UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

INFLUÊNCIA DAS NORMAS SOCIAIS DE MASCULINIDADE NO RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA EM HOMENS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS, NA CIDADE DE MAPUTO.

Nome do estudante: **Arlindo Amosse Covane**

Maputo, Abril, 2026

UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

INFLUÊNCIA DAS NORMAS SOCIAIS DE MASCULINIDADE NO RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA EM HOMENS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS, NA CIDADE DE MAPUTO.

Nome do estudante: **Arlindo Amosse Covane**

Nome e título da Supervisora: **Prof. Doutora Khátia Munguambe, BSc. MSc., PhD.**

Maputo, Abril de 2026

Declaração de originalidade de projecto

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau académico ou em qualquer outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane.

Agradecimentos

A Deus, fonte de toda a vida, sabedoria e esperança, agradeço profundamente pelo fôlego da vida, pela saúde, pela proteção e pelas muitas misericórdias renovadas a cada dia, que me permitiram chegar até esta etapa da minha jornada académica.

Expresso o meu mais sincero e profundo agradecimento à Professora Doutora Khátia Munguambe, minha orientadora, pela valiosa orientação, paciência e dedicação incansável ao longo deste percurso. A sua maestria em pesquisas qualitativas, aliada à generosidade com que partilha o seu conhecimento, foi verdadeiramente inspiradora. Aprender com a Professora foi um privilégio ímpar, pela profundidade do seu conhecimento e pela excelência com que orienta a investigação qualitativa.

Agradeço igualmente a todos os docentes do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, pela formação sólida, exigente e enriquecedora, que moldou e ampliou a minha visão crítica e académica. Aos colegas da coorte de 2023, o meu reconhecimento por cada momento partilhado, pelas trocas de ideias, incentivo mútuo e companheirismo ao longo deste processo.

De forma especial, expresso a minha eterna gratidão à minha esposa, Delaila, pelo apoio efectivo, pelo amor, pela paciência e pelo suporte emocional constantes, que foram âncoras fundamentais nos momentos mais desafiantes. Agradeço também aos meus pais, pelas orações, intercessões e ensinamentos que continuam a sustentar a minha caminhada com fé e determinação.

A todos, o meu muito obrigado.

Índice

Declaração de originalidade de projecto III
Agradecimentos IV
Lista de abreviaturas VII
Resumo VIII
Abstract IX
1. Introdução 10
2. Motivação 11
3. Objectivos 12
3.1. Objectivo geral 12
3.2. Objectivos específicos 12
4. Contribuição 12
5. Problema 13
6. Revisão bibliográfica 15
7. Enquadramento teórico – conceptual 24
7.1. Quadro teórico 24
7.2. Quadro Conceptual 26
8. Métodos 30
8.1. Desenho de estudo 30
8.2. Local do estudo 31
8.3. Período do estudo 34
8.4. População do estudo 34
8.4.1. Amostra e amostragem 34
8.5. Procedimentos de recolha de dados 37
8.6. Plano de gestão e análise de dados 39
8.7. Considerações éticas 41
8.8. Limitações do estudo 42
9. Resultados e discussão 44
9.1. Resultados 44
9.2. Discussão 64

10. Conclusões e recomendações 71
10.1. Conclusões 71
10.2. Recomendações 72
11. Referências Bibliográficas 74
Anexos 78

Índice de Tabelas

Tabela 1: Resumo da amostra por categoria dos participantes 35
Tabela 2: Critérios de Inclusão e exclusão 36
Tabela 3: Resumo da amostra 38
Tabela 4: Objectivos da pesquisa, dimensões de análise e construtos 40
Tabela 5: Dados sociodemográficos dos participantes 44
Tabela 6: Tendência das respostas – definição de homem 46
Tabela 7: Tendência das respostas - traços atribuídos à masculinidade 48
Tabela 8: Tendência das respostas – papel de género 49
Tabela 9: Comparação dos processos de construção e legitimação da masculinidade 53
Tabela 10: Nível de conhecimento sobre cancro da próstata 55
Tabela 11: Normas de masculinidade que influenciam o rastreio do cancro da próstata 57
Tabela 12 : Barreiras Sociais associadas ao rastreio do cancro da próstata 61
Tabela 13: Barreiras estruturais relacionadas ao acesso ao rastreio do cancro da próstata 62
Tabela 14: Resumo dos principais resultados 63

