse assunto com eles que não falava. (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Nos homens mais velhos, as companheiras também são destacadas como um primeiro recurso, para uma primeira confidencia acerca do problema (à exceção de situações relacionadas com a possibilidade da ocorrência de IST na sequência de relações sexuais extraconjugais). É junto destas que ponderam a necessidade de procurar ajuda e procuram situar essa mesma ajuda. Neste âmbito, realça-se ainda o facto de alguns destes homens coabitarem com mulheres que são profissionais de saúde, o que, nos seus discursos é destacado como um fator facilitador no acesso aos cuidados de saúde sexual.

Foi basicamente com a minha mulher. Sim falámos. Primeiro falei comigo próprio, depois elucidei-me sobre se seria uma coisa que iria continuar para sempre ou se havia solução, entretanto meteu-se a questão de ser operado pelo meio... Mas falei basicamente com ela. Não falei com ninguém mais. (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Verificou-se que nos relatos dos homens, o acesso e a utilização dos cuidados são considerados de formas distintas, de acordo com a natureza dos problemas que pode ser considerada sob três dimensões: as disfunções sexuais, as IST e os problemas prostáticos.

No caso das disfunções sexuais

- Os médicos de família e os clínicos gerais com quem os homens têm alguma familiaridade

Neste tipo de situações são destacados como recursos, mas com um estatuto de mediadores de cuidados. Muitos dos homens mais novos que os mencionam referem que os valorizam sobretudo como facilitadores do acesso a outras abordagens mais especializadas. As expectativas que recaem sobre estes profissionais incidem no potencial encaminhamento para os médicos especialistas adequados.

Tentava ao máximo curar-me. Primeiro o médico de família, depois aí sim, ele canalizava-me para um especialista, digamos assim. Ia-se logo direito ao assunto, (...) era chegar, sentar e ir direito ao assunto “isto não funciona, como é que é?” (E22-EE; 31 anos; ens. superior; sem relação)

O que eu faço sempre é ir ao meu médico de família, sempre. É sempre a minha primeira opção. E ele depois... (E25-EDL; 32 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Procurava chegar ao médico de família, por exemplo, que é aquele que a gente tem mais, pronto, penso eu que tenhamos mais convivência ou porque também está dentro dos nossos problemas. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

E existem pessoas que têm boas e longas relações com médicos de família, portanto, acho que é a pessoa mais indicada para se estar à vontade para se falar num problema desses. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

No entanto, não obstante a visibilidade reconhecida aos médicos de família, como recursos para este tipo de problemas, alguns homens evidenciam reservas em relação ao resultado destas consultas e consideram-nas uma exposição desnecessária dos seus problemas.

Até porque é boa pessoa, mas eu não confio nela como médica, muito menos para resolver esses assuntos. Quer dizer, ia-me expor a ela perante uma coisa que seria um certo tabu, quando acredito que não a ia resolver, (...) (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Complicado. Ia ser complicado. Eu nunca fui. Ao centro de saúde... já nem sei. Aos anos que eu não vou lá. Aos anos. (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

- Os urologistas

Constituem um recurso com grande visibilidade nas narrativas dos homens, por considerarem que este tipo de problemas se enquadra dentro da especificidade da urologia. Do urologista esperam a resolução dos problemas e a eficácia terapêutica. O contexto dos cuidados de saúde privados é também referido como preferencial por permitir um acesso direto, rápido e sigiloso.

Eu penso que é o urologista, porque é a pessoa... mais indicada para ver. Que é a pessoa certa. Mas eu quando comecei a ter o problema, eu falei com um, ele... pelo menos o atendimento, não sei é por ter muito... muitos doentes e ser sempre a mesma lenga-lenga do dia-a-dia, não sei se é por isso... “olhe, tome isto. Faça isto”. Quer dizer, fiquei na mesma. No fundo, além de ter essa pequena ajuda e de perceber, sei lá, um pouco mais do problema que eu tive, ele foi assim a correr... Tou a pensar, se fosse uma coisa mais aberta, uma conversa mais longa e não foi. Por acaso também fiquei assim um bocado chateado... desiludido e sem vontade de lá ir. Porque no fundo vou lá, vou perder lá quase uma manhã para ser atendido para nada. (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Agora se vir que é um problema físico mesmo coiso aí isso não “vai mas é ao urologista” por exemplo, que tem obrigação de saber alguma coisa disso. (E30-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

Se se quisesse uma coisa muito mais clara e objetiva, um urologista diretamente. Portanto, chegar lá e falar “Olhe, tenho tido este problema, tal, tal e tal. Gostava de perceber se há algum problema comigo”. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

Ia direto sem precisar de ser encaminhado. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Urologista privado se houvesse recursos. (E28-PTE; 53 anos; ens. superior; coabitação)

A ajuda que procuramos é em função das nossas posses, não é? E portanto, uns recorreram ao SNS, outros tendo em atenção a sensibilidade do tema se calhar recorrem a médicos privados e a especialistas do foro em lugar de passar por uma triagem... (E1-PTE; 40 anos; ens. superior; coabitação)

[se tivesse problemas sexuais] Eu penso que fundamentalmente iria procurar o urologista. Eu acho que sim. Independentemente de procurar ajuda, ter esse desabafo cá em casa com a minha mulher seria normal... uma primeira abordagem de uma situação “Há qualquer coisa que se está a passar, isto não está a funcionar, não funciona da melhor maneira ou há para aqui alguma coisa que está mal ou alguma anomalia”, isso seria o primeiro passo a dar... junto de alguém que, de facto, me pudesse ajudar. Numa das últimas consultas que eu tive com o dito médico de família, digo assim: “ó dr. isto há aqui alguma coisa que não se passa... que não está a correr muito bem. Aquele apetite sexual que eu tinha, deixei de o ter”. E estava em consulta e a S. estava ao meu lado. A S. ficou surpreendida, não estava a espera que aquilo acontecesse. E digo eu assim: “Eu que antigamente era um individuo ativo, gostava de trabalhar e mais não sei o quê, acho que isto agora entrou um bocadinho na pasmaceira, há alguma coisa que...?” E o médico respondeu: “só se eu lhe receitar aí uns comprimidos... os comprimidos azuis, o Viagra.” Sendo que comprei uma caixinha, experimentei aquilo uma vez e desisti. Não só me deu uma dor de cabeça terrível, achei que.... andei dois dias que andava aí endiabrado, mas depois passou... o tempo da diabrura passou (Risos). E acho que não vou optar por esse tipo de situação de arranjar algum estimulante para esse tipo de situações. Sendo que acho que hoje em dia, já existem coisas...lá está, depois as ditas conversas de café, já existem outros comprimidos que se tomam que não são tão agressivos provavelmente quanto o Viagra. Estou a falar dos comprimidos

que salvo erro, se chamam o Cialis. Portanto eu acho que nessa matéria... lá está, pelas conversas... vai-se mantendo informado e sabendo como é que vai correndo a vida. (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

- **Psiquiatras e psicólogos**

Estes profissionais são referidos por homens que consideram que os problemas sexuais estão mais relacionados com aspetos psicológicas do que físicos e como tal requerem uma abordagem mais direcionada para esses aspetos.

A pessoa ser consultada por um psiquiatra e então depois posteriormente ter acompanhamento psicológico. Acho que faz mais sentido nesse aspeto, do que aquela questão “vou para o psicólogo e ando no psicólogo não sei quanto tempo” (...). Porque às vezes há coisas que um psicólogo não consegue tratar, há coisas que tem que ter um determinado tipo de tratamento inicial e depois ter um acompanhamento e aí sim acho que o psicólogo faz todo o sentido (E34-PTE; 36 anos; ens. básico; coabitação)

Sei lá, um psicólogo. Sei lá... alguma coisa relacionada com isso, que pudesse tentar perceber se seria stress. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

(...), é assim, se eu sentisse que era um problema psicológico se calhar tinha que ir a um psiquiatra, ou psicólogo, não sei. (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Eu, primeiramente, procurava um psicólogo. Eu, se fosse eu, primeiro ia a um psicólogo. (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Um médico de clínica geral é muito abrangente, mas é pouco específico. Nós devemos logo dirigir a um cargo que trata especificamente daqueles assuntos, é muito melhor do que o médico de família. Acho que o acompanhamento seria diferente. Um médico de família vai falar de gripes, de constipações com o doente anterior, depois fala das artroses da outra senhora, não sei de quê e depois vem falar comigo de...? Quer dizer... tem que ser tão abrangente que depois alguma coisa há-de ficar pelo caminho. O psicólogo pode sempre... neste caso ser o acompanhante essencial. (E51-O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

- **Endocrinologistas.**

Apesar da sua fraca visibilidade, a sua menção surge em homens mais velhos, que a respeito da ligação da diabetes à disfunção erétil, os consideram como recursos adequados para estas situações.

- Linhas telefónicas de apoio

Referidas sobretudo pelo anonimato que proporcionam e pelas informações que podem oferecer acerca do acesso aos cuidados de saúde adequados.

Eu penso, isto também tem a ver um bocado com os tabus e com os receios e com os medos. Portanto se houver esse género de linhas [de apoio telefónico] pode ajudar. Penso que neste caso seria um... acho que pode ajudar muito. (...) (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

É mais complicado nas disfunções (...) [e para os homens mais velhos] Primeiro porque foram gerações que fizeram guerra e porque todos também tiveram uma formação de machos. Ao macho, a pior coisa que lhe pode acontecer é o não ser capaz. É o querer e não poder e quando querem e não podem solta bazofia e depois são motivos de gozo. E guardaram de certeza absoluta o problema até ao limite. Esse limite pode ser... pode acabar no dia em que ele com um amigo ou com uma amiga, numa conversa de rodapé deixarem cair a coisa (risos) é porque já aconteceu a um amigo fazer-me isso, estar não sei quê, de repente tau! Eu não sou médico. Obviamente que é ou sítios na internet em que as pessoas podem procurar ajuda, formação e ajuda inclusive nas linhas telefónicas ou diretamente “epá, olha eu conheço alguém, um médico, que é capaz de te encaminhar nalguma merda dessas. Para já não faças macaquinhos desses na cabeça. O melhor é tentar ir perceber o que é que se passa, porque se for físico e se isso te der cabo da cabeça, o gajo mete-te aí uma bomba e essa porcaria endireita na mesma, funciona. Pá se não for físico, deixa lá que isso também há-de funcionar outra vez. Pronto e leva-se a coisa por aí, bebe-se uns copos e toca a andar. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

- Internet

Constitui um recurso considerado precioso para obter informação acerca dos problemas, e da sua identificação, de mapear os recursos para obter ajuda e por permitir o anonimato.

[Procurar na internet] Não seria propriamente para encontrar um médico, para encontrar uma clínica, seria para tentar perceber qual poderia ser o meu problema o que poderia estar em causa etc. (...) Confesso a minha ignorância, a minha

completa ignorância relativamente ao tipo de apoio que há. Teria que descobrir. Teria que descobrir, não saberia onde é que haveria de ir. Não sabia em concreto a que especialidade teria de recorrer, (...) (E5-PTE; 38 anos; ens. superior; coabitação)

[procurava] em sites de serviço ao doente, fidedignos e que eu sentisse que eram orientadores e sempre de fontes fidedignas. Nunca “ai que eu sou o charlatão e que resolvo os teus problemas e tenho aqui um pau de cabinda e aqui vai disto”. O desespero, mas também... o preconceito da sociedade que o homem tem que ser viril está muito enraizado... epá mas penso que na sociedade atual já..., não estou a dizer que pau de cabinda não seja eficiente, não sei, nunca experimentei, mas acredito que seja porque senão, não tinha a fama que tem hoje. Mas acredito que hoje em dia e na sociedade atual os homens já procurem mais apoio do que aqui há uns quantos anos atrás. Que aí sim era o pau de cabinda e o segredo seria muito. Hoje em dia, penso que já se aceita muito melhor qualquer tipo de problema de saúde do foro sexual ou de outro foro qualquer, (...) . (E41-PTE; 40 anos; ens. secundário; coabitação)

[a internet] para investigar os sintomas e tentar descobrir o que é que tenho antes de... antes de tomar outras medidas. (E21-PTE; 30 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

- Amigos e colegas mais velhos

Aparecem mencionados especialmente pelos contributos que podem advir de alguém que tenha passado pela mesma situação ou que tenha conhecimento de alguém que tenha tido esse tipo de problemas e que possa proporcionar conselhos sobre o que fazer neste tipo de situações.

[primeiro ia à internet] Depois possivelmente, possivelmente pedia alguma ajuda a um amigo, com alguma..., admito que com alguma dificuldade em abordar o assunto, porque teria... são as tais fragilidades que isso representaria, mas sim falaria, aconselhar-me-ia com um amigo, sim. (E5-PTE; 38 anos; ens. superior; coabitação)

Recorria a colegas mais velhos que eventualmente já tivessem passado pelo mesmo. (E35-EE; 35 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Os amigos são sempre as primeiras pessoas com quem vais desabafar e até ao falarem, até algum deles teve uma experiência idêntica ou conhece um amigo e tal que teve uma experiência idêntica. “é pá, um amigo meu também lhe aconteceu isso, assim, assim, fez isto, fez aquilo” e se calhar tu vais fazer exatamente... porque ele

até se curou, até ficou bem, vais fazer exatamente aquilo e as coisas acabam por ficar bem. (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem relação)

Não teria grande problema em falar disso com um ou dois amigos mais íntimos. E acho que a coisa ficava por aí. Portanto... ou então, também não coloco de parte a possibilidade de não dizer a ninguém... e ir diretamente ao médico. Acho que depende muito do tipo de problema. Depende muito da circunstância de vida em que estamos a falar. Depende muito da maneira como as relações estão configuradas na altura. Portanto, depende de uma série de fatores. Estas possibilidades coloco-as a todas. E todas em simultâneo. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

- Sexólogos.

Alguns dos homens mais velhos, apesar de não conseguirem explicitar o que é ser um sexólogo, destacam-nos como os profissionais de eleição para a abordagem das disfunções sexuais.

Ao médico, um especialista. de sexologia. (E15-EE; 47 anos; ens. básico; coabitação)

Eu acho muita graça ao Machado Vaz. O dr Júlio Machado Vaz é figura desde a rádio nova que eu vou ouvindo todos os dias. Eu até vira não volta, digo que é a minha religião. Em vez de ir ao padre tenho o Machado Vaz para ouvir, mas é ouvir, falar com ele nunca falei. Nem lhe ponho problemas, nem essas coisas, nem nada porque eu não gosto de computadores e não tenho em casa. Eu gosto é de dormir, por isso chego a casa e não quero chatices e então se calhar neste momento depois de eu conhecer figuras ditas de sexólogos se calhar dizia-lhe para ir ao sexólogo se eu visse que o problema é esse. (E30-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

- Farmacêuticos

Relativamente aos farmacêuticos apesar de para alguns homens serem reconhecidos como recursos importantes que evitam a o desperdício de tempo e dinheiro das idas ao médico e com quem têm relações de confiança, para outros são apenas comerciantes de medicamentos e não lhes reconhecem competências para ajudarem de uma forma adequada.

Para evitar pagar a consulta no privado e no centro de saúde, ia lá e marcava para daqui a 3 anos. Só por isso. (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Sabem, quer dizer, eles sabem, sabem, porque eles vão dizendo, “agora há o viagra, há o cialis, há o levitra e há mais não sei quantos”, eles vão-se informando. Não é por falta de informação, e nem sequer é por conselho médico, acho que é através dos amigos, da farmácia e isso. Eles dizem “quando precisares arranjo-te isso, não sei quê” (risos) (...) [é um assunto que não os leva muito ao médico?] Não, não. Ao médico, “ir ao médico dizer que sou impotente?”, então preferem o amigo que tem conhecimento na farmácia, vai lá e compra e... (...) se calhar, o amigo diz “epá o amigo o coiso usou”, “epá isto é preciso uma receita médica”, epá pronto a pessoa já não vai ao médico para pedir uma receita médica e dizer que é impotente, o amigo tem conhecimento e até compra na farmácia e coiso. (E43-PTE; 57 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Mas qualquer problema que saia um pouco daqueles problemas normais que as pessoas têm: das constipações e das dores de cabeça, eu não confio em nenhum farmacêutico para... (...) os farmacêuticos estão lá para vender medicamentos e portanto poderão esquecer-se de muitas doenças relacionadas com aqueles sintomas e no fundo não são pessoas que.... Que tenham uma formação completa sobre isso. (E19- PTE; 30 anos; ens. superior; coabitação)

- Recursos leigos no feminino: as companheiras

As companheiras essencialmente porque aparecem como parte envolvida no problema

Problemáticas sexuais seriam coisas que eu certamente só abriria para a parceira com quem estivesse na altura, dependendo do nível de intimidade... Se fosse uma pessoa que conhecia há pouco tempo ou que com quem não me sentia perfeitamente à vontade, ou se fosse uma situação passageira, eventualmente não partilharia com ela essa situação. Tentaria resolver a situação. Depois, talvez mais tarde, pudesse falar sobre isso. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

Para mim eu mantinha só entre o médico e a outra parte afetada, a mulher ou namorada. Manteria... eventualmente poderia falar com a minha mãe, expor o problema, ou com a minha irmã. Mas não tirava este assunto do âmbito familiar por um simples motivo porque ou é mesmo um amigo de muita confiança ou porque senão o que se conta aqui, depois toda a gente vai saber e em Portugal (...) isso é logo motivo de chacota. Portanto “é, aquele já não funciona, não sei quê, etc”. Pois, mantinha... Eu era o que fazia. (E38-PTE; 34 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Provavelmente seria lógico falar com a minha mulher e até porque seria um problema que aconteceria com ela. Epá e talvez não ultrapassando procuraria ajuda médica, acho eu. (...) (E10-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Primeiro falava com a companheira e procurava perceber o que se passava na internet. (E10-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

- São coisas que não se contam a outros homens

Desde que haja dificuldade, quer o homem, quer a mulher deve procurar sempre quem saiba da matéria. Eu se tivesse uma disfunção não falava com homem nenhum, falava com o médico, porque eu sei como é que... (E44-PTE; 60 anos; ens. superior; sem relação)

Ao médico conta-se porque aí fica no segredo dos Deuses, agora aos amigos não. Está bem está! (risos) Não. (risos). Gozavam! Gozavam mesmo. Calava-me. Ah pois! Nisso calava-me. (E55-O; 31 anos; ens. básico; sem relação)

Os constrangimentos considerados na exposição de problemas relacionados com as disfunções sexuais foram a aceitação e o reconhecimento da existência de problemas sexuais pelos próprios homens, a vergonha e a dificuldade em expor os problemas, o sentirem as disfunções como uma ameaça à masculinidade.

Acho que o mais complicado, era aceitar eu próprio esse problema, reconhecer esse problema. Julgo que depois... (E32-PTE; 34 anos; ens. superior; sem relação)

Complicado. Uma pessoa conhecendo aquilo que era e aquilo que é neste momento... perder qualidades, de... sei lá... de tudo. Quer dizer, isto não é tudo na vida... só que eu na altura, ao princípio, disse: Eu já morri. Eu já não presto, o que é que eu ando cá a fazer? Só que estava errado. Quer dizer estava errado, porque há montes de... de... medicação, há montes de ajudas, há montes de coisas que a gente pode recorrer e seguir o caminho certo. Eu não pensava assim. Eu, para mim, acabava. E já a queria deixar e tudo. Só que pronto houve pessoas que... “É pá, tu és maluco. Tu és doido, então...” e é, “e é, e é uma boa rapariga, que te ajuda pá.” (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Aí já está a mexer com a virilidade de um homem e nós por muito que não queiramos todos achamos que somos uns grandes machos, isto agora é verdade e pronto se calhar custa mais um bocadinho assumir isso do que propriamente aquele “epá pronto tive aí um desleixo”, “epá mas isso trata-se” agora uma pessoa... percebe?

Acho que é pior. São distintas e acho que a outra é pior porque até deve mexer mais com o sistema nervoso e... (...) Deve ser mais complicado lidar com esse tipo de doença do que propriamente se é uma infecção “pá duas injeções e coiso e eu fico novo”, pensa-se assim e o outro não, se calhar é uma coisa que se vai arrastar para o resto da vida. (E50-EE; 40 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Para os homens mais velhos é mais difícil. Justamente pela educação que tiveram. E a maneira como viveram a vida adulta. A primeira parte da vida adulta antes do 25 de Abril. (...) Não leram, não estudaram. (...) eu acho que é sobretudo não conseguir ultrapassar essa, a vergonha. E vergonha de estar a perder a virilidade. É as duas coisas. Pode-se ter vergonha de mostrar o que já não é... (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Portanto é tudo muito mais dramático e muito mais... exatamente pela imagem que o homem passa que é macho latino. Portanto nesse sentido penso que para as mulheres é mais simples. No entanto acho que depende muito de pessoa para pessoa. Os mais velhos por pudor e aquela coisa...a velha história do “homem, o homem”, os mais novos provavelmente por desconhecimento, desleixo e tudo mais e depois aquele escalão do meio em que esse sim, esses, penso que não têm problema em recorrer e resolver a situação. (...) (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

É um bocadinho do orgulho, é um bocadinho o orgulho masculino. Que é não se passa nada, não é necessário, está tudo bem. (E23-EE; 34 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Acho que o homem se retrai um bocado. Porque têm a mania que são homens e que aguentam, têm de aguentar. Não procuram muito conhecimento ou ... quer dizer, os mais novos sim. Essa geração que vem aí, já procura mais, já tem mais conhecimento. Agora da geração, mesmo na minha geração e um bocadinho mais acima, não, eles não procuram ninguém. O homem nasceu para sofrer. (Risos) É este o género. (...) elas procuram ajuda muito mais vezes. E é um caso, se você for a um centro de saúde, você vê lá maioritariamente mulheres do que homens. Basta isso, o centro de saúde principalmente aquela faixa etária a partir dos 45, 50, 60 anos, já na minha faixa etária e mais novos não, mas a partir da minha fase para cima, você vai a um centro de saúde e vê lá as senhoras todas sentaditas e homens vê um ao outro e porque se calhar têm uma constipação que não a conseguiram curar ou um bocado por aí. Ou porque são obrigados a ir porque a médica obrigou-os a fazer aquelas análises. E eles dizem mesmo: “Ah! Não sei para que é que é isso. A médica obrigou-me a fazer.” A médica não obriga, achou que era uma

necessidade. Um bocado por aí. A cedência de... Porque sinceramente, o bicho homem é um bocado complicado. Homem, não é homem, na generalidade é mesmo macho. Porque eles acham que perdem um bocado a masculinidade. O ir ao médico é uma fraqueza para eles. Eles perdem aquele poder que eles têm de serem os machos e não sei o quê. Fica um bocado posto em causa e então não vão. (E39-EE; 40 anos; ens. básico; sem relação)

Como prioridades na procura de ajuda no caso das disfunções destacou-se a necessidade de esclarecimento sobre os sintomas ou as alterações sentidas pelos homens, a obtenção de indicações terapêuticas para a resolução dos problemas.