Índice de Figuras

Figura 1: Processo de construção social da realidade e normas de masculinidade 26
Figura 2 : Mapa conceitual da masculinidade hegemónica 29
Figura 3: Aplicação das etapas do método qualitativo genérico 30
Figura 4: Local de estudo 33
Figura 5: Análise comparativa da definição de masculinidade entre homens e mulheres 51
Figura 6: Disposição para realizar o rastreio do cancro da próstata entre os homens 55

Lista de abreviaturas

DNT	Doenças Cronicas Não Transmissíveis
GDF	Grupos de Discussão Focal
GLOBCAN	Observatório Global para Cancro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IARC	Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
RDA	República Democrática da Alemanha

Resumo

O cancro da próstata constitui uma das principais causas de mortalidade entre homens com idade igual ou superior a 50 anos, sendo uma preocupação crescente a nível mundial, com especial destaque para o continente africano e, particularmente, para Moçambique. Apesar da existência de métodos eficazes de rastreio, a adesão preventiva permanece reduzida, mesmo em contextos urbanos, devido a normas e expectativas sociais relacionadas com a masculinidade. Neste contexto o presente estudo teve como objectivo analisar a influência das normas sociais de masculinidade na adesão ao rastreio do cancro da próstata entre homens da cidade de Maputo. Para tal, recorreu-se a uma abordagem qualitativa genérica de carácter exploratório e descritivo, tendo sido realizadas entrevistas individuais e discussões em grupos focais (DGF) com homens e mulheres em dois espaços públicos (Jardim dos Madjermanes e Mercado Estrela Vermelha), bem como entrevistas com profissionais de saúde no Centro de Saúde de Chamanculo. A análise de conteúdo revelou que o "ser homem" é fortemente associado à liderança familiar, independência económica e resistência emocional, atributos alinhados ao modelo de masculinidade hegemónica. Apesar de a maioria dos participantes ter ouvido falar sobre o cancro da próstata, apenas 25% demonstraram disposição para realizar o rastreio, evidenciando-se barreiras como o estigma relacionado com o toque rectal, a percepção de invulnerabilidade e o medo do diagnóstico. Os profissionais de saúde também apontaram limitações estruturais, incluindo a escassez de serviços regulares e a ausência de programas direccionados à saúde masculina. Conclui-se que as normas Sociais de masculinidade influenciam de forma significativa a resistência dos homens ao rastreio, sendo essencial desenvolver abordagens de saúde pública que desconstruam tais normas e reestruturem os serviços de forma sensível e inclusiva para o público masculino.

Palavras-Chave: Rastreio, Cancro da Próstata, Normas Sociais de Masculinidade, Masculinidade Hegemónica.

Abstract

Prostate cancer is one of the leading causes of mortality among men aged 50 years and older and represents a growing public health concern worldwide, particularly in Africa and in Mozambique. Despite the existence of effective screening methods, preventive adherence remains low, even in urban settings, largely due to social norms and expectations related to masculinity. In this context, the present study aimed to analyze the influence of social norms of masculinity on the uptake of prostate cancer screening among men in the city of Maputo. To achieve this objective, a generic qualitative approach of an exploratory and descriptive nature was adopted. Data were collected through individual interviews and Focus Group Discussions (FGDs) with men and women in two public spaces (Jardim dos Madjermanes and Mercado Estrela Vermelha), as well as interviews with health professionals from the Chamanculo Health Center. Content analysis revealed that "being a man" is strongly associated with family leadership, economic independence, and emotional resilience, attributes aligned with the model of hegemonic masculinity. Although most participants had heard about prostate cancer, only 25% expressed willingness to undergo screening. Barriers identified included stigma associated with the digital rectal examination, perceptions of invulnerability, and fear of diagnosis. Health professionals also highlighted structural limitations, including the scarcity of regular services and the absence of programs specifically focused on men's health. The study concludes that social norms of masculinity significantly influence men's resistance to prostate cancer screening, highlighting the need for public health approaches that deconstruct these norms and restructure services in a more sensitive and inclusive way for the male population.