De acordo com a Jaba Recordati Group (2017) as disfunções sexuais masculinas, nomeadamente a disfunção erétil e a ejaculação prematura, têm uma elevada prevalência a nível mundial. Em Portugal, em 2011, estimava-se que 13% da população masculina sofria de disfunção erétil e 24% de ejaculação prematura. O aumento da esperança de vida, aliado a problemas vasculares, neurogénicos ou hormonais, e a doenças como a diabetes e a doença prostática tem implicações no aumento deste tipo de disfunções. Em média os doentes portugueses só procuram cuidados médicos um ano depois de identificarem a situação e apenas 25% desses homens são tratados. A justificar esta baixa percentagem está o facto de a disfunção erétil e a ejaculação prematura continuarem a ser temas tabu, de muitos homens ainda se sentirem retraídos para procurarem ajuda médica, e a própria passividade dos médicos. Segundo Berger (2017) apesar de 82% dos homens portugueses doentes considerar que os médicos os deviam questionar acerca da sua vida sexual, só 28%, dos médicos o fazem de forma espontânea. No caso da ejaculação prematura apenas 9% dos doentes procura ajuda e desses só 77% são tratados.

Segundo a European Association of Urology (2016) a ereção do pénis é um fenómeno complexo que implica um equilíbrio delicado entre as dimensões neurológicas, vasculares e tecidulares. A disfunção erétil, definida como a incapacidade persistente de atingir e manter uma ereção suficiente para permitir um desempenho sexual satisfatório, pode afetar a saúde física e psicossocial e ter impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e das/os suas/eus parceiras/os. Neste âmbito realça-se ainda que a evidência científica enfatiza a disfunção erétil como uma manifestação precoce de doença coronária e doença vascular periférica, o que implica a valorização desta disfunção como um sinal de alerta para uma potencial doença cardiovascular.

No caso de infeções sexualmente transmissíveis

- Serviços de urgência hospitalares

Neste tipo de problemas, a valorização da agudização dos sintomas e o mal-estar sentido evidenciou os serviços de urgência como os locais privilegiados para recorrer, sendo realçada a rapidez da resposta que proporcionam. Estes aspetos tiveram maior visibilidade nos discursos dos homens com menores níveis de escolaridade.

É mais fácil [procurar ajuda] nas infeções, obviamente. (...) acho que é pessoal porque é menos... (...) Porque muito provavelmente, com um bocadinho de sorte a infeção é mais temporária do que uma disfunção. (E41-PTE; 40 anos; ens. secundário; coabitação)

Pela rapidez. Porque é assim uma pessoa num hospital, eles depois encaminham para os diversos serviços. (E35-EE; 35 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Primeiro procurava um médico amigo. Se fosse alguém que não tivesse nenhum amigo médico, dizia-lhe “pá, vai ao hospital. Vai já ao hospital. Vai procurar serviços de urgência. Não tenhas vergonha, diz o que é pá. Tira as calças para baixo e deixa-te ver.” (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Eu acho que isto... pronto, para mim, isto está um bocado mal no seguinte, as pessoas tentam ir a um centro de saúde. Chegam lá, demora muito tempo a ter uma consulta. O que é que acontece? Hospital. Vão entupir os hospitais também. E depois, nem temos hospitais nem temos Centro de Saúde. Uma pessoa que tenha mesmo necessidade de ir a um médico está sempre entalada. Nem tem num lado nem tem noutro. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

- Médicos de família, clínicos gerais conhecidos e médicos da medicina do trabalho

Em segundo lugar, evidenciaram-se nos discursos, os médicos de família ou clínicos gerais conhecidos e os médicos da medicina do trabalho, considerados como meios para obter a prescrição de análises laboratoriais para a realização do diagnóstico deste tipo de infeções. Muitos dos homens mencionam que utilizariam estes clínicos como recursos, pela proximidade física que têm deles e por serem recursos que não implicam custos monetários elevados. Realçam ainda que não exporiam o problema de forma direta, que o fariam de uma forma dissimulada, por recearem que o sigilo nem sempre seja salvaguardado. Alguns dos participantes referiram que não recorreriam à médica de família devido ao mau funcionamento dos serviços e por terem de explicar aos funcionários as razões do pedido da consulta.

Pedia as requisições ao médico do trabalho, mas faria as análises numa clínica privada [para preservar o sigilo dos resultados]. Mas são questões que inicialmente eu acho que a pessoa prefere lidar sozinho e consciencializar-se daquilo e travar aquela batalha interna antes. Obviamente que procuraria ajuda especializada, lá está, e sempre fora em clínicas afastadas dos serviços. Para não me expor logo naquela fase porque lidar com este choque com este primeiro impacto e ainda com... Estas coisas têm que ser passo a passo, primeiro lidar com o choque, consciencializar-se e depois a partir daí vêm os passos seguintes. Tudo ao mesmo tempo é muito violento. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Ia como pedi estas. Ia a um médico conhecido e pedia-lhe, se calhar dizia... mentia, dizia que era análises de rotina, até ter os resultados, se calhar mentia mesmo, dizia que era umas análises de rotina que há muito tempo que não fazia, como fiz agora. E tudo normal até ter os resultados. (...) (E36-PTE; 40 anos; ens. básico; coabitação)

Iria à médica de família, isto também mete muito a parte económica, não é? Na médica de família não pagas nada, se fores a um particular já é diferente. Mas acho que a médica de família seria a opção, expor o caso, “ai, aconteceu isto ou aquilo” ou nem expunhas o caso. Simplesmente dizias “eu quero fazer análises ao sangue para ver se está tudo bem.” Não tinhas de falar na tua vida pessoal. “Quero fazer análise, quero ver se está tudo bem.” (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem relação)

Acho que a minha ideia é que se eu sentisse um problema desses, acho que eu recorria logo. Recorria com sentimento de culpa por não ter... podia ter evitado e não evitei. Agora recorrer, recorria, para ver se ainda tinha salvação ou não, ou se tinha... pronto se tinha cura... Se tinha... pronto tentar minimizar o problema. (...) eu acho que o médico de família sempre é mais barato e é, pronto e é onde vão normalmente as pessoas, (...) acho que a missão do médico de família é, se não for da competência dele, é encaminhar as pessoas para onde devem ser, na minha maneira de ver. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

Agora assim se fosse uma outra situação, possivelmente iria à Lapa se fosse mais rápido e porque quer se queira quer não, de alguma maneira é mais anónimo. Eu não tenho nenhum problema em falar com o médico, o único problema, o único pudor que teria, o único pudor que poderia estar é o facto de existir uma ficha clínica minha lá e haver gente que trabalha com essas fichas clínicas que eu conheço. (...) [Falando do tal médico do trabalho?] Do médico do trabalho. Poderia eventualmente... apesar deles, serem ligados ao sigilo, mas... Mas não é uma coisa

que... pronto que fosse o maior impedimento, mas podia haver algum receio nesse sentido. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Primeiro ao médico de família. Eu não vou a lado nenhum sem falar com o médico de família. (E44-PTE; 60 anos; ens. superior; sem relação)

Havendo infeção, uma pessoa vai logo ao médico nem que seja ao de família e ele, esperemos que nos encaminhe para o sítio certo. (...) embora eu não tenha médico de família. (E51-O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Não iria à médica de família. O funcionamento dos serviços é mau e tinha de explicar o porquê da consulta. (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

- Os urologistas

Foram mencionados em terceiro lugar. Este recurso foi considerado por homens com níveis de escolaridade mais elevados que realçaram o urologista como o profissional que reúne mais competências para lidar com este tipo de problemas.

Numa primeira instância, o urologista, sim. (E20-PTE; 30 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Se a gente pode ir a Deus porque é que há-de começar pelos anjos? (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

- Os amigos

Emergiram como recursos valorizados, pela necessidade de partilhar o problema e pela procura de apoio, apesar de para muitos homens, essa partilha desvendar fragilidades e tornar a exposição mais difícil.

Possivelmente pedia alguma ajuda a um amigo, com alguma... admito com alguma dificuldade em abordar o assunto, porque teria..., são as tais fragilidades que isso representaria, mas sim falaria, aconselhar-me-ia com um amigo, sim. (E5-PTE; 38 anos; ens. superior; coabitação)

Epá e acho que para fazer análises basta ir a qualquer médico que receite. (...) [contaria a algum amigo?] Não, não. Eu acho isso é mais... epá os amigos aí não ajudam. (...) [seria uma coisa privada?] Absolutamente, é. (...). Se eu tivesse qualquer... “epá não, não. Rápido!”. Quero saber a verdade rápido! (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Ele [o individuo com problemas] pode desabafar com o amigo: “Epá...aconteceu-me isto assim (...)” E desabafa, não é. É diferente. Porque há pessoas que não desabafam e depois andam ali, enervadas. Mais vale uma pessoa desabafar. É um problema que ele tem. Que ele está a ter, não é. Mas pronto, um ombro amigo e sempre divide o mal com outra pessoa entre aspas, não é. Sempre se alivia. (E15-EE; 47 anos; ens. básico; coabitação)

Não a primeira coisa foi resolver com os amigos e então... (...). Eu tinha um amigo que era mais velho que era delegado de propaganda médica arranjou-me, e foi assim, que foi, arranjou-me uns comprimidos e tal e aquilo tomava-se e dava uma coloração... até à altura em que a minha mãe descobre e descobre porque aquilo deixava, um corrimento ainda por cima com uma cor avermelhada, não sei quê, tinha um creme qualquer. E aí o meu pai levou-me a um médico que me faz uma colheita. Epá e três dias depois eu tomei e eu estava curado de uma coisa que, epá sei lá, durou dois meses assim uma coisa... imenso tempo até não conseguir esconder. (E46-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

Os outros recursos que também foram mencionados:

- Os centros de aconselhamento e deteção precoce do VIH/SIDA (por serem gratuitos, por garantirem o anonimato, pela rapidez dos resultados e por evitarem a justificação das razões para solicitarem as análises aos médicos).

Para encurtar passos e poupar tempo (...) E portanto, é um caminho relativamente fácil, garantia de sigilo e por aí fora. E também pelo facto de ser gratuito. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

- A internet, que surge valorizada pelos homens como um recurso para a obtenção de informação sobre o problema e sobre a procura de ajuda.

É assim, se calhar começava pela net a tentar ter mais conhecimento de. É assim, um dia até se tiver uma doença qualquer não sei quê, penso que até posso ir ali à net para ter... (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

- Os laboratórios de análises, através de acesso direto sem prescrição médica. Neste âmbito o pagamento imputado para a realização de análises sem prescrição médica é quase considerado como uma coima pelo comportamento sexual desadequado no que diz respeito à prevenção das IST.

É porque tinha que marcar a consulta. Lembro-me que numa das consultas daqui [do trabalho], daquelas anuais, eu pedi explicitamente e a médica até me fez algumas perguntas sobre o porquê e eu expliquei-lhe porquê e foram-me pagas pela entidade. As outras, foi numas alturas em que não há esse rastreio e tinha que ir diretamente ao médico e então... mas podia ser aqui, pela própria instituição mas acho que era qualquer coisa que está mal, que não devia fazer. É uma coisa minha, foi um risco meu, foi uma parvoíce minha, porque é que eu vou onerar a instituição com isso? Também tenho aqui outra componente, que é porque posso pagar. Se eu não pudesse pagar ou se tivesse dificuldades era de outra maneira, mas como posso... (E30-PTE; 57 anos; ens. superior; sem relação)

- O dermatologista, no caso da ocorrência de alterações cutâneas mesmo sendo relacionadas com este tipo de infeções.

Para coisas mais superficiais. (E4-PTE; 47 anos; ens. superior; rel. compromisso)

- Os farmacêuticos, que são valorizados como recursos pelos homens mais velhos surgem como confidentes, como os profissionais com quem têm mais facilidade em expor os problemas e como conselheiros sobre o que fazer.

Eu acho que há questões do ponto de vista físico e de infeções que são físicas que de facto hoje qualquer farmacêutico está mais do que habilitado a tu chegares lá e dizeres assim “olhe tenho este problema...” não é? Pronto. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

O conhecimento que eu tenho de alguns casos é que normalmente resolvem na farmácia. Eu possivelmente faria o mesmo. Ia à farmácia e dizia “olhe...” em vez de andar para aqui com... (E40-PTE; 50 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

- O enfermeiro, surgiu como um recurso valorizado por alguns dos homens mais velhos, com níveis de escolaridade mais baixos.

Um enfermeiro. (E51-O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Dirigir-se a um enfermeiro e procurar ajuda. (E3-PTE; 57 anos; ens. secundário; coabitação)

- Familiares no feminino. São valorizadas como confidentes e como conselheiras sobre “o que fazer”.

Como quase todos os rapazes já tiveram [gonorreia] não... (...) na altura procurei primeiro uma pessoa, da minha maior confiança. Nesse caso até foi a minha prima que era quase como se fosse minha irmã, e depois tive que ir ao hospital (...) com os meus pais tinha mais dificuldade. (...) [a prima e a tia] (risos) lá foram comigo ao hospital. (E57- EDL; 48 anos; ens. secundário; sem relação)

Os constrangimentos considerados na exposição de problemas relacionados com as infeções foram, juízos morais por parte dos médicos e dos outros e o medo de que o sigilo não seja salvaguardado (sobretudo o medo de que as/os companheiras/os obtenham informação). Como prioridades na procura de ajuda no caso das infeções destacou-se a obtenção de prescrições médicas para realizar análises, a rapidez do diagnóstico e do tratamento de sintomas e a gratuitidade (que os cuidados de saúde não sejam financeiramente dispendiosos).

No caso dos problemas relacionados com a próstata

Neste contexto realça-se que apesar do medo que os homens manifestaram em relação à realização do toque retal e da ecografia prostática, a maioria dos entrevistados considera importante a realização do rastreio do cancro da próstata. No entanto realça-se que os entrevistados valorizam o doseamento do PSA como estratégia privilegiada de diagnóstico, o que aparentemente é reiterado pelos médicos de família a quem recorrem.

Apesar de haver homens entrevistados (do grupo dos homens mais novos e dos homens mais velhos e com níveis de escolaridade mais elevados) que referem não efetuar análises, muitos deles na realidade efetuam análises no âmbito dos rastreios levados a cabo pela medicina do trabalho. Os doseamentos do PSA, nos homens mais velhos surgem sobretudo englobados nas análises de rotina que lhes são pedidas. No entanto, uma parte dos homens deste grupo, referiu que as prescrições médicas para a realização deste tipo de análises foram solicitadas a médicos conhecidos e em situações em que recorreram a cuidados médicos por outros motivos. Neste âmbito, realça-se que a maioria dos entrevistados mais velhos não foi submetida ao toque retal, e a que a realização da ecografia prostática foi solicitada nos casos em que houve a constatação de alterações nos valores do PSA.

O facto de reconhecerem importância à vigilância médica e à realização dos rastreios parece estar muito relacionada com os casos de cancro da próstata de que vão tomando conhecimento e de racionalizarem a importância de seguirem indicações normativas sobre o diagnóstico, mesmo na ausência de sintomas.

Às vezes também é o medo. O medo de saber a verdade. Olhe que não é fácil. Não deve ser fácil. Eu faço o PSA todos os anos mesmo com medo. Muita gente que não fazia. Atualmente todos os meus amigos fazem. A gente ir ao médico é à portuguesa... Ninguém vai assim... Ninguém... deviam ir, mas poucas pessoas vão ao médico regularmente se não se sentirem doentes. (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

E pelo aquilo que eu vi até assim daquela malta que é mais idosa, mas não é só pela idade... então é receio mesmo. Porque ou conhecem alguém ou porque teve alguém que apanhou cancro [medo de fazerem os exames e saberem que têm alguma coisa?] Sim, sim. Mas vão, mas eles vão, vão. Porque tiveram alguém que morreu ou alguém que esteve mesmo muito mal e vão e querem saber e levam aquilo na boa. Acho que nisso aí... levam. (E51- O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Palmas (2018), considera que a sexualidade é uma preocupação constante que acompanha todo o processo de tratamento do cancro da próstata. Quando há necessidade de terapêutica de privação hormonal, os doentes passam por transformações corporais (aumento do volume mamário, perda da pilosidade, alteração da distribuição da gordura corporal e perda da massa muscular) que para a maioria dos homens são vividas com muita angústia e sofrimento.

O medo do toque retal é um medo que é partilhado entre amigos, com os quais trocam temores acerca da realização do mesmo. Neste âmbito realça-se que muitos homens não relatam aos amigos a experiência de terem sido submetidos a essa experiência, a não ser em situações em que tenha sido diagnosticada alguma alteração. Nos homens mais velhos constata-se que há maior partilha dos medos e das experiências, quer com os colegas do trabalho, quer com os amigos, aparentemente por considerarem que apesar de ser uma experiência humilhante, há alguma igualdade de circunstâncias entre os pares.

É o Sr. Doutor calçar a luva e, hum... não deve ser muito agradável, (risos). Se calçar é uma ideia que foi construída, com certeza. [ter que fazer o toque retal é uma coisa que o preocupa?] Sim, demasiado mesmo. Sim, pelo ato em si, pelos dias que, antes de chegar ao exame, pelos minutos antes de chegar, pronto essas coisas todas. [essa preocupação é contada aos amigos?] Sim, talvez, se calhar. Mas nunca ninguém fez, é mais na brincadeira mesmo, “qualquer dia hás-de lá chegar e vão-te fazer, e quanto fizeres”, como é que é a conversa “já não mudas” e essas coisas assim (risos). (E36-PTE; 40 anos; ens. básico; coabitação)

É o desconforto. Uma vez tive problemas de hemorroidal, fui ao hospital. O médico que era meu amigo disse-me “epá a minha equipa vai-te ver mas eu não gosto de ver o rabo dos meus amigos, eu não quero ver o teu rabo”, e pôs-me lá entregue à equipa dele. Mas ele depois apareceu, já estava eu lá de pernas abertas em cima de uma mesa... epá eu vinha para cá e pensava “epá a figura que eu estava a fazer no hospital. (E44-PTE; 60 anos; ens. superior; sem relação)

Normalmente os homens são avessos a isso [toque retal], pronto. São motivos de chacota. Nas empresas é ouvir a conversa: “Ai vais a um exame aíí.” “Oxalá não seja um africano, não seja um preto e tal.” (risos) essas coisas... (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

É a ecografia da próstata. É do pior que me podem fazer. Porque quando a médica ou médico mete o aparelho no rabo.... é doloroso, não consigo. É... Porque eu é assim...desde pequenino, mesmo até os supositórios sempre foi um problema para mim... cada vez que tenho que ir fazer aquilo para mim é um suplício. Dor e a impressão que faz. Porque aquilo, ao fim e ao cabo, não faz grande dor. Se for a ver aquilo não provoca grande dor, mas a impressão que faz... não sei...faz-me confusão. Falo até às vezes na brincadeira com os colegas (risos) às vezes com os colegas até na brincadeira se fala nisso. Mas pelos vistos até já tinha dito isso... já disse a várias pessoas, que isso para mim, é a coisa pior que me podem mandar fazer, é isso. Mas se o médico me mandar fazer eu faço, não tenho qualquer problema. (...) acho que para mim não é fácil...é como eu digo, para mim não é fácil, mas se me mandarem fazer eu faço porque... (...) Acho que é uma coisa necessária e para o meu bem. E por isso eu faço e sujeito-me ao que for necessário, aí não... (...) [da parte dos colegas?] Isso... é sempre quase uma brincadeira porque quase todos já fizeram. (E3-PTE; 57 anos; ens. secundário; coabitação)

3.3.4 Espaços e agentes privilegiados para a obtenção de informação sobre saúde/doença sexual

Na procura de informação sobre onde e como procurar cuidados de saúde adequados às necessidades, e na construção dos saberes leigos sobre aspetos relacionados com a saúde sexual dos homens, nomeadamente sobre sinais e sintomas, sobre abordagens terapêuticas de alguns problemas, ou sobre prescrições médicas, as farmácias surgem como espaços privilegiados e os farmacêuticos como agentes com um papel relevante enquanto confidentes, conselheiros e informadores.

Recorrem muito à farmácia, é. Eu acho que é mais por uma questão de vergonha e de não assumir a situação. Eu acho que passa um bocado mais por aí. Se calhar um bocado impulsionados pelas televisões, pelo negócio. Eu acho que sim, que passa por aí. (P9-mulher; enfermeira; instituição pública de cuidados diferenciados – consulta externa de endocrinologia)

Normalmente consulto sempre a mesma farmácia. Portanto quando lá chego, já conheço as pessoas. Tanto me faz pedir um produto A como um produto B como um produto C, seja para mim, ou seja, para... há liberdade para isso. Sendo que, quando é necessário mais alguma coisa, eu chego ali á farmácia e já lá tenho chegado e dizer assim: “Olhe eu queria isto”, “Então, mas isso é para quê? É para si ou...?”, E depois eles, propriamente na farmácia vêm com a pergunta, na sequência se não é para mim, se é para outra pessoa: “Então, mas quais são os sintomas? O que é que tem, o que é que não tem? Há isto, ou há aquilo ou há aqueloutro.” Há uma informação que vai... há uma informação já mais.... mais ou menos credenciada para o produto que se vai buscar, quais são os efeitos que faz e a que é que se destina fundamentalmente. Portanto não é chegar á farmácia e: “Dê-me cá essa caixa de comprimidos porque...”, sem saber porquê, nem porque motivo [mesmo quando prescrita pelo médico] é que a gente vai tomá-la. (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

Eu com esta senhora, epá já provei a mim próprio que inclusive a tal ajuda pontual que eu precisei nessa altura há 2 anos e tal atrás, não preciso. Não preciso, tenho um desempenho normal, natural, se ela estiver lá, epá não digo todos os dias, também, nesta idade, também já não preciso da prática diária de sexo, mas era capaz, sou capaz de dizer que, se houver estímulo, se houver vontade sou capaz de. Deixou de ser um problema. Foi um problema pontual, provavelmente e era o que dizia este meu amigo farmacêutico “epá isso são problemas de cabeça, pá. Tem calma que isso é problema de cabeça. Mantem-te calmo que isso não é nada.” (E45-EDL; 60 anos; ens. superior; rel. compromisso)

A maior parte dos homens entrevistados considera que os homens não estão informados sobre os problemas nem sobre o acesso aos cuidados de saúde. Realçam ainda que a falta de informação incide sobretudo nas disfunções sexuais e nos problemas prostáticos, e é mais notória nos homens mais velhos e nos homens que habitam fora dos grandes meios urbanos. De uma forma geral evidenciam que a falta de informação tem um impacto negativo na saúde sexual dos homens e que surge como um obstáculo no acesso destes homens aos cuidados de saúde.