Keywords: Screening; Prostate Cancer; Social Norms of Masculinity; Hegemonic Masculinity.

1. Introdução

O cancro da próstata é, actualmente, uma das doenças oncológicas mais prevalentes entre homens em todo o mundo, sendo a segunda principal causa de morte por cancro nesse grupo populacional (Tulsidás et al., 2023). O avanço da idade é um dos principais factores de risco, o que torna os homens com idade igual ou superior a 50 anos, mais especialmente vulneráveis (Ferlay *et al.*, 2023). Apesar da existência de métodos eficazes para a sua detecção precoce como o rastreio por toque retal e a análise do antígeno prostático específico (PSA), observa-se uma baixa adesão dos homens a essas práticas, principalmente em países africanos, onde os serviços de saúde enfrentam múltiplos desafios e os factores socioculturais desempenham um papel determinante no acesso e utilização dos cuidados preventivos (Salifu *et al.*2023).

Entre esses factores, destacam-se as normas sociais de masculinidade, que atuam como barreiras simbólicas ao envolvimento dos homens em práticas de prevenção. Tais normas contribuem para a baixa procura por serviços de saúde, inclusive em contextos onde o rastreio é disponibilizado, afectando negativamente a busca de cuidados.

No contexto moçambicano, e particularmente na cidade de Maputo, ainda são escassos os estudos que exploram a relação entre normas de género e o comportamento dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata. Esta lacuna é preocupante, considerando-se o aumento da esperança de vida e o consequente crescimento da população idosa no país. Além disso, os serviços de saúde pública carecem de abordagens específicas para os homens, o que acentua a negligência em relação à saúde dessa população.

Neste sentido, este estudo propõe-se a identificar as normas sociais da masculinidade e sua influência na adesão ao rastreio do cancro da próstata entre homens da cidade de Maputo, contribuindo para a compreensão das barreiras culturais, simbólicas e organizacionais que limitam a participação dos homens em práticas preventivas. A relevância da temática reside na necessidade urgente de desenvolver abordagens mais eficazes de promoção da saúde masculina, que dialoguem com as realidades culturais e sociais locais, e que considerem as construções de género como elementos centrais para a intervenção em saúde pública.

2. Motivação

A escolha deste tema surgiu a partir da minha vivência profissional no âmbito do programa de Engajamento Masculino em Saúde, onde venho actuando diretamente com comunidades na promoção da saúde dos homens. No decorrer dessas atividades, percebi com frequência uma forte resistência dos homens ao rastreio do cancro da próstata, especialmente durante as sessões de sensibilização realizadas nas congregações religiosas e na comunidade. Muitos homens demonstram desconforto ao abordar o tema e expressam vergonha em relação ao exame de toque retal, o que despertou em mim a necessidade de compreender mais profundamente as razões por trás dessas atitudes.

Do ponto de vista pessoal e académico, este estudo representa uma oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre os factores socioculturais que influenciam o comportamento em saúde, especialmente no que diz respeito às barreiras enfrentadas pelos homens em contextos urbanos como o da cidade de Maputo. A investigação responde ao meu interesse académico pela área de saúde pública e pela análise de determinantes sociais da saúde, enquanto fortalece a minha formação em planificação e gestão de intervenções orientadas à melhoria da saúde comunitária.

Profissionalmente, este tema é particularmente relevante, pois os resultados deste estudo poderão informar o desenho de estratégias mais eficazes e sensíveis às realidades culturais locais, contribuindo para intervenções mais ajustadas à população masculina. Além disso, este trabalho poderá reforçar minha atuação futura na formulação de políticas públicas e programas de saúde voltados à prevenção e promoção da saúde do homem em Moçambique.