Se calhar aqui em Lisboa haverá uma certa e determinada informação, se calhar no Porto já há outra, em Bragança é outra. Portanto a informação é vaga. Em locais geográficos, conforme é a geografia da área, está uma informação se a área for mais recôndita, mais escondida lá para trás, aquilo é para esquecer, é mentira. (E49-EE; 52 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Acho que aí [disfunções sexuais e problemas prostáticos] não há tanta informação. Acho eu. Acho que sobre certas doenças, certas coisas que havia de haver mais informação e por acaso não há. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

Temos que dividir, porque eu acho que as pessoas com os quarenta, cinquenta e sessenta não estão tão informados porque não havia essa informação antigamente. Talvez ao crescimento deles, à infância, à adolescência, à tal falta de informação. Por exemplo também acho que tem haver com as zonas. Estarem nas zonas do interior não estarem nas grandes cidades tudo isso contribui. A falta de acesso à informação nas terras mais interiores, a dificuldade que essas pessoas têm para se deslocar e para pronto, procurarem essa informação. (E37-EE; 38 anos; ens. secundário; coabitação)

Fala-se muito, mas apenas da sida e acho que fica por aí e havendo outro tipo de doenças, eu acho que as pessoas não estão muito informadas sobre isso. Sobre todo o tipo de doenças, por exemplo a disfunção erétil, a ejaculação precoce a ejaculação retardada, acho que deveria haver mais informação sobre isso. Porque às vezes criam-se muitos fantasmas e quem está se calhar em idades próximas das nossas, se calhar procura informação na internet porque é uma forma que nem dizem a ninguém, portanto têm ali... apesar de nem sempre ser fiável, mas pelo menos procuram. Julgo que as pessoas mais velhas que não estão tão informadas e podem começar a criar fantasmas. Como têm vergonha não vão ao médico perguntar e não havendo informação nos canais em que eles a obtém, que é a televisão por exemplo, não saberão, não obterão a informação. (E32-PTE; 34 anos; ens. superior; sem relação)

Há falta de informação a todos os níveis. Tanto que, o médico de família, se o doente não se queixar ele também não vai lá. Como também na parte geral de em termos de informação, por parte da própria saúde em Portugal, não há comunicação, não há um... desdobrável que se entregue, ou um anúncio. Nada disso. (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Eu acho que os homens não estão informados. A maior parte dos homens nem pensam nisso. Acho que os homens entram em pânico só de pensar nisso, só de pensar que um dia querem e não conseguem, acho que... é um pânico total. Deveria haver informação acerca disso, mas a única informação que vem, é que apareceu o comprimido azul e as pessoas agora quando sentem falta de ereção por alguma coisa, até pode não ser... até pode não ter nada a ver, até pode ser psicológico, mas vão à farmácia e compram o comprimido azul, e nós depois levamos os senhores para o hospital, porque os senhores tomam o comprimido azul, e aquilo tem uma carrada de contraindicações. (E36-PTE; 40 anos; ens. básico; coabitação)

No entanto, nos relatos leigos também se destacou a ideia de que muitos homens têm informação (apesar de realçarem que a informação se restringe às IST), mas que não adotam comportamentos consentâneos com a mesma. Referem que independentemente dos seus comportamentos na prevenção ou na procura de ajuda em caso de problemas, os homens procuram informação ativamente, mas sem assumirem ou exporem de forma clara as suas necessidades ou evidenciarem algum tipo de problema sexual subjacente a essa procura.

Acho que têm graus de informação diferentes. A questão, por exemplo do preservativo como arma, como instrumento para impedir as doenças sexualmente transmissíveis é tão divulgada, que é difícil alguém não estar informado. (...) [a prevenção do cancro da próstata] por exemplo não acho que isso seja tão generalizado está a ver, a prevenção do cancro da próstata. (E28-PTE; 53 anos; ens. superior; coabitação)

Todos os dias dá na televisão e no rádio, fala-se uns com os outros e nos hospitais, eu acho que está toda a gente informada. Às vezes há é o que eu digo, o relaxo. Às vezes acontecem certas coisas porque é o relaxamento da pessoa, pronto. É como eu, disse-lhe para si que sou um bocado relaxado com a minha saúde, prontos. Eu se calha a ir mais cedo ao médico com estes problemas [alterações relacionadas com a ereção] se calhar a coisa não tinha chegado ao que chegou. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

Hoje há mais informação do que havia antigamente, mas nós continuamos a fazer ao contrário. Mas estão informados. Na prática, não o põem em prática. (E8-EE; 38 anos; ens. básico; rel. compromisso)

No anonimato que se esforçam por manter quando procuram informação, acaba por emergir a dificuldade em assumirem a eventualidade da existência de um problema, perante si próprio e perante os outros.

Eu acho que de uma forma se calhar mais discreta, toda agente tenta saber, toda agente tenta ter alguma informação. A ideia que eu tenho é que não se expondo muito, tentam informar-se e tentam saber onde é que podem recorrer, onde é que podem ir se eventualmente... e tentam camuflar muito se tiverem algum problema que é para não... para não denegrirem a imagem, é a ideia que eu tenho. (E34-PTE; 36 anos; ens. básico; coabitação)

Eu acho que há um certo distanciamento da informação. Porque a informação abre, a informação sobre essas questões, abre na fantasia masculina a possibilidade do problema. E nós não queremos pensar que podemos vir a ter um problema. Nós queremos é ter a certeza absoluta que seremos viris, fortes para sempre. E pensar a possibilidade de um dia virmos a ter um problema que afete essa representação de nós próprios, esse ideal, é algo que é absolutamente assustador. Porque no fundo somos extremamente vulneráveis. Porque, no fundo, estamos... vivemos num pedestal de cristal com uma estátua de papel que sabemos, que de uma forma ou de outra... E, portanto, como sabemos e até temos consciência que o mais leve sopro manda aquilo tudo abaixo, afastamo-nos de tudo aquilo que possa ser minimamente ameaçador para essa construção efémera que fazemos de nós próprios. (E48-EE; 30 anos; ens. secundário; sem relação)

Nós para sermos informados, temos que querer ser informados. E, portanto, acho que por aí, é o ponto de partida. Os homens têm que querer estar ... têm que estar permeáveis a essas informações. E não é achar que determinadas práticas são exclusivamente práticas de homossexuais, porque se a mulher os beija no peito ou nos toca nalgum outro sítio com o dedo mínimo ou com o dedo indicador, eles vão achar que são homossexuais. Os homens associam muito determinadas práticas à perda de masculinidade. (...) A questão anal é muito importante. Ou seja, é crucial. Os homens, a partir do momento em que, na globalidade e até naquilo que dizem na gíria e no dia-a-dia, se lhes tocam no rabo, eles acham que logo a seguir toda a gente vai saber que eles gostaram desse toque. É um problema enorme. E, portanto, com isso tudo existem grandes reservas e isso... há inclusivamente... eu conheço alguns familiares, tios, no caso concreto um tio em que estou a pensar, que passou semanas sem dormir porque perdia o sono, tinha insónias. Ele pensava: “O que é que vai ser de mim? Portanto agora vão-me fazer o toque, e...” (...) Antes de ter ido

fazer. Depois veio de lá satisfeito e a rir. E eu até lhe dizia: “Ah! Afinal foi bom, Não há nada como a gente experimentar para ver se é bom ou mau.” E então acho que os homens associam muito a sua masculinidade a esse tipo de práticas. E quando lhe dizia pouco permeáveis, é pouco permeáveis ao beijo, ao toque, sei lá, a contactos que não são os chamados convencionais. Não é o beijo na boca e o sexo oral, mas a tudo o que foge desse padrão há uma grande resistência. Não consigo dizer se são apenas homens mais velhos ou mais novos a ter essa resistência. (E31-PTE; 33 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Relativamente à procura e à obtenção de informação, muitos dos homens mais novos consideraram que a escola é um lugar privilegiado para a obtenção de informação e para a construção da autonomia dos homens nestas questões e que é fundamental que os aspetos envolvidos na saúde sexual dos homens sejam integrados na educação sexual que deve ser realizada nas escolas e nas universidades.

Isto tudo partiria desde o início, nas escolas em miúdos quando a gente entra, a disciplina de educação sexual. Por muito que abale a consciência de alguns pais mais tradicionalistas, eu acho que devia haver essa disciplina. Eu acho que parte logo desde aí. Eu acho que para tudo e especialmente na área da saúde devia partir logo da escola. Devia de haver uma disciplina ou professores capazes de começar a alertar logo desde o início. Porque eu penso se a pessoa tiver alertada logo desde o início, no futuro será mais fácil procurar essa ajuda. (E38-PTE; 34 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Podemos começar pelas famílias e temos que continuar para as relações sociais e falar em sociedade do sexo e quando digo em sociedade, obviamente que é com o teu grupo de amigos. Mas temos que começar na família e hoje em dia penso que... e porque não na educação escolar e porque não na educação também de base. (E41-PTE; 40 anos; ens. secundário; coabitação)

Na escola têm os amigos. Embora em muitas situações o facto de estarem com os amigos possa levar as coisas mais a rir, na desportiva, mas também é mais fácil se aquilo for ouvido e entendido em grupo. E os professores, para alguns alunos são uma referência. E eu nisso acho... para já acho que os professores não estão muito preparados para passar essa mensagem. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

Os assuntos sexuais, as pessoas hoje em dia falam mais, mas isto não é muito recente. Até há pouco tempo atrás as pessoas não. Estes assuntos eram muito reservados. Era tudo muito reservado, muito íntimo, as pessoas não falavam e as

peessoas ainda não se libertaram e eu acho que os homens estão a demorar mais tempo do que as mulheres. A libertar-se desta prisão. Terá a haver com aquelas questões do machismo, do vigor masculino aquelas coisas muito próprias dos homens que geram estas dificuldades em admitir que afinal poderão não ser aquele... as pessoas sentem-se um bocado ridicularizadas naquela questão de que “afinal não sou aquele macho, não sou tão homem” tem a ver mais com este aspeto. Isto com o tempo vai. Acho que está a evoluir. De geração para geração as coisas nesse aspeto vão melhorando. A própria educação sexual que existe hoje nas escolas, que não existia, ajuda as pessoas a falarem, a falar abertamente nestes assuntos obviamente. (E52-EE; 37 anos; ens. básico; sem relação)

Especialmente nos homens mais novos destaca-se a importância que atribuem à realização de campanhas de informação sobre saúde sexual masculina, privilegiando como meios de divulgação a televisão (que é destacada como o meio de eleição) e a internet. Como finalidades dessas campanhas destacam o alertar os homens para a necessidade de identificarem precocemente sinais e sintomas de eventuais problemas e procurarem ajuda. Alguns dos entrevistados consideram ainda o medo como uma boa estratégia para a sensibilização dos homens para os problemas de saúde/doença sexual. Neste âmbito Lupton (2014) realça o facto dos agentes que desenvolvem campanhas de saúde pública muitas vezes tentarem provocar “aversão” para persuadir através de campanhas publicitárias para a mudança de comportamentos, no interesse da sua saúde. A lógica subjacente ao uso destas estratégias aparece justificada pela procura de respostas emocionais intensas em públicos-alvo, cujos membros evidenciam alguma apatia ou resistência às mensagens que as autoridades no âmbito da saúde pública lhes tentam transmitir. Neste sentido, os materiais gerados no âmbito da pedagogia da repulsa podem combinar factos e números para reforçar a sua autoridade. A literatura sobre educação em saúde e os documentos em que são discutidos os materiais da campanha estão repletos de descritores, defendendo o uso do que é chamado de "táticas de choque" ou "angustiante", "ameaçador", "perturbador" ou "imagens gráficas" nas campanhas destinadas a provocar mudanças de comportamento em públicos-alvo (Lupton, 2014).

No âmbito dos problemas sexuais masculinos, apesar de alguns dos homens entrevistados terem considerado este tipo de táticas supostamente motivacionais e baseadas numa “pedagogia da aversão” ou do “arrependimento”, como necessárias e eficazes, estas podem ter efeitos adversos, potenciar os problemas e implicarem um afastamento entre os homens e os cuidados de saúde.

A “aversão” está intimamente associada às emoções de medo e ódio incorporadas em respostas como o sexismo, a homofobia e a discriminação contra pessoas com deficiência, idosas ou infetadas (Lupton, 2014). No âmbito da saúde sexual, um exemplo que traduz este tipo de ideias diz respeito aos indivíduos com IST, que podem ser considerados como imorais, impuros, e até mesmo como merecedores de menos atenção nos cuidados de saúde.

Eu acho que a forma de se ajudar sempre é uma coisa chamada informação pública, é a forma mais correta. Eu acho que os meios de comunicação são sempre os meios melhores para... e eu acho que estas questões são ainda tabu porque os media ainda não se dedicaram, se calhar a estudar essa, enfim, esse canal, essa área. (E57- EDL; 48 anos; ens. secundário; sem relação)

Eu acho que tem que ser uma sensibilização dos problemas que os homens podem ter, ou que possam vir a ter e que não saibam porque não fazem consultas de rotina. (...) utilizando as novas tecnologias para chegar aos homens através de... sei lá de informação publicitária, porque dizer ao homem que “deves procurar o médico, podes ter algo” hum, acho que não resultava “Eu? Isso só acontece aos outros!” Talvez mostrar mesmo como é que, através de publicidade ou sei lá, de campanhas, panfletos, folhetos, o que é que eu posso ter e ainda não me ter apercebido disso não é, ... quais são os sinais e sintomas ou muitas vezes nós temos um ... um mau estar qualquer e achamos que aquilo é natural porque é um mau estar. (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação)

Acho que há matérias que pela sensibilidade, pelos tais constrangimentos que as pessoas têm em ir falar, em ir perguntar, acho que essa informação não deveriam ser as pessoas a ir buscar, deveria ser dada às pessoas. Quando digo dada, é estar o mais acessível possível, se calhar não estarmos só a falar de centros de saúde públicos, se calhar até nas próprias clínicas, nos próprios hospitais, clínicas privadas, consultórios médicos, acho que se calhar faria sentido, se calhar faria sentido levar essa informação às pessoas, ainda que o levar não seja levar a casa, mas levar essa informação às pessoas, ser de fácil acesso. (E5-PTE; 38 anos; ens. superior; coabitação)

O mais importante seria a televisão, depois talvez a rádio, os locais de trabalho, os jornais, os grandes meios de divulgação. (E21-PTE; 30 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Não faço a mínima ideia, mas eventualmente passando por alguma ação de sensibilização do género “seja observado regularmente para evitar problemas futuros” ou “para evitar situações mais graves”, quer dizer ou então mesmo de choque. Tipo terapia de choque como eles fazem, nos acidentes, que mostram ali o acidente com tudo desfeito. Eu acho que ninguém no geral gosta de ir ao hospital e penso que passa também um bocado por aí “Ah! Ir ao médico... Ah! Sabe tenho que ir lá perder o dia, não sei quê, não sei que mais” acho que vai também um bocado por aí. (...) eu acho que uma campanha de sensibilização aquelas mesmo duras. Mesmo como eu disse “Você não vai? Cai!”. Assustar porque eu acho que às vezes assustando as pessoas, elas começam a procurar. E às vezes até podem nem ter nenhum problema ainda da disfunção, nem nada, mas, por exemplo, ter já lá assim o início de problemas na próstata e até se detetam outros problemas. (E38-PTE; 34 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

3.3.5 Experiências de “doença sexual” e as trajetórias terapêuticas

Acerca dos recursos (humanos e institucionais) que utilizaram, realçam em primeiro lugar os médicos de família nos serviços públicos (ou clínicos gerais com quem os homens tenham proximidade), apesar dos constrangimentos existentes: o difícil acesso às consultas e o tempo de espera implicado na obtenção de uma consulta, a falta de formação dos médicos, a desvalorização que os médicos de família fazem sobre os aspetos relacionados com a saúde sexual masculina.

Então a gente sabe que o médico de família trata de tudo isso, é um facto, mas isto, está tão demorado, está tão complicado, (...) Depende muito do médico que a gente apanha pela frente, porque eles muitas vezes “Epá tenho aí tanta gente à espera, não sei quê, vem agora aqui perguntar-me isto e aquilo? Não”. (...) [é considerado um aspeto secundário?] É. Embora, claro que há médicos que se importam mais com o seu doente do que outros. (E11-O; 59 anos; ens. básico; sem relação)

Aquilo que eles nos verbalizam é que por vezes a consulta com o médico de família não é fácil porque estão muito tempo à espera. É aquilo que eles acima de tudo nos verbalizam. (P16-mulher; enfermeira; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

Para mim o médico de família é só isto, a partir do momento em que tu comesças a ser, digamos, observado ciclicamente pelo mesmo médico ou pela mesma médica, isso também te leva... leva-te a duas coisas, primeiro que mesmo quando tu chegas lá e queres mentir, do outro lado dizem-te “espera lá, olha lá, estás a querer enganar

quem?” Isso para mim é que é o médico de família, independentemente de ser, de estar no serviço público ou ser privado, não interessa. É as pessoas terem alguém em quem aprenderam a confiar, que ao fim e ao cabo é quem lhes trata do corpo. (E47-EDL; 56 anos; ens. secundário; coabitação)

Por exemplo, acho que o médico de família por regra devia tentar falar disso em todas as consultas. Não seria descabido porque acho que mesmo ao médico de família as pessoas têm dificuldade em falar nisso. (E21-PTE; 30 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

Eventualmente a partir de uma determinada idade, em consultas de rotina com os médicos de família. Os próprios médicos de família, tentarem abordar esse assunto para ver se a pessoa precisa ou não de algum tipo de ajuda. Não sei é se os médicos têm formação suficiente para os questionar ou abordar esse assunto sem que isso pareça intromissão na vida particular ou ser levado como uma ofensa. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

Segundo Júlio Machado Vaz (2018), os homens não foram educados para ter problemas sexuais. O autor refere que muitas vezes os homens procuram ajuda por pressão implícita ou explícita das companheiras e que o facto de os médicos de família não terem formação em sexologia clínica constitui um entrave ao acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual, mas que atualmente a exposição de problemas sexuais pelos homens é mais frequente e aberta.

Aliás, no passado eram até raríssimos os homens com Ejaculação Prematura que procuravam ajuda, o que é compreensível numa sociedade patriarcal. Era muito normal que eles considerassem que não tinham problema nenhum, a mulher é que tinha um problema em atingir o orgasmo. Isso criava, e por vezes ainda hoje cria, situações complicadas na prática clínica. Quando recebo no consultório um casal que vem pedir que eu trate a senhora, que tem dificuldades em atingir o orgasmo no coito vaginal, e, decorridos cinco minutos de consulta, percebo que na realidade se trata de um problema de Ejaculação Prematura, é muito delicado fazer esta passagem, da mulher para o homem. O ego masculino muitas vezes não o suporta. Tive casais que saíram da consulta e nunca mais voltaram, porque o homem não admitia ter qualquer problema. (...) Nos nossos dias, os doentes vão procurar muita informação à internet. Há já quem lhe chame ir ao “Dr. Google”. No caso da Ejaculação Prematura, a informação disponível é infindável. Há de

tudo no ciberespaço, desde conselhos a artigos científicos ou com interesses comerciais e até protocolos com uma espécie de “faça você mesmo”. No entanto, nem todas as fontes são confiáveis. “É magnífico que consigamos, em escassos segundos, ter acesso a milhares de artigos, alguns de elevada qualidade, outros que dão ‘receitas’ verdadeiramente inacreditáveis. Mas quem está muito atrapalhado não tem capacidade de discriminar e tenta”, (...). (Vaz, 2018, s.p.)

De acordo com o discurso de um dos homens entrevistados,

Quando for a impotência ou questões da disfunção erétil, intermitente ou não, é uma situação muito complicado para os homens portugueses. Muito complicada. Porque não sabem onde ir, e se souberem onde ir têm receio em ir, e muitos deles em último recurso pegam da bengala da mulher e vão juntos. (...) e normalmente essas consultas correm mal, porque até a médica conseguir dissociar o que é verdade e o que é mentira, vão a duas ou três consultas no mínimo, nunca é na primeira consulta. Vai haver sempre aquela desculpa: “Não, isto aconteceu uma vez.” Quando aconteceu já vinte. Ou então a mulher pergunta “Opá então, mas foste ao médico e não disseste isso?” “Epá...”. (E29-PTE; 47 anos; ens. secundário; rel. compromisso)

No entanto, nas perspetivas dos profissionais o problema dos homens no acesso e na utilização de cuidados reporta-se em grande parte à falta de literacia em saúde sexual.

Nós ainda hoje vemos homens com doenças sexualmente transmissíveis que não procuram os cuidados de saúde porque não as identificam [infecções sexualmente transmissíveis]. E, portanto, a ignorância, a falta de proximidade do médico de família... Tudo isso leva a que o homem não pense nesse aspeto. Muitas vezes ele acha que não está bem, acha que foi uma doença sexualmente transmissível, mas também não se incomoda com isso, porque não é uma doença que dê uma sintomatologia permanente, portanto... (P11-homem; médico infeciologista; instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

É assim, eu acho que, neste momento os homens são pessoas mais vulneráveis em termos de saúde sexual e reprodutiva. Não só por aquilo que eu tinha dito há bocado, de achar que eles têm menos acesso aos cuidados de saúde e menos acesso porque não há um local, e menos acesso porque também muitas vezes eles têm mais dificuldade em chegar... Em capacitar-se para chegarem aos profissionais de saúde. Também é natural, pelo menos em Portugal eu acho que é ainda verdade que muitas

vezes há comportamentos nos homens que são pressionados pela imagem do homem heterossexual que existe, não é? E portanto, um homem não diz que não, por exemplo. Por exemplo, muitas vezes ainda há muita dificuldade na utilização do preservativo. Embora haja casais que já usam com muita facilidade e homens solteiros, porque eu acho que não podemos ver a saúde sexual dos homens só em casal. Temos que ver a saúde sexual do homem, ele próprio, quer dizer fora de um contexto de relação. E mesmo de relação porque muitas vezes existem múltiplos parceiros, existem outras relações, podem existir inclusivamente outras relações bissexuais ou relações homossexuais. Os homossexuais podem ser pessoas que têm uma grande dificuldade em... eles não são mais promíscuos do que os heterossexuais, mas podem ainda estar mais longe dos cuidados de saúde e isso tudo pode ser mais uma razão para haver mais infeções sexualmente transmissíveis nos homens. (P14-mulher; médica ginecologista; instituição pública de cuidados diferenciados e clínica privada)

[É fácil para um homem ir a uma instituição de saúde ou recorrer a um enfermeiro ou um médico no âmbito da saúde sexual?] Pois, provavelmente, não é tão fácil como levar o filho à vacina. Porque cá está, porque já está um serviço estruturado em que é dado a conhecer e que facilmente as pessoas associam a ideia. Aí não, eu acho que aí, já exige um bocadinho mais de pensamento. Pensar qual é o profissional que pode dar resposta, em que sector é que estará esse profissional...de facto, é assim...não me parece de todo... a acessibilidade não me parece assim imediata. E depois também depende do grau de diferenciação da pessoa. Nós sabemos que a acessibilidade aos cuidados de saúde, em parte também está condicionada, pelo seu status económico. Nós todos temos direito à saúde, mas uns têm direito a “mais saúde” do que outros (é esta a minha perspetiva). (P8-mulher; enfermeira, instituição pública de cuidados de saúde diferenciados)

A nível de cultura quando falo em cultura digo conhecimentos, não só o conhecimento académico, mas também a cultura geral. Um homem mais bem informado tem muito mais facilidade em recorrer a esse tipo de serviços, como essas clínicas, e pronto, entender esse conjunto de aspetos. Apesar de ter, como é que eu hei-de explicar, apesar de ter aquela tendência... Também se calhar mesmo na idade adulta não é fácil apesar de ele querer contrariar e ter a consciência de: “qual é o problema, vou mostrar, então tem que ser, não é?” Racionalmente uma pessoa com um estatuto cultural mais alto consegue racionalizar isso, se calhar uma pessoa com um estatuto cultural mais baixo não consegue racionalizar. Quando falo em formação, mesmo até cultural acho que naturalmente um homem com mais, com um

background mais culto, mais erudito, facilmente consegue racionalizar uma situação dessas e se calhar: “até vou, e não sei quê, não sei que mais”, acho que mesmo até entre os profissionais de saúde é complicado. Mas acho que há uma maior facilidade se tivermos formação em saúde. (P17-homem; enfermeiro; cuidados de saúde primários)

Nalgumas situações em que ocorreram sinais de disfunções sexuais, a procura de ajuda pautou-se pela possibilidade de atenuar as dificuldades da difícil exposição de assuntos que consideram íntimos e com um grande impacto na sua masculinidade.

Falar da questão. Não é fácil. Eu falo por mim. Aquela situação [disfunção erétil] foi uma situação que me bateu forte. Não foi fácil. E hoje, com a idade que tenho, e graças a Deus, sinto-me um homem normalíssimo. Não me sinto nenhum Jaguar, nenhum Ferrari. Oh pá, mas já fui! Hoje, se calhar, sou um Fiat 600, mas ando. Certo?! (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Assim, nas experiências que relatam, um dos problemas mais comuns é conseguirem expor o problema. Por vezes, a primeira abordagem passa por confidenciar o problema a um técnico de saúde, que procuram aparentemente por outros motivos e com quem se sentem um pouco mais à-vontade para tal. Na exposição dos problemas, os principais constrangimentos que relatam incidiram sobre a dificuldade em reconhecerem que têm este tipo de problemas, que consideram como ameaças à sua integridade enquanto homens, a falta de abertura (discursiva e temporal) dos médicos para a exposição deste tipo de problemas, a exposição oral das situações e o medo de serem observados fisicamente.

Um dos problemas relatados pelos homens mais velhos reporta-se à vergonha em solicitarem prescrições e comprarem fármacos para a disfunção erétil. Descrevem situações em que utilizam a mesma receita em várias farmácias (pois não são comparticipados pelo estado) que dispensam o medicamento desde que haja uma prescrição médica ou o recurso a farmácias conhecidas, mesmo sem prescrição. Neste tipo de práticas, por vezes existem outros homens que adquirem os comprimidos e que depois os comercializam individualmente junto dos homens.

Não, vou á mesma farmácia. Isto é assim....se eu lhe disser que provavelmente não sou eu que sou o consumidor habitual... o que não quer dizer que não esteja no prol de uma aventura e que não queira ficar mal na fotografia, subentenda-se... mas também não é menos verdade se chegar ali à rotunda e se vier alguém que me diz

assim “ó X. eu precisava de Cialis”, “Dá cá os 40 euritos. Vou lá comprar a caixa á farmácia” Não é para mim. Eu acho aí, nunca se deve deixar ficar ninguém enrascado, a verdade seja dita (Risos)... ninguém faz a má figura por minha culpa (Risos). (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

Neste contexto realça-se a venda ilegal de fármacos contrafeitos (de marca e de genéricos) destinados ao tratamento das disfunções sexuais, que podem colocar em causa a saúde de quem os utiliza e que são comercializados através da internet, o maior mercado mundial e também o menos regulado.

No que diz respeito a outro tipo de situações relacionadas com IST relatam sobretudo situações de reconhecimento de sintomas que lhes são familiares e que associam a este tipo de infeções. Na sua socialização na juventude e na idade adulta são expostos à partilha de histórias e relatos de situações em que os homens mais experientes e com mais idade transmitem oralmente saberes leigos, que proporcionam uma espécie de mapas sintomáticos que permitem descodificar e reconhecer alguns sinais deste tipo de infeções. Nestas situações evidencia-se que na realidade recorreram a consultas de atendimento com caráter urgente nos centros de saúde, nos médicos de família, a pedidos de ajuda por vias menos formais a enfermeiros, médicos e farmacêuticos conhecidos para descodificarem as situações e receberem informações sobre as estratégias a adotar. A decisão de procurar ajuda ou não surge muito centrada nos outros e nos conselhos que lhes proporcionam. Neste âmbito, realçam-se como conselheiros outros homens (que designam de amigos), com quem têm alguma familiaridade e a quem reconhecem experiência e saberes relativos a estas questões. Este tipo de recurso caracteriza-se pela procura da confirmação dos sintomas, e com alguma frequência procura de conselhos sobre o que fazer, ponderando alternativas ao acesso aos cuidados de saúde. Também se destacou o recurso a mulheres (que nas situações de infeções geralmente não são as suas companheiras), depositárias da sua confiança, fontes de informação sobre o acesso aos cuidados de saúde “como e onde ir” e acompanhantes destes homens às consultas.

Nas situações em que procuraram cuidados para tal, realçam as experiências que conotam como francamente negativas, pois consideram que foram expostos a uma recriminação clara dos seus comportamentos e acabaram por se expor ao revelarem as situações a médicos de família que se recusaram a observá-los e os encaminharam para os cuidados diferenciados, criando períodos de pânico, e que afinal se revelaram situações sem gravidade, e que poderiam ter sido facilmente tratadas pelos clínicos gerais.

Contar à médica, foi uma tragédia. Eu falo pelo meu caso, há pessoas que são mais desinibidas nesse aspeto. contei esta coisa e tal. Quando fui ao dermatologista expliquei “então infeção” quando ele me disse “deixe cá ver isso” uma pessoa fica assim um bocado... Mas pronto. Quer dizer não foi complicado foi aquela abordagem “mostre cá a ver isso” (...) [o levar o papel da médica de família com a informação] Pois. Eu tipo “infeção? o que é que se passa?”. Pensei que era uma coisa grave, mas não. (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem rel. compromisso)

Alguns dos homens entrevistados relatam situações de alterações a nível dos órgãos sexuais que surgiram no decurso de outras patologias de carater mais geral, como a mononucleose. Nessas situações que ocorreram em situações de coabitação com os pais, mas já na idade adulta, descrevem que a situação foi relatada ao médico pelas mães e nalgumas situações menos frequentes pelos pais, ou no caso de homens mais velhos, pelas companheiras.

Para alguns dos homens (com maior visibilidade nos homens mais velhos), as situações relacionadas com infeções são “típicas” nos homens, reconhecem-lhes gravidade, e apesar de descreverem dificuldades na sua exposição, manifestam alguma indiferença em relação às possibilidades de serem recriminados por parte dos médicos, pois consideram que este tipo de situações faz parte das rotinas que integram o papel de médico.

[na sequência de relações sexuais com prostitutas que ainda hoje mantém] Quer dizer ia assim um bocadinho... mas paciência tinha que ser. Não deixava avançar muito, não deixava. Há pessoas que com coiso deixam passar dias e dias e dias e pode ser muito pior. Quando dava assim conta de qualquer coisa ia logo ao médico. (E56-EE; 53 anos; ens. básico; sem rel. comp.)

Em primeiro lugar está a minha saúde e ele tem que fazer o papel de médico dele e mais nada. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

[Na sequência de uma infeção no pénis em que recorreu aos serviços médicos universitários] Eu acho que na altura pode ter sido assim um bocadinho inibidor para mim contar isso ao médico porque tinha assim uma... tipo... a explicar e tal, que tinha assim uma espécie de corrimento (risos). Mas contei, não foi assim nenhum drama. (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

Nos percursos ensombrados pelo medo da contaminação pelo VIH/SIDA vários homens mencionaram o recurso a carrinhas móveis para a realização do rastreio do VIH/SIDA. A opção por estes recursos deveu-se à rapidez dos resultados e ao anonimato que permitem. São situações envoltas em secretismo e que muitas vezes só são desocultadas perante a inquirição do estado serológico por um/a novo/a parceiro/a sexual.

O acesso e a utilização de cuidados também decorrem das possibilidades económicas que podem ser disponibilizadas nessa procura. Nas narrativas dos homens, o recurso aos médicos de família e aos serviços de urgência muitas vezes são justificados por uma ponderação relativa aos custos implicados.

3.3.6 Mitos e crenças no masculino que interferem no acesso e na utilização dos cuidados

Nas dificuldades no acesso que implicam o não assumir dos problemas e as dificuldades na sua exposição, os entrevistados realçaram a existência de mitos que interferem no reconhecimento da necessidade de procurar ajuda.

Segundo Brannon (1976) existem quatro componentes diferentes que enquadram o papel masculino nos países da Europa Ocidental: a necessidade de ser diferente das mulheres, a necessidade de ser superior aos outros, a necessidade de ser independente e autoconfiante e a necessidade de ser mais poderoso do que os outros, implicando o recurso à violência se necessário. Sabo e Gordon (1995), defendem que, para lá de outros fatores, estes influenciam o comportamento e as perceções durante a sua vida e, como tal, têm um impacto nas idades mais avançadas. Os autores subscrevem a perspetiva de Courtney (2003) de que as crenças tradicionais ou estereótipos acerca da masculinidade também estão relacionadas com a adoção de comportamentos que não são considerados saudáveis. Nalgumas situações, a necessidade de os homens evidenciarem independência para não parecerem femininos implica que não denunciem a sua vulnerabilidade. No processo de envelhecimento, alguns dos fatores que representam a masculinidade, como a força física, a função e a capacidade sexual podem sofrer um declínio. No entanto a explicação proporcionada pelo papel de género é limitada pois consiste num modelo estático que não considera as dinâmicas e as diferenças. Os homens não precisam de lidar com um papel de género universal, mas com um modelo de género hegemónico subjacente, que também organiza a relação de poder entre os diferentes grupos de homens. Este modelo de género masculino privilegia alguns homens que representam a masculinidade hegemónica ideal

e marginaliza ou domina outras masculinidades, como as dos operários ou as dos homossexuais (Reimann & Backes, 2006).

As mesmas autoras defendem que de uma perspectiva sociológica, o género e a masculinidade podem ser teorizados como uma categoria cultural e social que é construída e reproduzida dentro das interações e das práticas sociais. Assim, o comportamento social, incluindo os comportamentos relacionados com a saúde, estão integrados num sistema de género hierárquico, contextualizado pelas normas de género, hábitos e papéis que ao mesmo tempo reproduz o sistema através de ações aparentemente individuais e interações.

Através dos relatos dos homens entrevistados, evidenciaram-se alguns ideais normativos da masculinidade hegemónica⁵⁶ que influenciam os comportamentos e as crenças relacionadas com a saúde. No entanto, Reimann e Backes (2006) realçam que é preciso ter em mente que até a masculinidade hegemónica, com os seus padrões de dominação, é uma norma cultural e societal e por isso o significado e a utilização de um comportamento específico e de práticas para demonstrar a masculinidade diferem entre homens de diferentes categorias sociais, como a idade, a etnicidade, a classe social e a sexualidade. Courtney (2000) considera que os homens não são só vítimas das orientações inerentes ao seu papel, mas que também são agentes ativos na sua propagação. Apesar de os ideais da masculinidade conduzirem os homens para se manterem agarrados a tipos de comportamentos que prejudicam a sua saúde, eles também tiram vantagens desse comportamento dentro das relações sociais de poder. Além disso, isto reproduz as normas da masculinidade. Por outro lado, Reimann e Backes (2006) defendem que há sempre homens que cultivam outros comportamentos e outras práticas sociais.

Da análise das entrevistas emergiu:

- A necessidade de mentir para se afirmar perante os outros

Essa questão de falar que o homem tem que ser isto, tem que ser assim, tem que ser assado. O homem liga muito a isso. (...) Tem que dar prazer à mulher, não é? Tem que ser viril e essas coisas todas, (...) Repara, nós entre homens falamos uns com os outros “então como é que foi e coiso...”. Um deles mente, é o melhor deles todos, mas pronto. (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem relação)

⁵⁶ Esta referência remete para o conceito de masculinidade hegemónica apresentado nas páginas 16-17 deste trabalho.

Se calhar já não fazem nada e eles dizem que fazem tudo. Para se afirmarem a eles próprios e para se calhar vender o peixe a outros. Para... para sei lá, não sei. Sabe que, as pessoas não são todas iguais. Muitas pessoas não dizem aquilo que podem dizer, outras dizem aquilo que não é verdade. (E54-EE; 50 anos; ens. básico; sem relação)

Acho que a sexualidade acho que é dos... um dos componentes mais importantes na vida da pessoa e na forma como ela se afirma perante os outros e se calhar não é só na juventude. Até na vida adulta dos homens, isso é algo de muito importante, que muitos fazem questão de às vezes pintar um quadro um pouco diferente do que é na realidade. (E5-PTE; 38 anos; ens. superior; coabitação)

Elas também mentem. Mas eles mentem mais do que elas. Eles mentem mais do que elas. Não sei. Eu não sei. Pronto. Eu... Como é que hei-de dizer? As pessoas às vezes gabam-se de certas coisas que não fazem, é mentira. Não sei, mas isso já não é uma coisa de agora. Acho que isso já é uma coisa que vem de há muitos anos. Eu acho que é cultural nos homens. Alguns têm a mania que são machões e mais não sei quê e que fazem e que acontecem. E depois a gente vem a saber, ou por um amigo, às vezes uma coisa que não é bem assim como ele dizia, mas pronto ele diz que é assim, ele está satisfeito, está contente... (...) Por exemplo, eu quando os começo a ver a gabar aí que foram com aquela e que foram com “aqueloutra” e que não sei quê... (...) Quando eles se gabam muito é treta. (E14-EE; 56 anos; ens. básico; coabitação)

- A necessidade de provar a sua superioridade em relação aos outros

É, pronto, o homem gosta sempre de esticar um bocadinho a roupagem, isso é normal, faz, (...). (E51- O; 56 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Sabe que os homens nesse aspeto são muito piores que as mulheres. As mulheres no balneário olham para a celulite, os homens no balneário pelo canto do olho olham para o pénis do outro a ver se é maior, (...). Mas acho que os homens têm muito esse preconceito, sei lá, “ontem fiz o amor com a minha mulher da meia-noite às seis da manhã” e lá no interior do outro “porra e a minha foi em meia hora. Tst! Será? Ele é mas é mentiroso... Amanhã vou tentar ser até às seis da manhã.” O que é que adianta ele fazer até às seis da manhã, se calhar a mulher não ficou contente, não ficou satisfeita? Mas penso que os homens se preocupam... preocupam-se em ser sempre uns melhores que os outros, é uma guerra constante nesse aspeto sexual, então... (E9-EDL; 38 anos; ens. básico; coabitação)

- Ser um “supermacho”

É capaz de haver supermachos (...) no geral é muita bazófia. Muita bazófia mesmo. É justamente o complexo da virilidade. Acho eu. [o que é que é para si virilidade?] É mais ou menos... Eu acho que é mais ou menos sinónimo ou é usado como sinónimo de potência sexual. (E24-EDL; 56 anos; ens. superior; rel. compromisso)

Que há montes, montes de pessoas assim. Infelizmente tenho aí pessoas amigas, colegas meus “e isto e aquilo”, não fazem nada, mas pronto. (...) É. “cuidado com ela, que ela é um perigo e tal.” Fogo. E quando a gente vem a saber que é mentira, mas pronto. Isto das verdades, vêm sempre ao de cima. Mais tarde ou mais cedo, descobre-se tudo. Tudo! (E6-EE; 47 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Digo-lhe já e uma das coisas que os homens gostam que têm... têm orgulho, fazem troféu, sentem-se uns Hércules, uns Batman's, sei lá. É a quantidade de vezes que eles conseguem ter relação sexual. Se é todos os dias, quantos orgasmos conseguem seguidos. Isso é muito importante para os homens. [os homens] Mentem. São mentirosos. (...) porque têm vergonha de não... de não conseguir os objetivos. Por exemplo, eu posso até... suponhamos, também vai... vai muitas vezes de, de, de, de paranoias que os homens têm. Os homens são malucos, não é?! Têm a mania que todas a vida têm que ser uns ganhões. (E7-PTE; 53 anos; ens. básico; rel. compromisso)

Os homens têm que mostrar que são viris e que são os machos alfa e, portanto, não podem perder essa situação. (E19- PTE; 30 anos; ens. superior; coabitação)

Os homens têm muito aquela coisa do macho e do machista até podem não ser, mas depois querem mostrar determinada imagem e portanto... têm um comportamento em grupo que pelo menos também é (...) existe aquela coisa do macho e enfim os médicos não são pessoas diferentes das outras (...). (E26-PTE; 39 anos; ens. superior; sem rel. compromisso)

- A conquista do próprio prazer como uma forma de afirmação

A questão da superioridade masculina, aquela superioridade masculina que leva às vezes alguns casos de alguns homens a pensarem mais em si do que propriamente na outra pessoa. (E17-EDL; 58 anos; ens. superior; coabitação)

“todos somos muito bons na cama”, e “só acontece aos outros”, penso também que há o mito de que “o preservativo tira o prazer” e por isso alguns dizem que não querem usar. Penso que existia o mito dessa geração que agora já desapareceu por completo que “o homem é que tem que ter prazer” acho que esse, quando esta

geração desaparecer, deixa completamente de existir. (E2-PTE; 37 anos; ens. superior; coabitação)

- O medo de ser “achincalhado”

Nestas conversas que se tem habitualmente, quando se fala em fazer um exame a próstata, por exemplo a primeira achincalhada, ou por onde começa a ser achincalhado, é pela posição degradante em que as pessoas se põem. E depois lá vai “foste lá a primeira, gostastes, vais lá a segunda”. Pronto, é aquele tipo de situações que às vezes eu acho que... Mas isto às vezes é o que se diz, porque eles próprios acabam por ir ao castigo mais cedo ou mais tarde, basta que para tal alguma coisa comece a funcionar mal. E depois é assim, é assim que eu costumo dizer: “Isto a gente nunca deve cuspir para o ar, porque isto por força da gravidade, a gente vai levar com ele em cima.... Mais cedo ou mais tarde terás a oportunidade de ser achincalhado também”. Mas acho que é um pouco isso. (E16-EE; 59 anos; ens. básico; coabitação)

A questão da ereção, pronto. Se o homem não consegue, é um incapaz, é um desgraçado. (...) [é suposto conseguir sempre?] Claro! Então, isso... e principalmente da parte dos próprios homens uns em relação aos outros “ai, se tu não consegues, tu não vales nada” (...) mas de uma maneira geral, da malta e acontece até mais talvez entre os mais jovens, os miúdos e que ainda não têm realmente qualquer noção da vida do que são as coisas. Porque isto parecendo que não, todo este campo, penso ele não é assim tão simples como isso. Envolve muitas questões, envolve muita coisa e é, se calhar, das coisas mais melindrosas com que nós temos que viver ao longo da nossa vida, para além de um aspeto importante, para além da questão da relação entre pais com filhos etc até... (E4-PTE; 47 anos; ens. superior; rel. compromisso)

- Virilidade e cuidados médicos, uma conjugação improvável

Isso também pode estar relacionado com uma daquelas questões de virilidade, ou seja: eu sou tão forte e.... digamos...e implacável, que não preciso de... ir ao médico é sinal de que não sou assim tão imortal... Pode também estar ligada a essa questão da virilidade. (E19- PTE; 30 anos; ens. superior; coabitação)

Mas há sempre aquela coisa porque o homem latino que tem que ser muito potente e não sei que mais...não tem que ser, porque não é. É como outro qualquer, mas pronto.... A virilidade! Muita virilidade. Muitas vezes não é. Mas muita virilidade.

(...)o português, o latino, mas o português é muito viril, muito coiso...muitas vezes é só “fogo-de-vista” mas pronto. Nos mais novos é capaz de ser um bocado mais fácil, mas mesmo assim não sei. Aquilo que eu noto nos mais jovens é que são mais abertos já a pedir ajuda, mas...não sei. (E3-PTE; 57 anos; ens. secundário; coabitação)

- Homem, que é homem, nunca se nega

Há todo um folclore em torno do sexo que se prende com a performance, com desempenhos, com... gira tudo em torno disto e que são, a maior parte deles são mitos criados não se sabe bem para quê. Só ajudam a quem não tiver a informação suficiente do seu lado, a acreditar que os mesmos são verdade. Depois evidentemente que se vai sentir diminuído porque nunca conseguirá atingir aquilo que o folclore propõe que seja a bitola. A bitola está toda desvirtuada e se a pessoa acreditar que assim é, de facto só se pode sentir diminuída nesse capítulo e então se não falar com ninguém. Um dos mitos que se conta prende-se precisamente com a história do nº de vezes, a frequência e a frequência. E depois, se as pessoas forem realmente sinceras, a gente vê as estatísticas, as médias estão aí para quem as quiser apreciar, mas depois, falamos com as pessoas que nos são próximas e com quem temos um à-vontade para abordar esse aspeto e ninguém se aproxima da média. (...) Até se costuma dizer por piada que “o homem exagera sempre e a mulher desexagera, porque se não, não é uma menina bem, não é?” E quem diz este aspeto da frequência diz outros, diz outros e portanto... outra historia muito famosa é o tempo. (...) E há toda uma série... por isso é que eu digo que é o folclore em torno de. Se a pessoa cresce a acreditar que assim é, evidentemente que depois vai-se sentir toda a vida diminuído e incapacitado e a procurar especialistas porque não está a conseguir. E como isto não é suficientemente falado de uma forma séria, retirado o folclore. Acho que isso seria importante, essa abordagem séria sobre determinados aspetos da vida sexual das pessoas. (...) o tal mito da duração foi um que me acompanhou durante muitos anos. Durante muitos anos eu pensei que sofria de ejaculação precoce, por exemplo. Só depois é que acabei por perceber que estava dentro daquilo que era esperado, mas durante muito tempo julguei, “devo ter um problema qualquer” e estive quase naquele limiar de procurar ajuda. (...) como é que acabei por perceber? Porque falei com toda uma série de amigos próximos e lhes perguntei, (...) Mas pronto todos os outros estavam muito abaixo desse tempo, então está tudo bem. Mas durante anos, tendo em atenção o tal folclore “uma hora! meia hora!” Porque cresci a acreditar numa série de... como é que eu hei-de dizer? De ideias feitas. Mas a maior parte de ideias feitas que nos vendem enquanto somos

crianças estão erradas. Colegas, amigos, a própria sociedade no fim de contas promove esse folclore em torno disso. (E1-PTE; 40 anos; ens. superior; coabitação)

- Os médicos, é que nos fazem doentes.

Em termos populares isso faz imenso sentido “O melhor é eu não ir ao médico, porque se eu vou ao médico ele vai descobrir que eu tenho não sei quantas coisas”. (...) [essa crença de alguma maneira constrange o homem?] Exatamente. (E27-PTE; 47 anos; ens. superior; coabitação)

(...) é assim, os médicos é tipo os mecânicos. O carro quando vai ao mecânico a primeira vez já não sai mais de lá. Se não é isto, é daquilo (...) (E18-O; 33 anos; ens. secundário; sem relação)

Capítulo IV- NOTAS CONCLUSIVAS

Neste estudo privilegiou-se a análise das relações entre homens, masculinidades e saúde/doença sexual que refletem e reproduzem estruturas sociais e ao mesmo tempo abrem espaço à aproximação das dinâmicas que se estabelecem entre a estrutura e a agência. O aprofundamento teórico evidenciou a complexidade e a mutabilidade do conceito de masculinidade(s) e as configurações quotidianas que assume sob o impacto das estruturas sociais.

O acesso aos homens, enquanto sujeitos dos cuidados de saúde/doença sexual, mostrou ser necessária uma abordagem com sensibilidade metodológica e analítica. A natureza delicada da saúde/doença sexual situa-se na esfera íntima de cada indivíduo e nem sempre é acessível e perceptível no domínio público.

A opção de fazer incidir a atenção sobre as representações e as experiências de saúde/doença sexual dos homens deu visibilidade à complexidade das relações entre género e saúde. Analiticamente foi abarcada uma multiplicidade de aspetos (incluindo as devidas adequações metodológicas) e procurou-se dar visibilidade à relação entre as masculinidades, a saúde e as iniquidades que lhe estão subjacentes. Procurou-se ainda desocultar desvantagens na saúde dos homens e valorizar o masculino como sujeito, que não reduzido a um simples agente de poder ou a um grupo dominante (Dulac, 2000).

Não obstante a existência de *guidelines* (implícitas e explícitas), que constituem a cultura e que proporcionam orientações aos membros de uma sociedade em particular, sobre a forma como devem ver o mundo e como se devem comportar nele (Helman, 1994) as possibilidades de escolha confrontam os indivíduos com oportunidades e riscos (pessoais e globais). Neste âmbito, a tomada de decisão relativa à saúde/doença sexual masculina evidenciou uma pluralidade conflitual de saberes que permeiam as práticas sociais e que nem sempre privilegiam o conhecimento pericial (Giddens, 2000).

Apesar de Connell (2005) defender que os homens não são todos iguais, (e de distinguir vários tipos de masculinidades, entre elas as hegemónicas, as marginalizadas e as estigmatizadas), um aspeto que atravessou os discursos dos profissionais (sendo que muitos deles são homens) e o dos homens leigos, foi, a assunção de que “os homens são todos iguais”, desconsiderando as suas diferenças.

A normatividade que abarca a saúde sexual a nível nacional parece realçar a responsabilidade individual e não a organização de serviços de saúde sexual, e a definição de saúde sexual é mobilizada em prol da redução dos efeitos negativos da atividade sexual. Da leitura dos documentos que enquadram os cuidados de saúde em Portugal, verificou-se que o conceito de saúde sexual não tem visibilidade nos programas nacionais de saúde e que as referências que lhe são feitas situam-no tão só como uma componente da saúde reprodutiva.

Da análise dos dados efetuada emergiu a consideração dos próprios profissionais de que o espaço público em que se situam os cuidados de saúde sexual se encontra imbuído por uma normatividade reprodutiva, heterossexual, que marginaliza os homens. No que diz respeito aos homens, constata-se passividade e silêncio, não havendo visibilidade de qualquer reivindicação da parte destes acerca do seu acesso aos cuidados de saúde sexual ou da necessidade de resposta às suas necessidades.

A identificação da saúde como sendo um domínio predominantemente feminino conduz ao desenvolvimento de cuidados de saúde primários como espaços feminilizados, o que reforça a ideia inicial. Nestes cenários, os valores masculinos hegemónicos são estruturados e estruturadores ou estruturas estruturantes, ou seja, são construídos nas estruturas de serviços de saúde e servem, por sua vez, para replicar a natureza genderizada dos serviços de saúde (Bourdieu, 1990)

A inexistência de lugares com identidade preventiva para a saúde sexual dos homens remete-os para um limbo em que por desconhecimento do que é “normal”, dificilmente conseguem valorizar “o que não é normal”.

Através dos dados empíricos destaca-se o paradoxo entre a necessidade de os homens mostrarem, pelo menos perante os outros homens, a indiferença aos aspetos relacionados com a sua saúde (o que é mais realçado quando não existem sintomatologias que evidenciem situações de doenças) e as expectativas da estrutura acerca de uma suposta “cidadania sexual” que implica a gestão da sua saúde e a minimização de aspetos com impacto negativo. Como as masculinidades não são estáticas, mas representam configurações das práticas de género em que os homens se movem (dentro e entre elas), o binómio "não se preocupam/devem-se preocupar" é mobilizado de diferentes maneiras em diferentes momentos, a fim de alcançar (ou rejeitar) ideais hegemónicos nos quotidianos masculinos (Robertson, 2006).

Da análise de dados evidenciou-se ainda a complexidade dos roteiros sexuais, que englobam os percursos biográficos dos homens e os seus contextos familiares, entre outros aspetos. Apesar da análise não ter aprofundado as dinâmicas familiares, poderia ter sido interessante analisar a feminização dos recursos familiares que surge inerente à procura de ajuda em caso de problemas relacionados com a saúde sexual. Apesar das familiares (mães em primeiro lugar, tias e primas) serem mencionadas como recursos na eventualidade da existência de um problema, sendo descritas como ajudas relevantes em situações que implicaram a procura de cuidados de saúde sexual, os familiares, neste caso os pais, apenas são referidos em duas situações em que ocorreram problemas relacionados com IST (apesar de haver descrições de partilha de alguns acontecimentos de cariz sexual entre filhos e pais). Um outro aspeto diz respeito aos homens que viveram na sua adolescência e na sua juventude com a mãe e com irmãs, que evidenciaram a apropriação de saberes sobre anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais femininos e masculinos que não é evidenciada pelos outros homens (nalgumas ocasiões foi impressionante o desconhecimento da anatomia e da fisiologia dos órgãos sexuais mesmo por parte de homens com níveis de escolaridade superiores).

Acerca dos protagonistas da saúde/doença sexual dos homens realça-se a peculiaridade de um campo de análise que congrega uma multiplicidade de profissões e de práticas profissionais (que nem sempre têm clarificadas as especificidades do exercício profissional envolvido). Neste âmbito, o impacto da medicalização e da farmacologização da sexualidade contribuíram para a expansão das profissões e do número de profissionais envolvidos, apesar de ser evidenciada (por parte dos profissionais e dos homens entrevistados) a falta de formação profissional acerca da abordagem dos assuntos relacionados com a sexualidade e com a saúde sexual, com especial ênfase nos enfermeiros e médicos.

Admitindo o género como princípio organizador da diferenciação das atitudes dos homens face à sua saúde/doença sexual e à interação com os serviços de saúde, a análise sobre as perspetivas dos profissionais, e dos homens acerca do **impacto do género dos profissionais no acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual**, procurou mapear os constrangimentos no acesso, e as dificuldades na exposição de problemas, dos quais poderiam resultar o adiamento da procura de ajuda. A análise das narrativas dos profissionais evidenciou pontos de vista antagónicos (intergrupais e intragrúps). Dentro dos mesmos grupos profissionais as opiniões dividem-se e nalgumas narrativas esta

divergência parece estar relacionada com o género dos próprios profissionais, o que faz com que a influência do mesmo não possa ser considerada neutra e com que a leitura que fazem da realidade dos homens não seja independente.

Assim, realçam-se as opiniões dos médicos (pois revelaram ser um dos recursos mais utilizados pelos homens em caso de problemas) que consideram o género feminino dos profissionais como um constrangimento ao acesso dos homens, evidenciando-se três dimensões: exposição física (dificuldades valorizadas pelos médicos do género masculino); exposição verbal (o pudor em verbalizar aspetos que consideram tabus em relação às mulheres); e a feminização progressiva das profissões de saúde e dos espaços físicos em que se situa o acesso dos homens aos cuidados de saúde.

Na aproximação aos leigos e à forma como consideram o impacto do género dos profissionais destacam-se algumas nuances relacionadas com as características sociodemográficas. Nos homens mais novos (do grupo etário dos 27- 40 anos) evidenciou-se uma preferência pelas médicas, mas que foi realçada de forma diferente de acordo com a orientação sexual dos participantes. Assim os homens heterossexuais realçaram o evitamento da possibilidade de erotização da consulta e do assédio homossexual e os homossexuais o evitamento de atitudes homofóbicas. Nestas perspetivas realça-se o corpo masculino como lugar cultural e simbólico que abriga a construção social da sexualidade de leigos e peritos e onde se podem situar dimensões eróticas relativas à interação ou estigmas baseados em ditames morais que são reconhecidas e valorizadas nos universos leigos. Neste âmbito o toque retal apresentou contornos de maior inaceitabilidade face à circunstância de ser “penetrado” por outro homem, mesmo que seja em contexto terapêutico e por razões clinicamente fundamentadas.

Acerca do impacto do género no acesso dos homens aos cuidados de saúde/doença sexual evidenciou-se que, de acordo com o grupo etário e os níveis de escolaridade, aspetos como a competência clínica, a necessidade premente de cuidados de saúde, o sentirem que não são exceções e o tempo de espera, são valorizados de formas diferentes.

Nos relatos dos homens emergiram ainda como constrangimentos as dificuldades das próprias médicas em abordarem assuntos relacionados com a saúde/doença sexual, e o receio de que a exposição de alguns assuntos possa estar sujeita a recriminações morais e à quebra de sigilo (que decorre do facto destas profissionais serem mulheres).

No que diz respeito às **biografias de iniciação sexual**, na análise das entrevistas procurou-se identificar universos simbólicos, roteiros sexuais e práticas envolvidas nas primeiras experiências sexuais dos homens, e na construção das representações masculinas sobre saúde/doença sexual. Os percursos em torno da vulnerabilidade revelaram a influencia dos processos de socialização e das (im)possibilidades de concretizarem medidas preventivas. A iniciação sexual descrita pelos participantes revelou contextos culturais diferentes e ilustrou um calendário biográfico muito amplo, situado num espaço de tempo que variou entre os 13 e os 22 anos. O estímulo para a construção de uma narrativa da iniciação sexual permitiu aos entrevistados uma evocação de memórias acerca das circunstâncias, dos lugares e dos envolvidos, que foi facilitadora da descrição do desenrolar dos acontecimentos traduzidos em roteiros sexuais.

Nestes cenários foi possível identificar quatro perfis que realçaram a intimidade afetiva, a corporeidade e a descoberta de si próprio e do outro, a concretização da penetração e do orgasmo e a concretização de ser homem (perder a virgindade) (nesta última destacam-se os homens mais velhos e com um nível de escolaridade mais elevado). Nos discursos dos entrevistados acerca da sua iniciação sexual emergiram três tipos de padrões. Um que diz respeito aos contextos em que as experiências aconteceram [namoro (realçado pelos homens mais novos), amizade, encontro casual e prostituição (realçado pelos homens mais velhos)] e que enquadra a iniciação (caraterizada pela penetração vaginal no caso das relações heterossexuais e anal no caso das homossexuais), o segundo que incide na ocultação ou na divulgação do que aconteceu (entre o silêncio e a divulgação copiosa), e o terceiro que se reporta à concretização das expetativas masculinas (entre o sucesso e o fracasso).

A heterogeneidade dos processos sociais que emergem no valor que a sexualidade ocupa em determinados nichos sociais e nos roteiros específicos de socialização com que os indivíduos se deparam, ilustra diferentes formas de encarar uma primeira experiência. No contexto de uma masculinidade hegemónica, realçam-se os esforços de alguns homens em evitarem o escrutínio masculino das suas práticas sexuais. As biografias que se encontram impregnados pelo desejo, pela atração, pela curiosidade, pela premência da experiência e carregadas de fantasias, também são ensombrados pelo medo do desconhecido (do que os espera ou do que é esperado deles), o medo de não ter um bom desempenho (especialmente nos mais novos), e o medo da inexperiência face a parceiras muito experientes. Para alguns dos homens mais novos, a iniciação sexual e as práticas

sexuais foram referidas como uma forma de exercício do poder feminino, que os fez sentir instrumentalizados e distanciados daquilo que é apregoado como um ato de dominação masculina.

Neste âmbito evidenciam-se as diferenças entre as expectativas sociais relacionadas com os homens (em que se espera que a prática iniciática e a experimentação do prazer ocorra o mais cedo possível, não obstante ser expectável que os homens sejam sempre peritos na arte do amor e nunca iniciados assumidos) e as relacionadas com as mulheres (em que as expectativas recaem na salvaguarda da sua virgindade apesar da sua valorização estar mais ténue).

As perceções que os homens têm de saúde/doença sexual podem ser determinantes nas práticas que adotam desde o início da sua atividade sexual. Neste âmbito, procurou-se mapear as perceções que tinham sobre o que consideravam importante para haver uma experiência sexual positiva e satisfatória, e identificar os “riscos percebidos” como estruturadores das práticas. Como pressupostos de uma experiência positiva evidenciou-se a atração, a cumplicidade nas práticas, o prazer mútuo, não haver tabus, a comunicação, o respeito pelo outro, a confiança e o amor.

Nas perspetivas mapeadas realça-se o reconhecimento que os profissionais fazem acerca das desaproximações entre estes e os homens na definição do conceito de sexualmente saudável, o que pode ter impacto nas interações que se estabelecem entre peritos e leigos. Apesar da sua natureza privada e ambígua, os universos de representações e a diversidade de sentidos que a saúde/doença sexual assume para cada indivíduo são basilares na promoção da saúde sexual masculina.

Através dos testemunhos obtidos e pelo facto de se situarem no que pode ser designado como uma sociedade com mobilidade social estrutural considerável, “as inscrições sociais dos indivíduos podem ser percebidas como herança de seu meio social de origem e, ao mesmo tempo, como trajetória e encaminhamento próprios, através dos quais constroem para si mesmos uma posição social pessoal. Atualmente, a socialização sexual dos indivíduos já não pode mais ser vista como transmissão unilateral de um conjunto de normas e valores hegemónicos, adquiridos de maneira definitiva. (Bozon, 2002, p. 98).

O comportamento sexual (re)constrói-se progressivamente ao longo da vida numa mediação entre a agência e a estrutura.

Quanto às **percepções e preocupações em contextos arriscados**, a análise dos relatos dos entrevistados contribuiu para desvendar as lógicas implicadas na procura de cuidados, que envolvem as representações masculinas sobre saúde/doença sexual e convocam as expectativas e as orientações normativas que lhes estão subjacentes.

A este propósito, realça-se a despreocupação dos homens no que se refere à ocorrência de problemas sexuais e à sua prevenção. Nos homens com níveis de escolaridade mais baixos a imprevisibilidade e urgência do ato sexual justificam a despreocupação, enquanto que nos homens mais velhos a justificação incide no desconhecimento ou na relativização do risco (o que mais uma vez remete para uma socialização de relativização das IST e pautada pelo facto de os assuntos sexuais terem sido um tabu durante a juventude destes mesmos homens). Nos homens mais novos a despreocupação aparece associada a aspetos morais subjetivos (a afetividade inerente à atividade sexual que supõe fidelidade) e a aspetos normativos objetivos (validação do estado de saúde sexual das parceiras/os através de exames laboratoriais e consultas médicas).

Globalmente a despreocupação que referem parece albergar-se na mediação entre uma lógica leiga (mediada pelo primado do prazer, que veicula a crença de que o estado de saúde se intui pela ausência de sintomas), e uma lógica pericial (que veicula normatividade na prevenção e no diagnóstico de problemas). No entanto, numa lógica quase oposta à normatividade pericial, a avaliação da aparência física como indicador do estado de saúde da eventual parceira sexual, também é identificada nos discursos dos homens mais novos.

Apesar de metade dos homens se manifestarem despreocupados, para outros existem várias preocupações que ensombram os seus roteiros sexuais. As preocupações relacionadas com as IST têm uma grande visibilidade nas narrativas dos homens mais novos, que manifestam estarem sob a influência de uma perspetiva epidemiológica da sexualidade e do perigo de contaminação inerente às práticas sexuais.

A disfunção erétil emergiu como a preocupação mais valorizada pelos homens mais velhos (apesar destes também evidenciarem preocupações com os problemas na próstata). Reimann e Backes (2006) consideram que o conceito sociológico do corpo ou da incorporação proporciona um contributo adicional para as percepções e atitudes subjacentes que, presumidamente, afetam a vida e a saúde dos homens mais velhos. Em termos médicos e gerontológicos, o corpo só é mencionado dentro de uma perspetiva

biomédica. No entanto, no envelhecimento, não se podem ignorar as modificações corporais e o seu impacto nas identidades das pessoas mais velhas, e o corpo como uma ligação entre a estrutura e agência.

No que diz respeito às **escolhas e possibilidades entre oportunidades e riscos (individuais e coletivos)** no âmbito da saúde sexual dos homens, as lógicas sociais que estruturam as práticas sexuais, muitas vezes ignoram ou são marginais às lógicas da saúde preventiva.

Os homens entrevistados evidenciaram a apropriação leiga do conceito de risco sexual, e as práticas relatadas caracterizavam percursos “arriscados” desde a primeira experiência sexual. Gough e Robertson (2010) consideram que a regulação da população dentro das políticas e das práticas de saúde pública e de promoção da saúde tem origem nas noções, nos padrões e nas normas estabelecidas e está relacionada com a forma como o controlo exterior é aceite pelos indivíduos e o grau em que a autovigilância é integrada. Aos “bons cidadãos” são requeridos comportamentos, prescritos nos discursos sobre estilos de vida saudáveis, que se encontram imbuídos de conotações morais (Lupton, 1993). No entanto estes discursos normativos podem colidir com práticas sociais que são requeridas no âmbito dos discursos masculinos hegemónicos e terem um impacto determinante no âmbito da saúde pública e da promoção da saúde. Gough e Robertson (2010) consideram que os homens se encontram perante um dilema. Por um lado, como “homens reais” (hegemónicos) não podem deixar transparecer demasiada preocupação com a sua saúde, mas, por outro lado, como “bons cidadãos”, é-lhes imputada a obrigação moral de mostrarem preocupação e de se envolverem em práticas saudáveis.

Neste estudo **a relação entre saberes profissionais e leigos nas interações dos homens com os profissionais de saúde** foi privilegiada no âmbito da saúde/doença sexual, das organizações em que estes saberes se desenvolvem socialmente e das transformações contemporâneas que têm ocorrido na saúde sexual. Partindo do exame físico, mais especificamente da observação dos órgãos genitais dos homens como foco de análise da interação entre peritos e leigos, procurou-se mapear a valorização que os profissionais e os homens atribuem a este tipo de intervenção, em que contextos a situam e que saberes mobilizam. Os resultados obtidos evidenciaram a desvalorização da observação dos órgãos genitais masculinos numa lógica preventiva, que atravessa os universos dos saberes leigos e peritos nos cuidados de saúde. No entanto, a existência de sintomas que parece legitimar a intervenção nem sempre evidencia consentaneidade entre

as solicitações dos homens e as respostas dos profissionais. Dentro de uma suposta lógica “pericial”, os médicos de família, clínicos gerais e enfermeiros reconhecem limitações nos seus saberes, evitam a proximidade física, o tocar nos genitais dos homens e assumem-se como prescritores e mediadores entre os homens e os cuidados de saúde especializados. Nesta dinâmica conseguem evitar o confronto com crenças e limitações que restringem a abordagem da sexualidade e responsabilizar os homens pela não realização da observação, alegando a resistência destes à intervenção. Neste cenário, os saberes leigos (re)constróem-se à margem dos cuidados de saúde, a procura de fontes de informação é feita de forma camuflada e os problemas sexuais dos homens são vividos em silêncio.

Numa lógica curativa, que dá visibilidade ao modelo biomédico e aos imperativos tecnológicos, a procura de cuidados e as intervenções legitimadas pela medicina, adquirem sentido entre leigos e peritos. Nos cuidados de saúde/doença sexual as perspectivas dos homens têm como ponto de partida um corpo que pode ser reparado e, nesta lógica o recurso à medicina caracteriza-se por uma metáfora mecânica em que é presumido que o médico “repare” o que não funciona ou que funciona mal (Nettleton, 2006). Esta perspectiva instrumental e medicalizada dos cuidados que incidem na doença sexual, amplia a dominação médica e constrange as possibilidades de emergência de uma “medicalização construtiva” (Broom & Woodward, 1996).

Entre leigos e peritos é evidenciado que nos cuidados de saúde, a sexualidade e a saúde sexual são evitadas e que os clínicos não reconhecem a pertinência da sua abordagem. Neste âmbito realçam-se os recursos financeiros leigos como fonte de desigualdades no acesso a fontes de informação e a cuidados de saúde sexual, permitindo que os homens com mais recursos recorram a cuidados médicos especializados, evitando a exposição do problema apenas para serem encaminhados. Nesta exposição do problema constata-se uma multiplicidade de meios que são mobilizados pelos homens e realça-se ainda a valorização que fazem da salvaguarda do anonimato.

No trabalho que se apresenta, a abordagem das **representações sobre saúde/doença sexual dos homens** procurou incidir na influência da estrutura sobre a agência, evidenciando os universos simbólicos que atravessam as práticas profissionais, as orientações e os valores face à saúde sexual dos homens, a caracterização das representações sociais dos homens sobre saúde/doença sexual e as implicações dessas representações.

As concepções que os homens têm de saúde/doença situam as práticas sexuais em universos simbólicos muito variados, que vão de práticas individuais e coletivas arriscadas (em que conceito de saúde é definido pelo limite que separa o puro do contaminado), passando pelo conceito de práticas que proporcionam prazer (em que a doença se manifesta pela ausência de prazer), até ao conceito de práticas performativas (em que a saúde é evidenciada pela capacidade funcional manifestada na ereção e na ejaculação). No mapeamento destes universos, que também englobam as definições de saúde e de doença sexual, evidenciou-se um distanciamento entre peritos e leigos que se pode repercutir nas suas interações.

No que diz respeito às orientações e valores face à saúde sexual dos homens evidenciou-se o conceito de saúde negativa, que remeteu para a valorização do diagnóstico e do tratamento de três tipos de problemas: IST, disfunções sexuais e problemas na próstata.

Na análise das representações e discursos que os homens têm acerca da saúde/doença sexual, destaca-se a “ausência de doenças sexuais”. Este tipo de representações valoriza sobretudo a sintomatologia e as evidências clínicas de doença, relacionadas com as IST e com as disfunções sexuais. Nas disfunções sexuais (sobretudo nas disfunções eréteis) realça-se ainda o impacto da avaliação leiga dos padrões de desempenho, pelo próprio e pela/o parceiras/o. Em segundo lugar, destaca-se a “libertação de interdições”, seguida do “primado do prazer” e do “bem-estar” (que incluiu aspetos físicos e psíquicos). Nestas últimas salientam-se os homens mais novos, com níveis de escolaridade mais elevados, o que sugere a apropriação de uma perspetiva mais abrangente da sexualidade e da saúde sexual.

Como uma palavra-chave, a saúde é construída em relação às estruturas e experiências sociais e sistematicamente articulada com outros significados e práticas. Embora a coerência da saúde como conceito prático seja em grande parte um produto da forte influência da medicina moderna (que por seu lado também é um produto de transformações sociais e políticas), as concepções médicas não impediram a proliferação irrefreável de significados leigos associados à saúde (Crawford, 2006).

As representações de saúde/doença sexual evidenciaram contornos marcados por alguma heterogeneidade. Sobre o mundo das doenças sexuais surgiu uma panóplia de aspetos que não se caracteriza pela proximidade entre os peritos e os leigos e que interfere na definição do normal e do não normal e na atribuição de estatuto social à saúde/doença

sexual. Neste contexto, realça-se o estudo levado a cabo por Giami (2002) que concluiu que não existe evidência de consenso internacional acerca do conceito de saúde sexual e da sua implementação nas políticas de saúde pública nos diferentes países. Os conceitos de saúde sexual continuam a assinalar uma grande heterogeneidade e uma formatação baseada em contextos nacionais e políticos.

Nas experiências relatadas sobre **as práticas masculinas no acesso e na utilização dos cuidados**, foi distinguida a utilização efetuada numa lógica preventiva e numa lógica curativa e foram identificadas diferentes tipologias relativamente à periodicidade, às circunstâncias, ao tipo de cuidados e aos lugares institucionais onde situam o acesso e a utilização de cuidados de saúde.

As práticas de procura e de utilização dos cuidados de saúde/doença sexual ganham expressão analítica, consideradas pela perspetiva que os homens têm do que é um problema de saúde sexual, dos tipos de cuidados que consideram adequados para dar resposta às suas necessidades e do reconhecimento dos lugares onde situam esses mesmos cuidados. Nos discursos dos profissionais, os cuidados de saúde/doença sexual no âmbito preventivo emergem contextualizados sob quatro tipos de perspetivas: a oportunista, a instrumentalizada, a mediada pelas parceiras e a alternativa.

Nos relatos dos profissionais destacaram-se ainda alguns paradoxos com relevância no acesso e na utilização deste tipo de cuidados pelos homens:

O paradoxo entre a ilegitimidade que atribuem ao acesso dos homens aos cuidados de saúde sexual, sem existirem sintomas, e a crítica que fazem aos homens pelo facto de desvalorizarem a utilização de cuidados numa lógica preventiva.

O paradoxo entre a consideração que fazem acerca dos homens não estarem preparados para expor a sua vida sexual, mesmo quando têm sintomas, (o que consideram como um bloqueio para a abordagem médica dos assuntos relacionados com a sua saúde/doença sexual) e a consideração que fazem (e que é corroborada pelos homens) acerca da falta de preparação dos médicos e dos enfermeiros para abordarem este tipo de questões.

No acesso e na utilização dos cuidados de saúde sexual os homens realçaram três tipos de "problemas de saúde sexual", as IST, as disfunções sexuais e os problemas prostáticos. Nas suas perspetivas os serviços de saúde emergem como lugares privilegiados para o desenvolvimento de intervenções de diagnóstico e de tratamento.

No que respeita aos **espaços e aos agentes privilegiados para obter ajuda em caso de problemas de saúde/doença sexual**, constatou-se um mundo de opções sendo o silêncio “são coisas que não se contam a outros homens” e o evitamento dos serviços de saúde algumas delas.

Na justificação da panóplia de opções mencionada emergiu o tipo de problema (as disfunções sexuais, as IST e os problemas prostáticos), a capacidade financeira para procurar ajuda nos serviços de saúde privados (por permitir um acesso direto, rápido e sigiloso) e a salvaguarda do anonimato.

Morgan (2003) considera que na interação social entre os médicos e os pacientes o maior determinante do sucesso do encontro é que ambos fiquem satisfeitos com a interação e que os resultados clínicos sejam alcançados. A informação proporcionada pelos doentes é fundamental para o diagnóstico e para as decisões terapêuticas e, se estes não se sentirem à-vontade e não forem encorajados a falar abertamente, podem não relatar os seus verdadeiros problemas e não expressar as suas preocupações. No entanto, é frequente que os doentes sintam vergonha ou embaraço na exposição de problemas e, que inicialmente apresentem uma condição que não sendo o centro das suas preocupações, lhes permite uma aproximação ao problema. A manutenção da omissão do problema ou a opção pela sua exposição estão relacionadas com a forma como a atmosfera da consulta e a oportunidade para a sua exposição são percebidas pelos doentes.

No caso das disfunções sexuais, os constrangimentos considerados para a exposição de problemas foram as dificuldades na aceitação e no reconhecimento da existência de problemas sexuais pelos próprios homens, a vergonha, e a dificuldade em verbalizarem os problemas e o considerarem as disfunções como uma ameaça à masculinidade. Como prioridades na procura de ajuda destacou-se a necessidade de esclarecimento sobre os sintomas ou as alterações sentidas pelos homens e a obtenção de indicações terapêuticas para a resolução dos problemas. Os recursos mencionados incluem os médicos de família e os clínicos gerais com quem os homens têm alguma familiaridade, urologistas, psiquiatras, psicólogos, endocrinologistas, internet, linhas telefónicas de apoio, sexólogos, amigos e colegas mais velhos, farmacêuticos e as companheiras.

Nas situações de IST, a valorização dos sintomas evidenciou os serviços de urgência como os locais privilegiados para recorrer, sendo realçada a rapidez da resposta que proporcionam. Estes aspetos tiveram maior visibilidade nos discursos dos homens

com menores níveis de escolaridade. Em segundo lugar, emergiram os médicos de família, clínicos gerais conhecidos e médicos da medicina do trabalho, como meios para obter a prescrição de análises laboratoriais para a realização do diagnóstico deste tipo de infecções. Muitos dos homens mencionam que se tivessem problemas, utilizariam estes clínicos como recursos, pela proximidade física que têm com eles e por serem recursos que não implicam custos monetários elevados. Realçam ainda que não exporiam o problema de forma direta, que o fariam de uma forma dissimulada, por recearem que o sigilo nem sempre seja salvaguardado. Alguns dos participantes referiram que não recorreriam à médica de família devido ao mau funcionamento dos serviços e por terem de explicar aos funcionários as razões do pedido da consulta. Neste âmbito são também mencionados vários recursos que são selecionados pela possibilidade da obtenção de resultados analíticos, pela salvaguarda do anonimato e pelos custos monetários envolvidos.

No que diz respeito aos problemas prostáticos, a influência de casos de cancro da próstata de que os homens vão tomando conhecimento afeta a (re)construção das conceções sobre saúde/doença sexual e contribui para a racionalização da importância de seguirem indicações normativas sobre o diagnóstico, mesmo na ausência de sintomas.

Em relação a este tipo de problemas a análise de dados efetuada sugere que o género masculino constitui uma desvantagem via agência (os problemas em relação à masculinidade tradicional e aos papéis de género masculinos) e via estrutura (as políticas de saúde, o serviço nacional de saúde, os cuidados de saúde proporcionados e os profissionais de saúde). Apesar de neste tipo de problemas os comportamentos e as atitudes dos homens não os “colocar em risco” de contraírem problemas prostáticos, podem influenciar o curso dos problemas e o seu desfecho.

Quanto aos **espaços e agentes privilegiados para a obtenção de informação sobre saúde/doença** sexual, globalmente as narrativas leigas evidenciam que a falta de informação tem um impacto negativo na saúde sexual dos homens e que se constitui como um obstáculo no acesso dos homens aos cuidados de saúde. A maior parte dos homens entrevistados considera que os homens não estão informados sobre os problemas nem sobre o acesso aos cuidados de saúde. Realçam ainda que a falta de informação incide sobretudo nas disfunções sexuais e nos problemas prostáticos, e que é mais notória nos homens mais velhos e nos homens que habitam fora dos grandes meios urbanos.

Na procura de informação realça-se a necessidade de garantirem o anonimato e a dificuldade em assumirem a eventualidade da existência de um problema, perante eles próprios e os outros.

Os espaços educativos (escolas secundárias e universidades) aparecem como espaços privilegiados para a veiculação de informação no âmbito da saúde sexual paralelamente com os media e os recursos audiovisuais.

Nas **experiências de “doença sexual”** mencionadas pelos homens, os recursos que utilizaram foram em primeiro lugar os médicos de família nos serviços públicos (ou clínicos gerais com quem os homens tinham proximidade). Apesar dos constrangimentos existentes: o difícil acesso às consultas e o tempo de espera implicado na obtenção de uma consulta, a falta de formação dos médicos, e a desvalorização que os médicos de família fazem sobre os aspetos relacionados com a saúde sexual masculina, a procura de ajuda pautou-se pela possibilidade de minimizar as dificuldades na exposição de assuntos que consideram íntimos e com um grande impacto na sua masculinidade.

A saúde, e neste caso a saúde sexual, emerge como uma das áreas em que os impactos dos danos da masculinidade tradicional são evidentes. Enquanto os homens lutam por esta versão dominante da masculinidade, a sua vulnerabilidade aumenta. A masculinidade hegemónica pode ser vista como um fator chave associado às situações de doença nos homens. Um fator de risco relativamente à etiologia de algumas doenças, e também uma barreira definida para desenvolverem uma consciência sobre saúde/doença (Sabo & Gordon, 1995).

No que diz respeito a situações relacionadas com IST, evidenciaram o recurso a consultas de atendimento com carácter urgente nos hospitais, clínicas privadas, e centros de saúde, e a procura de enfermeiros, médicos e farmacêuticos conhecidos, para descodificarem sintomas e receberem informações sobre as estratégias a adotar. A decisão de procurar ajuda ou não surge muito centrada nos outros e nos conselhos que lhes proporcionam. Neste sentido, a masculinidade hegemónica parece representar a construção ideológica da masculinidade, servindo os interesses dos grupos dominantes e oferecendo uma alternativa para considerar o enquadramento estrutural e os assuntos das relações de poder entre diferentes grupos de homens.

Os **mitos e crenças no masculino que interferem no acesso e na utilização dos cuidados**. No que diz respeito às dificuldades no acesso aos serviços de saúde que estão relacionadas com a negação dos problemas e com as dificuldades na sua exposição, os

entrevistados realçaram a existência de mitos que interferem no reconhecimento da necessidade de procurar ajuda. Da análise das entrevistas emergiu: A necessidade de mentir para se afirmar perante os outros; A necessidade de provar a sua superioridade em relação aos outros; Ser um “super macho”; A conquista do próprio prazer como uma forma de afirmação; O medo de ser “achincalhado”; Virilidade e cuidados médicos, como uma conjugação improvável; Homem, que é homem, nunca se nega; Os médicos, é que nos fazem doentes.

Os resultados desta pesquisa realçam a complexidade das relações entre a estrutura e a agência no que diz respeito à saúde sexual dos homens. Contudo a capacidade que a estrutura tem de impregnar a agência ultrapassa a relação que se estabelece entre estas e faz emergir a necessidade de incidir sobre a constituição da estrutura nos saberes leigos. Para além da abordagem acerca das decisões que os indivíduos tomam com os conhecimentos que possuem, também é relevante incidir sobre o(s) conhecimento(s) de que o individuo dispõe e como decide com o conhecimento de que dispõe.

A impregnação social pelo saber hegemónico, legitimado pela sua cientificidade, é difundida massivamente pelos media e pelas instituições de saúde. No entanto, entre o saber dos peritos, e o saber dos leigos há um hiato de saberes contraditórios e subjetivos que propiciam a (re)produção de mitos e crenças.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. (2010). Conjugalidades no Masculino: Renegociando Poderes e Identidades no Quotidiano. In K. Wall, S. Aboim, & V. Cunha (Edits.), *A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades* (pp. 159-223). Lisboa, Portugal: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Aboim, S. (2013). *A Sexualidade dos Portugueses*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Adams, R., & Savran, D. (Edits.). (2002). *The Masculinity Studies Reader*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Alarcão, V., Machado, F. L., & Giami, A. (2016). Emergência e Institucionalização da Sexologia em Portugal: Processos, Atores e Especificidades. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(8), 1-14.
- Alarcão, V., Machado, F. L., & Giami, A. (2016a). A Construção da Sexologia como Profissão em Portugal: Composição de um Grupo Profissional e Tipos de Sexólogos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 629-640.
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais: Para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- All European Academics. (2017). *European Code of Conduct for Research Integrity Revised Edition*. Obtido em 4 de dezembro de 2018, de https://ec.europa.eu:https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics_code-of-conduct_en.pdf
- Allen, L., Rasmussen, M.-L., & Quinlivan, K. (2014). *The Politics of Pleasure in Sexuality Education: Pleasure Bound*. London, UK: Routledge.
- Almeida, A. N. (Ed.). (2004). *Fecundidade e Contraceção*. Viseu, Portugal: Inprensa de Ciências Sociais.
- Almeida, A. N., & Vilar, D. (julho / dezembro de 2008). Literacia e Práticas Contraceptivas Masculinas. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, pp. 34-42.
- Almeida, J. F., Machado, F. L., & Costa, A. F. (2006). Social Classes and Values in Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5(2), 95-117.

- Amâncio, L. (Ed.). (2004). *Aprender a Ser Homem. Construindo Masculinidades*. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.
- American Urological Association. (2018). *Erectile Dysfunction: AUA Guideline*. Obtido em 30 de janeiro de 2019, de American Urological Association: [https://www.auanet.org/guidelines/male-sexual-dysfunction-erectile-dysfunction-\(2018\)](https://www.auanet.org/guidelines/male-sexual-dysfunction-erectile-dysfunction-(2018))
- Anderson, E. (2005). Orthodox and Inclusive Masculinity: Competing Masculinities among Heterosexual Men in a Feminized Terrain. *Sociological Perspectives*, 48(3), 337-355.
- Anderson, E. (2009). *Inclusive Masculinity: The Changing Nature of Masculinities*. New York, NY: Routledge.
- APF. (2018). *Quem somos. História*. Obtido em 10 de dezembro de 2018, de Associação para o Planeamento da Família: <http://www.apf.pt/quem-somos/historia>
- Archer, M. (2002). Realism and the Problem of Agency. *Alethia*, 5(1), 11-20.
- Associação Portuguesa de Sociologia. (13 de 4 de 1992). *Código Deontológico*. Obtido em 5 de dezembro de 2018, de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P.: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/66/FCH4bc6d7339c412.pdf
- Atkinson, P. (1981). *The Clinical Experience: the Construction and Reconstruction of Medical Reality*. Farnborough, Hants: Gower.
- AWHN. (2014). *Doing Better Gender-Transformative Public Health Messages. Vol. 1 - Guidelines*. Victoria. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de Australian Women's Health Network: http://awhn.org.au/wp-content/uploads/2015/03/193_AWHNDoingBetterGenderTransformativePublicHealthMessages.pdf
- AWHN. (2014a). *Health and the Primary Prevention of Violence Against Women. Position paper 2014*. Obtido em 11 de dezembro de 2018, de Vitoria: Australian Women's Health Network: http://awhn.org.au/wp-content/uploads/2015/03/172_AWHNHealthandThePrimaryPreventionofViolenceAgainstWomen2014.pdf
- Baker, P. (1996). Men Only: Is There a Role for the Well Men Clinic? *Healthlines*, Dec-Jan: 17-19.

- Baker, P., Dworkin, S. L., Sengfah, T., Banks, I., Shand, T., & Yamey, G. (2014). The Men's Health Gap: Men Must be Included in the Global Health Equity Agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, *92*, 618-620.
- Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and its Problems*. Edinburgh, NY: Churchill Livingstone.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Barole, M. (1986). *Body Politic/Body Pleasured*. *Frontiers*. Boulder, CO: University of Colorado.
- Barrios, R. J., & Lundquist, J. H. (2012). Boys Just Want to Have Fun? Masculinity, Sexual Behaviors, and Romantic Intentions of Gay and Straight Males in College. *Journal of LGBT Youth*, *9(4)*, 271-296.
- Baszanger, I. (1986). Les Maladies Chroniques et Leur Ordre Négocié. *Revue française de sociologie*, *27(1)*, 3-27.
- Batcup, D., & Thomas, B. (1994). Mixing the Genders, an Ethical Dilemma: How Nursing Theory Has Dealt With Sexuality and Gender. *Nursing Ethics*, *1(1)*, 43-52.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London, UK: SAGE Publications.
- Beck, U. (1999). *World Risk Society*. Oxford, UK: Polity Press.
- Béjin, A. (1982). Crépuscule des Psychanalystes, Matin des Sexologues. *Communications*, *35*, 159-177.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. NY: Anchor Books.
- Berger, T. (2017). *Citado em entrevista com o título "Acabar com o Tabu"*. Obtido em 30 de janeiro de 2019, de Jaba Recordati Group: <https://www.jaba-recordati.pt/noticias/acabar-com-o-tabu>
- Bertone, C., & Camoletto, R. F. (2009). Beyond the Sex Machine? Sexual Practices and Masculinity in Adult Men's Heterosexual Accounts. *Journal of Gender Studies*, *18(4)*, 369-386.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique Sociale du Jugement*. Paris, France: Minuit.

- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação Masculina*. Oeiras, Portugal: Celta Editora.
- Bourdieu, P. (2002). *Esboço de Uma Teoria da Prática: Precedido de Três Estudos de Etnologia Cabila*. Oeiras, Portugal: Celta Editora.
- Bozon, M. (2002). *Sociologia da Sexualidade*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora FGV.
- Brannon, R. (1976). The Male Sex Role: Our Culture's Blueprint of Manhood, and what it's Done for us Lately. In D. S. Deborah, & R. Brannon (Edits.), *The Forty-nine Percent Majority: The Male Sex Role* (pp. 14-15, 30-32). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brittan, A. (1989). *Masculinity and Power*. Oxford, UK: Blackwell.
- Broom, A. (2004). Prostate Cancer and Masculinity in Australian Society: A case of Stolen Identity? *International Journal of Men's Health*, 3(2), 73-91.
- Broom, D. H., & Woodward, R. V. (1996). Medicalization Reconsidered: Toward a Collaborative Approach to Care. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 357-378.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4^a ed.). Oxford, NY: Oxford University Press.
- Bury, M. (1997). *Health and Illness in a Changing Society*. London, UK: Routledge.
- Cabral, M. (Ed.). (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais.
- Calvez, M. (2010). La Négociation du Soins et la Situation de Maladie: Questions pour la Sociologie Médicale. *Ethica Clinica*, 57, 6-13.
- Cameron, E., & Bernardes, J. (1998). Gender and Disadvantage in Health: Men's Health for a Change. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 673-693.
- Camoletto, R. F., & Bertone, C. (2010). Coming to be a Man: Pleasure in the Construction of Italian Men's (Hetero)Sexuality. *Italian Studies*, 65(2), 235-250.
- Carapinheiro, G. (1986). A saúde no Contexto da Sociologia. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1(1), 9-22.
- Carapinheiro, G. (2011). Saúde e Doença: Um Programa Crítico de Sociologia da Saúde. *Sociologia on line*, pp. 57-71.
- Carapinheiro, G., & Correia, T. (Edits.). (2015). *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*. Lisboa, Portugal: Editora Mundos Sociais.

- Carapinheiro, G., & Correira, T. (2015a). Introdução. Diálogos com a Sociologia da Saúde e da Doença. In G. Carapinheiro, & T. Correira (Edits.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais* (pp. 1-15). Lisboa, Portugal: Editora Mundos Sociais.
- Carrigan, T., Connell, B., & Lee, J. (2002). Toward a New Sociology of Masculinity. In R. Adams, & D. Savran (Edits.), *The Masculinity Studies Reader* (pp. 99-118). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Caruso, A., & Roberts, S. (2018). Exploring Constructions of Masculinity on a Men's Bodypositivity Blog. *Journal of Sociology*, 54(4), 627-646.
- Carvalho, A. (2014). *Urologia em Medicina Familiar: Ejaculação Prematura*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de Associação Portuguesa de Urologia: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/ejaculacao-prematura.pdf>
- Carver, T., & Mottier, V. (1998). *Politics of Sexuality: Identity, Gender, Citizenship*. New York, NY: Routledge.
- Castro, P. (2002). Notas para uma Leitura da Teoria das Representações Sociais em S. Moscovici. *Análise Social*, XXXVII(164), 949-979.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161-194.
- Collumbien, M., & Hawkes, S. (2000). Missing Men's Messages: Does the Reproductive Health Approach Respond to Men's Sexual Health Needs? *Culture, Health & Sexuality*, 2(2), 135-50.
- CE. (2011). *Proposta de Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que institui o Programa Saúde para o Crescimento, o terceiro programa plurianual de ação da UE no domínio da saúde para o período 2014-2020*. Obtido em 15 de fevereiro de 2019, de EUR-Lex (Acesso ao direito da União Europeia): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011PC0709&from=EN>
- Connell, R. W. (1987). *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Connell, R. W. (2000). Masculinities et Mondialisation. In D. Welzer-Lang (Ed.), *Nouvelles Approches des Hommes e du Masculin* (pp. 195-219). Toulouse, France: Presses Universitaires du Mirail.
- Connell, R. W. (2002). *Gender*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2^a ed.). Cambridge, MA: Polity Press.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Converse, J. M., & Schuman, H. (1974). *Conversations at Random: Survey Research as Interviewers See It*. New York, NY: Wiley.
- Costa, A. F. (2005). A Pesquisa de Terreno em Sociologia. In A. S. Silva, & J. M. Pinto (Edits.), *Metodologia das Ciências Sociais* (13^a ed., pp. 129-148). Porto, Portugal: Afrontamento.
- Costa, A. F., Machado, F. L., & Almeida, J. F. (1990). Estudantes e Amigos: Trajectórias de Classe e Redes de Sociabilidade. *Análise Social*, XXV(105-106), 193-221.
- Costa, A. R., Silva, S., Ferreira, P. M., do Carmo, I., Barros, H., & Lunet, N. (2017). Rastreios Oncológicos em Portugal. In P. M. Ferreira, N. Lunet, & S. Silva (Edits.), *A informação sobre Saúde dos Portugueses: fontes, conhecimentos e comportamentos* (pp. 173-191). Lisboa, Portugal: Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina.
- Courtenay, W. H. (2003). Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys. *International Journal of Men's Health*, 2(1), 1-27.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-being: A Theory of Gender and Health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (2011). *Routledge Series on Counseling and Psychotherapy with Boys and Men. Dying to be Men: Psychosocial, Environmental, and Biobehavioral*

- Directions in Promoting the Health of Men and Boys*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Courtenay, W. H., & Keeling, R. (2000). Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach. *Journal of American College Health*, 48(6), 243-246.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Sciences*, 10(3), 365-388.
- Crawford, R. (2000). The Ritual of Health Promotion. In S. J. Williams, J. Gabe, & M. Calnan (Edits.), *Health, Medicine and Society: Key Theories, Future Agendas* (pp. 225-235). London, UK: Routledge.
- Crawford, R. (2006). Health as a Meaningful Social Practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4), 401-420.
- Davidson, K., & Meadows, R. (2010). Older Men's Health: The role of Marital Status and Masculinities. In B. Gough, & S. Robertson (Edits.), *Men, Masculinities and Health: Critical Perspectives*. NY: Palgrave Macmillan.
- Dejours, C. (2000). *Travail, Usure Mentale*. Paris, France: Bayard.
- Denzin, N. (1970). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. London, UK: Aldine Pub. Co.
- Denzin, N. K. (1989). *The Research Act* (3^a ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. London, UK: SAGE Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of Qualitative Research* (2^a ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- DGS. (2005). *Portugal Saúde: Indicadores Básicos 2003*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 aprovada pelo Governo*. Obtido em 17 de dezembro de 2018, de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>
- DGS. (2015a). *Orientação da DGS nº 010/2015 de 29/10/2015 - Disponibilidade de Métodos Contracetivos*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

- DGS. (2016). *PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números – 2015*. Lisboa: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2018). *Saúde Sexual e Reprodutiva*. Obtido em 17 de dezembro de 2018, de Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- DGS. (2018a). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional - Extensão 2018/2020*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2019). *Plano Nacional de Saúde: Valores, Princípio e Visão*. Obtido em 15 de Fevereiro de 2019, de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/plano-nacional-de-saude2.aspx>
- Dixon-Mueller, R. (1993). *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. Westport, CT: Praeger.
- Doyal, L. (1995). *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. London, UK: Palgrave.
- Doyal, L. (2000). Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas. *Social Science and Medicine*, 51(6), 931-939.
- Doyal, L. (2001). Sex, Gender, and Health: The Need for a New Approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.
- Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. London, UK: Palgrave Macmillan Education.
- Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health Promotion: Models and Values* (2^a ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Dulac, G. (2000). Les Récits de Vie des Hommes Sont-ils Crédibles? In D. Welzer-Lang (Ed.), *Nouvelles Approches des Hommes e du Masculin* (pp. 79-88). Toulouse, France: Presses Universitaires du Mirail.
- Durkheim, É. (1987). *O Suicídio: Estudo Sociológico*. Lisboa, Portugal: Presença.
- Durkheim, É. (1991). *As Regras do Método Sociológico*. Lisboa, Portugal: Presença.
- Durkheim, É. (2002). *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. Oeiras, Portugal: Celta Editora.
- Economic & Social Research Council. (s.d.). *The Research Ethics Guidebook: A Resource for Social Scientists*. Obtido em 1 de dezembro de 2018, de <http://www.ethicsguidebook.ac.uk/>

- Ehrhardt, A. A. (2000). Gender, Sexuality and Human Development. In J. Bancroft (Ed.), *The Role of Theory in Sex Research* (pp. 3-15). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Elias, N. (2003). *La Civilisation des Moeurs*. Paris, France: Pocket.
- Emerson, J. P. (1987). Behaviour in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynaecological Examinations. In Soeckle (Ed.), *Encounters Between Patients and Doctors: an Antology* (pp. 215-234). Cambridge, Massachusetts: MIT Pres.
- Epstein, S., & Mamo, L. (2017). The Proliferation of Sexual Health: Diverse Social Problems and the Legitimation of Sexuality. *Social Science & Medicine*, 188, 176-190.
- Eu Controlo. (2019). "Men's Sexual Medicine" A Primeira Aplicação que Ajuda nas Doenças Sexuais Masculinas. Obtido em 2 de janeiro de 2019, de Eu Controlo: <http://www.eucontrolo.pt/aplicacao-para-smartphone-mens-sexual-medicine>
- European Association of Urology. (2016). *EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism*. Obtido em 15 de janeiro de 2019, de European Association of Urology: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Male-Sexual-Dysfunction-2016-3.pdf>
- European Association of Urology. (2019). *Informação Fiável em Urologia: Sem Fronteiras*. Obtido em 2 de janeiro de 2019, de European Association of Urology - Patient Information: <https://patients.uroweb.org/pt/>
- Evans, D. T. (1993). *Sexual Citizenship: The Material Construction of Sexualities*. London, UK: Routledge.
- Fagin, C., & Diers, D. (1984). Nursing as Metaphor. *International Nursing Review*, 31(1), 16-17.
- Fee, E. (1977). Women and Health Care: A Comparison of Theories. In V. Navarro (Ed.), *Health and Medical Care in US: A Critical Analysis*. NY: Baywood Publishing.
- Ferreira, P. M., & Cabral, M. V. (Edits.). (2010). *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*. Lisboa, Portugal: Bizâncio.
- Fileborn, B., Hinchliff, S., Lyons, A., Heywood, W., Minichiello, V., Brown, G., et al. (2017). The Importance of Sex and the Meaning of Sex and Sexual Pleasure for Men Aged 60 and Older Who Engage in Heterosexual Relationships: Findings

- from a Qualitative Interview Study. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 2097-2110.
- Flick, U. (Ed.). (1992). *La Perception Quotidienne de la Santé et de la Maladie*. Paris, France: L' Harmattan.
- Flick, U. (Ed.). (1998). *Psychology of the Social: Representations in Knowledge and Language*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2000). The Interview: From Structured Questions to Negotiated Text. In N. K. Dezin, & Y. S. Lincoln (Edits.), *Handbook of Qualitative Research* (2^a ed., pp. 645-672). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Forgas, J. P., & Dobosz, B. (1980). Dimensions of Romantic Involvement Towards a Taxonomy of Heterosexual Relationships. *Social Psychology Quarterly*, 43(3), 290-300.
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber* (13^a ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Graal.
- Foucault, M. (1988a). *História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres* (6^a ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir. Nascimento da Prisão* (20^a ed.). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.
- Foucault, M. (2008). *O Nascimento da Clínica* (6^a ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.
- Frank, B. (1987). The Hegemonic Heterosexual Masculinity. *Studies in Political Economy*, 24(1), 159-170.
- Freidson, E. (1989). "The Organization of Medical Practice" and "The Reorganization of the Medical Profession". In *Medical Work in America: Essays on Health Care* (pp. 76-94 and pp. 178-205). New Haven, CT: Yale University Press.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (2005). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality* (2^a ed.). New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.

- Gamson, J. (2000). Sexualities, Queer Theory, and Qualitative Research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Edits.), *Handbook of Qualitative Research* (2^a ed., pp. 347-365). London, UK: SAGE Publications.
- George, F. (2012). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, 25(2), 61-63.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O Inquérito – Teoria e Prática* (3^a ed.). Oeiras, Portugal: Celta Editora.
- Giami, A. (2002). Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 1-35.
- Giami, A. (2007). Santé Sexuelle: La Médicalisation de la Sexualité et du Bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250(7), 56-60.
- Giami, A. (2009). Da Impotência à Disfunção Erétil. Destinos da Medicalização da Sexualidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 637-658.
- Giami, A. (2010). La Spécialisation Informelle des Médecins Généralistes: L’abord de la Sexualité. In G. Bloy, & F. Schweyer (Edits.), *Singuliers Généralistes: Sociologie de la Médecine Générale* (pp. 147-167). Rennes, France: Presses de l’EHESP.
- Giami, A. (2012). The Social and Professional Diversity of Sexology and Sex-Therapy in Europe. In K. Hall, & C. Graham (Edits.), *Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems: Psychotherapy with Diverse Clients* (pp. 375-393). London, UK: Routledge.
- Giami, A., Moreau, E., & Moulin, P. (2015). *Infirmières et Sexualité: Entre Soins et Relation (Recherche Santé Social)*. Format Kindle: Presses de l’EHESP.
- Giami, A. (2018). La Médecine Sexuelle: Genèse d'une Spécialisation Médicale? *Histoire, Médecine et Santé*, 12, 131-147.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1996). *Transformações da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas* (2^a ed.). Oeiras, Portugal: Celta Editora.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia* (2^a ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goffman, E. (1993). *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*. Lisboa, Portugal: Relógio D'Água.

- Gough, B., & Robertson, S. (Edits.). (2010). *Men, Masculinities and Health: Critical Perspectives*. NY: Palgrave Macmillan.
- Hall, J. A. (1984). *Nonverbal Sex Differences: Communication Accuracy and Expressive Style*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Halperin, D. M. (1990). *One Hundred Years of Homosexuality: And Other Essays on Greek Love*. New York, NY: Routledge.
- Harris, J. M. (1995). *Messages Men Hear: Constructing Masculinities*. London, UK: Taylor and Francis.
- Harrison, J. (1978). Warning: The Male Sex Role May Be Dangerous to your Health. *Journal of Social Issues*, 34(1), 65-86.
- Harrison, T. (1999). The Sexual Male. In T. Harrison, & K. Dignan (Edits.), *Men's Health: An Introduction for Nurses and Health Professionals* (pp. 63-76). London, UK: Churchill Livingstone.
- Harrison, T., & Dignan, K. (Edits.). (1999). *Men's Health: An Introduction for Nurses and Health Professionals*. London, UK: Churchill Livingstone.
- Hastings, G., Stead, M., & Webb, J. (2004). Fear Appeals in Social Marketing: Strategic and Ethical Reasons for Concern. *Psychology & Marketing*, 21(11), 961-986.
- Hawkes, G. (1996). *A sociology of Sex and Sexuality*. Bristol, UK: Open University Press.
- Hawkes, G. (2004). *Sex & Pleasure in Western Culture*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Hearn, J. (1996). Is Masculinity Dead? A Critique of the Concept of Masculinity/Masculinities. In G. M. Mac (Ed.), *Understanding Masculinities* (pp. 202-217). Buckingham, UK: Open University Press.
- Heilborn, M. L. (Ed.). (1999). *Sexualidade: O Olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Heilborn, M. L. (1999a). Construção de Si, Género e Sexualidade. In M. L. Heilborn (Ed.), *Sexualidade: O Olhar das Ciências Sociais* (pp. 40-58). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Helgeson, V. S. (1995). Masculinity, Men's role and Coronary Heart Disease. In D. Sabo, & D. F. Gordon (Edits.), *Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body* (pp. 68-104). London, UK: SAGE Publications.
- Helman, C. (1994). *Culture Health and Illness: An Introduction for Health Professionals* (3^a ed.). Oxford, UK: Butterworth Heinemann.

- Herdt, G., & Howe, C. (Edits.). (2007). *21st Century Sexualities: Contemporary Issues in Health, Education, and Rights*. London, UK: Routledge.
- Herzlich, C. (1992). *Santé et Maladie: Analyse d'une Representation Sociale*. Paris, France: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Herzlich, C. (2005). *A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença*. Obtido em 30 de maio de 2017, de Physis[online]: Revista de Saúde Colectiva: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n2/02.pdf>
- Herzlich, C., & Pierret, J. (2005). *Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses*. Obtido em 30 de maio de 2017, de Physis[online]: Revista de Saúde Colectiva: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a05.pdf>
- Hinote, B. P., & Webber, G. R. (2012). Drinking Toward Manhood: Masculinity and Alcohol in the Former USSR. *Men and Masculinities*, 15(3), 292-310.
- Hitzler, R. (1988). *Sinnwelten: Ein Beitrag zum Verstehen von Kultur*. Opladen, Deutschland: West deutscher Verlag.
- Hoffman, B., Tomes, N., Grob, R., & Schlesinger, M. (Edits.). (2011). *Patients as Policy Actors*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Howie, J., Hopton, J., Heaney, D., & Porter, A. (1992). Attitudes to Medical Care, the Organisation of Work and Stress Among General Practitioners. *British Journal of General Practice*, 42, 181-185.
- Huberman, M. A., & Miles, M. B. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. London, UK: SAGE Publications.
- INE. (2015). *Detalhe do Conceito Saúde Reprodutiva*. Obtido em 1 de dezembro de 2018, de Instituto Nacional de Estatística - Sistema de Metainformação - módulo de conceitos: <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>
- INE. (2018). *Causas de Morte 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INSA. (2019). *Doenças Infeciosas. Infeções Sexualmente Transmissíveis*. Obtido em 7 de janeiro de 2019, de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: <http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/>
- Jaba Recordati Group. (2017). *Acabar com o Tabu. Notícias*. Obtido em 30 de janeiro de 2019, de Jaba Recordati Group: <https://www.jaba-recordati.pt/noticias/acabar-com-o-tabu>

- Jackson, S., & Scott, S. (2007). Faking Like a Woman? Towards an Interpretive Theorization of Sexual Pleasure. *Body & Society*, 13(2), 95-116.
- Jodelet, D. (1984). Représentation Sociale : Phénomènes, Concept et Théorie. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale* (pp. 357-378). Paris, France: PUF.
- Jodelet, D. (Ed.). (1989). *Les Représentations Sociales*. Paris, France: PUF.
- Jones, L. J. (1994). *The Social Context of Health and Health Work*. London, UK: Macmillan.
- Kadwell, L. (2016). *Talking about Sexuality and Intimacy: Health Professional Sexual Communication in the Context of Cancer and Palliative Care*. (PhD Thesis). School of Medicine - University of Western Sydney: Sydney, Australia.
- Keesing, R. M. (1981). *Cultural Anthropology: A Contemporary Perspective* (2^a ed.). New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Kelly, M. P. (1992). Health Promotion in Primary Care: Taking Account of the Patient's Point of View. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1291-1296.
- Latini, D. M., & Coon, D. W. (2007). Aging and HIV. The Changing Face of AIDS. In G. Herdt, & C. Howe (Eds.), *21st Century Sexualities: Contemporary Issues in Health, Education, and Rights* (pp. 104-106). London, UK: Routledge.
- Laveist, T. A. (1993). Segregation, Poverty, and Empowerment: Health Consequences for African Americans. *The Milbank Quarterly*, 71(1), 41-64.
- Leserman, J. (1981). *Men and Women in Medical School*. New York, NY: Praeger.
- Lewin, M. (1984). Rather Worse than Folly? Psychology Measures Femininity and Masculinity. In M. Lewin (Ed.), *In the Shadow of the Past: Psychology Portrays the Sexes* (pp. 155-178). New York, NY: Columbia University Press.
- Lhez, P. (1995). *De la Robe de Bure á la Tunique Pantalon. Étude sur la Place du Vêtement dans la Pratique Infermière*. Paris, France: Inter Editions.
- Liebel, S. (2008). A construção Social do Prazer. *Revista de estudos feministas*, 16(2), 711-713.
- Liliequist, J. (2007). *Masculinity and Virility: Representations of Male Sexuality in Eighteenth-Century Sweden - Studies across Disciplines in the Humanities and Social Sciences 2*. Helsinki Collegium for Advanced Studies. Obtido em 18 de novembro de 18, de HELDA - Digital Repository of the University of Helsinki: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25755/002_05_liliequist.pdf

- Lloyd, T. (1996). *A Review of Men's Health*. London, UK: Royal Colledge of Nursing.
- Loyola, M. A. (1999). A Sexualidade como Objeto de Estudo das Ciências Humanas. In M. L. Heilborn (Ed.), *Sexualidade: O Olhar das Ciências Sociais* (pp. 31-39). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Luck, M., Bamford, M., & Williamson, P. (2000). *Men's Health: Perspectives, Diversity and Paradox*. Oxford, UK: Blackwell Science.
- Lundgren, R. (2000). *Research Protocols to Study Sexual and Reproductive Health of Male Adolescents and Young Adults in Latin America*. Division of Health Promotion and Protection Family Health and Population Program – PAHO.
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425-435.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London, UK: SAGE Publications.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulation of the Body*. London, UK: SAGE Publications.
- Lupton, D. (2014). The Pedagogy of Disgust: The Ethical, Moral and Political Implications of Using Disgust in Public Health Campaigns. *Critical Public Health*, 25(1), 4-14.
- Machado, F. L., Costa, A. F., Mauritti, R., Martins, S., Casanova, J. L., & Almeida, J. F. (2003). Classes Sociais e Estudantes Universitários: Origens, Oportunidades e Orientações. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (66), 45-80.
- MacInnes, J. (2002). *O Fim da Masculinidade*. Porto, Portugal: Ambar.
- Mamo, L., & Epstein, S. (2016). The New Sexual Politics of Cancer: Oncoviruses, Disease, Prevention and Sexual Health Promotion. *BioSocieties*, 12(3), 367-391.
- Manago, A. (2013). Negotiating a Sexy Masculinity on Social Networking Sites. *Feminism & Psychology*, 23(4), 478-497.
- Martins, J., & Nogueira, P. (2016). *Semântica da Informação em Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde.
- Marzano, M. (2006). *Je Consens, Donc je Suis...: Éthique de L'autonomie*. Paris, France: PUF.

- Masters, W., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1992). *Human Sexuality* (4^a ed.). New York, NY: Harper Collins Publishers.
- Meeuwesen, L., Schaap, C., & Van der Staak, C. (1991). Verbal Analysis of Doctor-Patient Communication. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1143-1150.
- Mercadier, C. (2002). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Miles, A. (1991). *Women, Health and Medicine*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moita, G. (2014). Os Andrologistas são os Nossos Primeiros Aliados. *Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Andrologia*, 2, 6-7.
- Morgan, D. H. (1992). *Discovering Men*. London, UK: Routledge.
- Morgan, M. (2003). The Doctor-Patient Relationship. In G. Scambler (Ed.), *Sociology as Applied to Medicine* (5^a ed., pp. 49-66). London, UK: Saunders.
- Morris, M., & Anderson, E. (2015). ‘Charlie Is So Cool Like’: Authenticity, Popularity and Inclusive Masculinity on YouTube. *Sociology*, 49(6), 1200-1217.
- Morse, J. M. (1999). Qualitative Methods: The State of the Art. *Qualitative Health Research*, 9(3), 393-406.
- Moscovici, S. (1976). *La Psychanalyse, Son Image et Son Public*. Paris, France: PUF.
- Moscovici, S. (Ed.). (1984). *Psychologie Sociale*. Paris, France: PUF.
- Moscovici, S. (1992). Préface. In C. Herzlich (Ed.), *Santé et Maladie: Analyse d'une Representation Sociale*. Paris, France: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Moscovici, S., & Lage, E. (1976). Studies in Social Influence III: Majority Versus Minority Influence in a Group. *European Journal of Social Psychology*, 6(2), 149-174.
- Moutinho, L. (2002). Considerações sobre Violência, Género e Cor em Rio das Pedras. In M. Burgos (Ed.), *A Utopia da Comunidade: Rio das Pedras, uma favela carioca*. Rio de Janeiro / São Paulo, Brasil: Editora PUC-Rio/Edições Loyola.
- Mthembu, E. M. (2015). *Factors Affecting Men's Health Care Seeking Behaviour and Use of Services: A Case Study of Inanda Township, Durban*. Obtido em 25 de

- novembro de 2018, de ResearchSpace - A digital library for UKZN scholarly research: <https://researchspace.ukzn.ac.za/handle/10413/14392?show=full>
- Muchembled, R. (1988). *L'invention de L'homme Moderne: Culture et Sensibilités en France du XVe au XVIIIe siècle*. Paris, France: Fayard.
- Muchembled, R. (2007). *O orgasmo e o Ocidente: Uma História do Prazer do Século XVI a Nossos Dias*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Nass, G. D., Libby, R. W., & Fisher, M. P. (1981). *Sexual Choices*. Monterey, CA: Wadsworth Health Division.
- Nettleton, S. (2006). *The Sociology of Health and Illness*. (2ª Ed.) Cambridge, UK: Polity Press.
- Nicky, J. (1989). Emotional Labour: Skill and Work in the Social Regulation of Feelings. *The Sociological Review*, 37(1), 15-42.
- Norcross, W. A., Ramirez, C., & Palinkas, L. A. (1996). The Influence of Women on the Health Care-Seeking Behavior of Men. *The Journal of Family Practice*, 43(5), 475-480.
- Nunes, J. S. (2003). As Coordenadas Gerais da Sexologia. In L. Fonseca, C. Soares, & J. M. Vaz (Edits.), *A sexologia. Perspetiva Multidisciplinar I* (pp. 15-30). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- O'Brien, R. (2006). *Men's Health and Illness: the Relationship Between Masculinities and Health*. (PhD Thesis). Social & Public Health Sciences Unit - University of Glasgow: Glasgow, UK.
- OPSS. (2015). *Relatório Primavera 2015. Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em Risco?* Obtido em 12 de fevereiro de 2019, de Observatório Português dos Sistemas de Saúde: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- OPSS. (2017). *Relatório Primavera 2017. Viver em Tempos Incertos. Sustentabilidade e Equidade na Saúde*. Obtido em 12 de fevereiro de 2019, de Observatório Português dos Sistemas de Saúde: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2017.pdf
- OECD. (2018). *Life Expectancy at Birth (indicator)*. doi: 10.1787/27e0fc9d-en. Obtido em 24 de novembro de 2018, de OECD Data: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>

- OECD. (2018a). *Life Expectancy at 65 (indicator)*. doi: 10.1787/0e9a3f00-en. Obtido em 24 de novembro de 2018, de OECD Data: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm#indicator-chart>
- OMS. (2006). *A Definição de Saúde Sexual: Relatório de uma Consulta Técnica sobre Saúde Sexual, 28-31 de janeiro de 2002*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde.
- ONSA. (2007). *Uma Observação sobre a Utilização de “Cuidados Preventivos” pelo Homem, em Portugal Continental*. Obtido em 9 de dezembro de 2016, de Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/282/1/Relat%c3%b3rio%20cuidados%20preventivos%20homem.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2014). *Crítérios para Admissão por Consenso na Competência em Sexologia Clínica*. Obtido em 1 de outubro de 2018, de Ordem dos Médicos: http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Sexologia_CI%C3%ADnica.pdf
- Ordem dos Médicos. (2019). *Especialidades e Subespecialidades*. Obtido em 11 de janeiro de 2019, de Ordem dos Médicos: <https://ordemdosmedicos.pt/especialidades/> e <https://ordemdosmedicos.pt/subespecialidades/>
- Paiva, M. S., & Amâncio, L. (2004). *Implicações das Representações Sociais na Vulnerabilidade de Género para Sida/aids entre Jovens Universitários: Estudo Comparativo Brasil Portugal*. Obtido em 3 de junho de 2017, de Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra: www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/MirianSantosPaiva.pdf
- Palmas, A. (2018). *Uma Consulta de Medicina Sexual em Contexto Militar*. Obtido em 2 de janeiro de 2019, de Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica: <http://spsc.pt/index.php/2018/12/26/sexualidades-nao-heteronormativas-em-contexto-militar-dont-ask-dont-tell/>
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Parsons, T. (1964). *Social Structure and Personality*. New York, NY: Free Press.
- Parsons, T. (1967). *Sociological Theory and Modern Society*. New York, NY: Free Pres.

- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2^a ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. London, UK: SAGE Publications.
- Petersen, A., Davis, M., Fraser, S., & Lindsay, J. (2010). Healthy Living and Citizenship: an Overview. *Critical Public Health*, 20(4), 391-400.
- Pires, Á. (1997). Échantillonnage et Recherche Qualitative: Essai Théorique et Méthodologique. In Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires (Edits.), *Recherche Qualitative: Enjeux Epistemologiques (La)* (pp. 113-169). Montréal, Canada: Gaetan Morin Editeur.
- Pleck, J. H. (1976). The Male Sex Role: Definitions, Problems, and Sources of Change. *Journal of Social Issues*, 32(3), 155-164.
- Policarpo, V. (2011). *Indivíduo e Sexualidade: A Construção Social da Experiência Sexual*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa - Instituto de Ciências Sociais. Lisboa: Portugal.
- Pordata. (2018). *SIDA: Casos Diagnosticados*. Obtido em 20 de fevereiro de 2019, de Pordata - Base de Dados de Portugal Contemporâneo: www.pordata.pt/Portugal/SIDA+casos+diagnosticados-325
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: Género e Saúde Sexual e Reprodutiva*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Prazeres, V. (2004). Tratar da Vida, Tratar do Corpo – Masculinidades e Políticas de Saúde. In L. Amâncio (Ed.), *Aprender a Ser Homem – Construindo Masculinidades* (pp. 121-141). Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.
- Prazeres, V. (Ed.). (2008). *Saúde, Sexo e Género: Factos, Representações e Desafios*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Prazeres, V. (2008a). *O Voo Desordeiro de Eros*. Alfragide, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Radley, A. (1991). *In Social Relationships: An Introduction to the Social Psychology of Membership and Intimacy*. Berkshire, UK: Open University Press.
- Reeser, T. W. (2010). *Masculinities in Theory: An Introduction*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

- Reimann, K., & Backes, G. (2006). Men in Later Life: Perspectives on Gender, Health and Embodiment. In G. Backes, V. Lash, & K. Reimann (Edits.), *Gender, Health and Aging: European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges* (pp. 57-70). Wiesbaden, Germany: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- República Portuguesa Saúde. (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Urologia*. Obtido em 8 de dezembro de 2018, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/RNEHR-Urologia-Para-CP-1.pdf>
- Riska, E., & Wegar, K. (1993). *Gender, Work and Medicine*. London, UK: SAGE Publications.
- Robertson, S. (2006). "Not Living Life in too Much of an Excess": Lay Men Understanding Health and Well-being. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(2), 175-189.
- Robertson, S. (2007). *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*. Berkshire, UK: Open University Press.
- Rodrigues. (2018). *entrevista com o titulo "Médicos de Família Têm de Olhar para a Sexualidade"*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de Revista Sábado (pressreader): <https://www.pressreader.com/>
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Rosenberg, C. E. (1986). Disease and Social Order in America: Perceptions and Expectations. *The Milbank Quarterly*, 64(Supplement 1), 34-55.
- Royal College of Nursing. (2018). *Older People in Care Homes: Sex, Sexuality and Intimate Relationships*. Obtido em 1 de dezembro de 2018, de Royal College of Nursing: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2018/october/pdf-007126.pdf>
- Ryan, G. W., & Bernard, R. (2000). Data Management and Analysis Methods. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Edits.), *Handbook of Qualitative Research* (2ª ed., pp. 769-802). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Sabo, D., & Gordon, D. F. (1995). Rethinking Men's Health and Illness. In D. Sabo, & D. F. Gordon (Edits.), *Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body* (pp.1-21). London, UK: SAGE Publications.

- Sandberg, L. (2016). In Lust We Trust? Masculinity and Sexual Desire in Later Life. *Men and Masculinities*, 19(2), 192-208.
- Sapolsky, H. M. (1990). The Politics of Risk. *Daedalus*, 119(4), 83-96.
- Sarup, M. (1993). *An Introductory Guide to Post-structuralism and Postmodernism*. Atlanta, GA: University of Georgia Press.
- Seidler, V. J. (1994). *Unreasonable Men: Masculinity and Social Theory*. London, UK: Routledge.
- Seidler, V. J. (1997). *Man Enough: Embodying Masculinities*. London, UK: SAGE Publications.
- Shilton, H. (1999). Men's Health and Culture. In T. Harrison, & K. Dignan (Edits.), *Men's Health: An Introduction for Nurses and Health Professionals* (pp. 49-62). London, UK: Churchill Livingstone.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London, UK: SAGE Publications.
- Simard, D. (2015). The Question of Sexual Consent: Between Individual Liberty and Human Dignity. *Sexologies*, 24(3), e65-e69.
- Simões, J., & Amâncio, L. (2004). Género e Enfermagem: Um Estudo sobre a Minoria Masculina. *Sociologia, Problemas e Práticas [online]*, (44), 71-81.
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual Scripts: Permanence and Change. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 97-120.
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1987). A Sexual Scripts Approach. In H. Geer, & W. T. O'Donohue (Edits.), *Theories of Human Sexuality* (pp. 363-383). New York, NY: Plenum Press.
- Sociedade Portuguesa de Andrologia. (2019). *Medicina Sexual e Reprodução - Definição de Disfunção Erétil*. Obtido em 2 de janeiro de 2019, de Sociedade Portuguesa de Andrologia: <http://www.spandrologia.pt/>
- Sontag, S. (1993). *La Maladie comme Métaphore : Le SIDA et ses Métaphores*. Paris, France: Christian Bourgeois Éditeur.
- SPSC. (2018). *Génese da SPSC*. Obtido em 7 de dezembro de 2018, de Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica: <http://spsc.pt/index.php/genese-da-spsc/>
- Stacey, M. (1988). *The Sociology of Health and Healing*. London, UK: Unwin Hyman.

- Stake, R. E. (1995). *The Art of the Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Stake, R. E. (2000). Case Studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Edits.), *The Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-454). London, UK: SAGE Publications.
- Tereso, A. (2011). *O Acesso dos Homens aos Cuidados de Saúde Sexual: Resultados Preliminares sobre o Impacto do Género nas Perspetivas dos Profissionais de Saúde*. Lisboa, Portugal: CIES-IUL e-Working Paper N° 115/2011.
- Tereso, A. (2014). Sexualidade e Profissionais de Saúde: de Corpo a Corpo. In F. Barros, & R. Figueiredo (Edits.), *Manual de Medicina Sexual* (pp. 543-546). Lisboa, Portugal: HSJ.
- Tereso, A. (2015). Lógicas e Paradoxos da Saúde Sexual dos Homens. In G. Carapinheiro, & T. Correia (Orgs.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais* (pp. 165-170). Lisboa, Portugal: Mundos sociais.
- The World Bank. (2017). *Mortality Rate, Adult, Male (per 1,000 male adults)*. Obtido em 8 de dezembro de 2018, de The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.AMRT.MA>
- Tiefer, L. (1996). The Medicalization of Sexuality: Conceptual, Normative, and Professional Issues. *Annual Review of Sex Research*, 7(1), 252-282.
- Tomada, N. (2018). *entrevista com o título "Ejaculação Prematura: A Disfunção Sexual mais Frequente"*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de Revista Sábado (pressreader): <https://www.pressreader.com/>
- Turner, B. S. (1999). *Medical Power and Social Knowledge*. London, UK: SAGE Publications.
- UN. (1994). *International Conference on Population and Development*. New York, NY: UNFPA.
- Vala, J. (2000). Representações Sociais e Psicologia Social do Conhecimento Quotidiano. In J. Vala, & B. Monteiro (Edits.), *Psicologia Social* (pp. 457-502). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2005). A análise de Conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto (Edits.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto, Portugal: Afrontamento.

- Vaz, J. M. (2018). *entrevista com o título "Os Homens não foram Educados para ter Problemas Sexuais"*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de Eu Controlo: <http://www.eucontrolo.pt/entrevistas/julio-machado-vaz>
- Velho, J. (1981). *Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Editores.
- Vendeira. (2018). *entrevista com o título "Ejaculação Prematura: A Disfunção Sexual mais Freqüente"*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de Revista Sábado (pressreader): <https://www.pressreader.com/>
- Vendeira, P. S., Pereira, N. M., Tomada, N., & Carvalho, L. (2011). *Estudo EPISEX-PT/Masculino: Prevalência das Disfunções Sexuais Masculinas em Portugal. ISEX Cadernos de Sexologia*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/285451498_Estudo_EPISEX-PTMasculino_Prevalencia_das_disfuncoes_sexuais_masculinas_em_Portugal
- Vieira, C. P. (2014). Lógicas de Risco na Experiência da Sexualidade Juvenil. *Forum Sociológico, 24*, 89-94.
- Vilar, D. (2003). *Falar Disso: a Educação Sexual nas Famílias dos Adolescentes*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Vilar, D. (2010). Desempenho sexual – Satisfação e Problemas. In P. M. Ferreira, & M. V. Cabral (Edits.), *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos* (pp. 201-231). Lisboa, Portugal: Bizâncio.
- von Wright, G. H. (1971). *Explanation and understanding*. London, UK: Routledge & Kegan Paul.
- Wainwright, D. (1997). Can Sociological Research Be Qualitative, Critical and Valid? *The Qualitative Report, 3*(2), 1-17.
- Wall, K., Aboim, S., & Cunha, V. (Edits.). (2010). *A Vida Familiar no Masculino. Negociando Velhas e Novas Masculinidades*. Lisboa, Portugal: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Webb, C. A. (1999). Men's Health: The Background. In T. Harrison, & K. Dignan (Edits.), *Men's Health: An Introduction for Nurses and Health Professionals* (pp. 1-14). London, UK: Churchill Livingstone.
- White, A. K. (2006). Men's Health in the 21st Century. *International Journal of Men's Health, 5*(1), 1-17.

- Whitehead, S. M. (2008). *Men and Masculinities*. Cambridge, UK: Polity Press.
- WHO. (1975). *Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals*. (Technical Report Series, No. 572). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2000). *Women and Sexually Transmitted Infections - Fact sheet N° 249*. World Health Organization.
- WHO. (2000a). *Boys in the Picture: Gender Based Programming for Adolescent Health and Development in Europe*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2006). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2010). *Developing Sexual Health Programmes. A Framework for Action*. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- WHO. (2015). *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Obtido em 8 de dezembro de 2018, de World Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf
- WHO. (2016). *Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards Achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – Leaving no one Behind*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725.
- Wimberly, Y., & Moore, S. E. (2007). Doctors, Patients, and Sexuality. In G. Herdt, & C. Howe (Edits.), *21st Century Sexualities: Contemporary Issues in Health, Education and Rights* (pp. 92-94). London, UK: Routledge.
- WHAV. (2001). *Position Paper on Gender and Practice*. Obtido em 7 de agosto de 2011, de Women's Health Association of Victoria: http://www.whv.org.au/Articles/WHAV_gender_sensitivity.pdf
- Wrong, D. H. (1961). The Oversocialized Conception of Man in Modern Sociology. *American Sociological Review*, 26(2), 183-193.

Fontes

Assembleia da República (2009), “Lei n.º 60/2009” in Diário da República, n.º 151, Série I, pp.5097-5098

Ministério da Educação (2018), “Decreto-Lei n.º 55/2018”, in Diário da República, n.º 129, Série I, pp. 2928-2943

Ministério da Saúde e da Educação (2010), “Portaria n.º 196-A/2010” in Diário da República, n.º 69, Série I, pp. 1170-(2) a 1170-(4)

Anexos

I – Guião das Entrevistas a atores com posicionamento central no campo de análise

A. Trajetória biográfica

1. Trajetória académica e profissional.
2. Percursos formativos, clínicos, de investigação,... no âmbito da saúde sexual.
3. Interesse pelas questões relacionadas com a saúde dos homens ou com a saúde sexual.

B. Contextos da saúde sexual dos homens

1. Acontecimentos, movimentos e mudanças (sociais, políticas, económicas, científicas, ...) que destaca no âmbito da saúde dos homens.
2. Diferenças e semelhanças entre homens e mulheres no âmbito da saúde/doença sexual (epidemiologia, comportamentos, relações com os serviços de saúde e com os profissionais, expectativas sociais,...).

C. Representações sobre a saúde sexual dos homens

1. Símbolos que para os homens representam a saúde/doença sexual.
2. Significados atribuídos e valores implicados no âmbito da saúde/doença sexual dos homens. Significado que atribuem ao risco?
3. Representações (leigas e dos profissionais) sobre saúde/doença sexual.
4. Implicações na vulnerabilidade masculina à doença sexual.
5. Repercussões no planeamento, na organização e na utilização dos cuidados de saúde pelos homens.

D. As Políticas de saúde sexual

1. Dimensões prioritárias no âmbito da saúde sexual.
2. Configurações legais, políticas e institucionais dos cuidados de saúde sexual.
3. Conceptualização da perspetiva de género nos programas de saúde sexual e reprodutiva.
4. Dificuldades e desafios no âmbito da saúde sexual masculina.
5. Lugares da saúde sexual masculina na educação sexual em Portugal.

E. Utilização dos cuidados de saúde

1. Diferenças de género no acesso aos cuidados de saúde sexual: Que realidades? Que implicações? Implicações do género dos profissionais no acesso aos cuidados?
2. Caracterização dos serviços e dos cuidados prestados no âmbito da saúde sexual. O que é prioritário? Porquê?
3. Padrões masculinos de utilização (necessidades, expectativas, consumo de cuidados). Perfis dos utilizadores.
4. Relações entre os profissionais de saúde e os homens: caracterização das formas de interação, contextos de interação, estatuto atribuído aos homens.
5. Sentidos atribuídos à procura de cuidados de saúde sexual, atitudes face à doença sexual (constrangimentos e soluções procuradas).
6. Percursos dos homens relativos a problemas do foro sexual. Respostas dadas *versus* respostas idealizadas (necessidades e expectativas).

II - Guião das Entrevistas aos homens que satisfizessem os critérios de seleção⁵⁷

1. PERCURSO BIOGRÁFICO

1.1. Família de origem

- Onde e com quem viveu durante a sua infância? (grau de instrução, profissão dos pais e/ou outros).
- Que pessoa/as foram significativas na sua infância e juventude? Porquê?
- Que percursos de conjugalidade conheceu e quais os que o influenciaram mais? (tipo de casamento e história conjugal do pai e da mãe ou outros - no caso de se terem separado, duração do casamento, número de casamentos);
- O dia-a-dia da sua família era marcado por orientações religiosas? (Quais e que significado lhes atribui); atualmente integra alguma religião?
- Considera que a sua família o motivou para a participação social e política? (associações culturais, causas particulares, instituições de solidariedade social, movimentos de proteção de direitos,...).

1.2. Percurso formativo

- Relativamente à sua escolaridade e formação, que instituições frequentou? (nº de anos de escolaridade completos)

1.3. Percurso profissional

- Qual foi o seu primeiro emprego? (idade de início)
- Cumpriu serviço militar?
- Que outros empregos e/ou ocupações é que teve?
- Profissão atual?

1.4. Lazer

- Como ocupa os seus tempos livres? Com quem? Com que regularidade?

⁵⁷ **Nota:** até ao ponto 1.5, foi adaptado de Almeida e Nunes (2004) – Guião da entrevista. Páginas 367-376.

1.5. Percurso conjugal/relacional

- Vive com alguém? (idade com que saiu de casa dos pais e razões, história de coabitação);
- Atualmente tem alguma situação relacional/conjugal? (caracterizar as situações);
- Em que circunstâncias (como e onde) conheceu a/o sua/seu companheira(o)/parceira(o)/marido? O que o atraiu nela/nele? Porque ficaram juntos?
- Idade, estado civil, escolaridade, profissão, situação atual na profissão da/o cônjuge ou da pessoa com quem tem um relacionamento afetivo;
- Já tinha tido outras experiências relacionais/conjugais? (duração das experiências, razões das interrupções, idades em que aconteceram, significados atribuídos);
- Tem filhos? (número de filhos, idades, sexo, número de gravidezes planejadas e não planejadas, IVG e circunstâncias que estiveram associadas a todos estes acontecimentos).

1.6. Cuidados com a Saúde e o Corpo

- Considera-se saudável? O que representa para si ser saudável?
- Que cuidados tem com a sua saúde no dia-a-dia?
- Com que regularidade vai ao médico? (no último ano quantas vezes e as razões);
- Qual foi a última vez em que recorreu a um serviço de saúde? Em que circunstâncias? (porquê, quando, que tipo de serviço) Quem o acompanhou?
- Habitualmente faz análises, ou algum tipo de exames complementares de diagnóstico ou toma alguma medicação? (quais, desde quando e porquê).

2. RELATOS DO CORPO SEXUADO

2.1. Primeiras experiências

- O que é para si uma primeira experiência sexual?
- Como descreve a sua primeira experiência sexual? (o que sentiu, o que foi mais importante, o que foi melhor e pior, que idade tinha, idade da parceira/o, que tipo de relacionamento tinham, em que circunstâncias ocorreu);
- A quem falou sobre o que aconteceu e qual a razão da escolha dessa/as pessoa/as? Sentiu dificuldade em contar? Porquê?

- A sua primeira experiência aconteceu tal como a tinha idealizado? Como é que a tinha idealizado?

2.2. Riscos percebidos

- Considera que correu riscos nessa primeira relação? (tipo de riscos, circunstâncias);
- Para si a percepção do(s) risco(s) varia(m) à medida que vão sendo mais frequentes as relações sexuais e as/os parceiras/os?
- Como é que avalia a relação dos homens e das mulheres com a percepção do(s) risco(s)? (o que é igual, o que é diferente) Como é que acha que isso se traduz na realidade?

3. REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE/DOENÇA SEXUAL

- Para si o que é ter saúde sexual?
- Na sua opinião o que é preciso para um homem ter saúde sexual?
- O que o preocupa mais em relação à sua saúde sexual?
- Com quem fala sobre essas preocupações? (perfil individual, social e relacional). São pessoas que tiveram uma influência marcante no seu percurso sexual?
- O que é para si um problema sexual?
- O que faria se tivesse um problema sexual? (onde procuraria ajuda, a quem contaria, o que acha que seria mais difícil de ultrapassar) Que impacto poderia ter na sua vida?
- Já teve algum problema ou alteração do foro sexual?
- Que tipo de problema? Há quanto tempo? O que sentiu? A quem contou (amigo, familiar, companheira/o,...);
- Quando decidiu procurar ajuda? Onde procurou ajuda? Recorreu a algum serviço de saúde? Qual? Porquê? Teve facilidade/dificuldade em saber onde ir, a quem recorrer, em expor o problema?
- Depois de ter o problema o que deixou de fazer? O que passou a fazer? O que mudou?

4. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

- Já foi observado por algum profissional de saúde? E nessa observação foram incluídos os órgãos genitais? Se sim em que circunstâncias? O que achou dessa observação?
- Se não foi ainda observado por nenhum profissional, acha que já o deveriam ter feito? Porquê? Quem, onde e quando deveria fazer essa observação?
- Alguma vez recorreu a um serviço de saúde (público ou privado) por questões relacionadas com a saúde sexual sem ter queixas ou qualquer tipo de problema? (quando e em que circunstâncias)
- Considera importante que sejam feitos rastreios do cancro da próstata e das Infecções Sexualmente Transmissíveis com regularidade? Já fez algum? (em que circunstâncias) O que foi mais difícil para si?
- Se não fez, onde e quando acha que deveria ser feito?
- Qual a dificuldade ou problema do foro sexual que mais o preocupa?
- Perante dificuldades sexuais relacionadas com problemas de ereção, de ejaculação, do desejo ou do orgasmo onde recorria e a quem? Porquê? Acha que era fácil obter ajuda? Que dificuldades poderiam surgir? Porquê?
- E no caso de ser algum problema relacionado com Infecções Sexualmente Transmitidas, acha que as coisas poderiam ser diferentes? Em quê? Porquê?
- Nos problemas ou dificuldades sexuais o que procuram os homens nos serviços de saúde. (necessidades e expectativas) A resposta que lhes é dada satisfaz as necessidades? Porquê?
- Se não satisfaz, o que poderia ser feito para melhorar a resposta dada?
- Considera que para os homens e para as mulheres é igualmente fácil ou difícil procurar ajuda e obtê-la em caso de problemas do foro sexual?
- Na sua opinião, na saúde sexual dos homens estão incluídos aspetos reprodutivos?
- Alguma vez procurou informação sobre métodos anticoncecionais? (quando, onde e a quem);
- Alguma vez foi a uma consulta de planeamento familiar?
- Se sim, o que procurava? Foi sozinho? De quem foi a ideia de ir? Satisfez as suas expectativas?
- Se nunca foi, qual a razão?
- Perante dificuldades ou problemas sexuais, acha que é diferente o profissional de saúde ser homem ou ser mulher? Como se traduzem as diferenças? Acha que

depende do problema que se tem? (à-vontade com que expõe o problema, a forma de abordagem - tipo de perguntas, sensibilidade ao problema, tipo de relação/comunicação/interação que estabelecem);

- Para si qual ou quais os locais (no âmbito dos cuidados de saúde públicos e/ou privados e/ou outros) privilegiados para abordar questões ligadas à saúde sexual? Que aspetos acha mais importantes serem abordados? Distingue os que são mais importantes para os homens e para as mulheres?