3. Objectivos

3.1. Objectivo geral

Identificar as normas sociais de masculinidade e sua influência na adesão ao rastreio do cancro da próstata entre homens da cidade de Maputo.

3.2. Objectivos específicos

- ✓ Explorar as percepções e significados sobre masculinidade entre homens e mulheres na Cidade de Maputo;
- ✓ Descrever o processo de construção e legitimação das normas sociais de masculinidade, em particular as relacionadas com o rastreio do cancro da próstata;
- ✓ Descrever as atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata; e
- ✓ Identificar as barreiras impostas pelas normas sociais de masculinidade na busca pelo rastreio do cancro da próstata na Cidade de Maputo;

4. Contribuição

Este estudo ajuda a entender como as normas sociais de masculinidade afectam a realização do rastreio do cancro da próstata. Ao investigar os factores culturais que influenciam esse comportamento, a pesquisa pode contribuir para a criação de abordagens mais eficazes para informar e incentivar os homens a prevenir a doença.

No âmbito acadêmico, a pesquisa contribui para o avanço do conhecimento sobre saúde masculina em Moçambique, preenchendo uma lacuna na literatura existente e oferecendo subsídios para futuras investigações sobre género e saúde pública. No campo social, espera-se que os achados auxiliem na desconstrução de barreiras culturais que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde.

Profissionalmente, os resultados deste estudo poderão apoiar o trabalho de profissionais de saúde, formuladores de políticas e agentes comunitários, fornecendo evidências para a criação de abordagens mais inclusivas e culturalmente sensíveis. Com isso, pretende-se não apenas aumentar a adesão ao rastreio, mas também contribuir para a redução da mortalidade associada ao cancro da próstata em Moçambique.

5. Problema

O cancro da próstata constitui um importante desafio de saúde pública a nível global, sendo o segundo tipo de cancro mais diagnosticado entre os homens e uma das principais causas de morte por doenças oncológicas. Em 2022, foram registados cerca de 1,4 milhões de novos casos e aproximadamente 397 mil mortes associadas a essa doença. Estima-se que esse número aumente para cerca de 2,3 milhões de novos casos e 740 mil mortes até 2040, em grande parte devido ao crescimento e envelhecimento da população mundial (Ferlay et al., 2023; Makau-Barasa et al., 2022).

No continente africano, o cancro da próstata apresenta níveis particularmente elevados de mortalidade. Estima-se que em 2022 tenham ocorrido cerca de 55.744 mortes associadas à doença, podendo esse número ultrapassar 100 mil até 2040, em grande parte devido ao diagnóstico tardio e à baixa adesão às práticas de rastreio e prevenção (Ferlay et al., 2023).

Em Moçambique, o cancro da próstata constitui uma das principais neoplasias que afetam os homens. Estimativas do GLOBOCAN 2022 indicam que o país registou aproximadamente 1.556 novos casos e 1.037 mortes, correspondendo a uma taxa de incidência padronizada de cerca de 24,8 casos por 100.000 homens (Ferlay et al., 2023). Na cidade de Maputo, dados do Registo de Cancro do Hospital Central de Maputo indicam que o cancro da próstata representa cerca de 15,9% dos casos de cancro diagnosticados entre homens, com uma taxa de incidência estimada de 24,5 casos por 100.000 homens (Carrilho et al., 2019; Tulsidás et al., 2023).

Apesar da magnitude da doença, o diagnóstico continua a ocorrer frequentemente em estágios avançados, o que compromete as possibilidades de tratamento eficaz. Um dos factores associados a essa situação é a baixa adesão dos homens às práticas de rastreio do cancro da próstata. Observações no contexto dos serviços de saúde e de programas comunitários de promoção da saúde na cidade de Maputo indicam que muitos homens com idade igual ou superior a 50 anos apresentam baixa procura por serviços de rastreio, o que contribui para o diagnóstico tardio da doença.

Diversos estudos realizados em África demonstram que fatores socioculturais, particularmente as normas sociais de masculinidade, desempenham um papel importante na forma como os homens

percebem e procuram cuidados de saúde. Esses estudos indicam que homens que aderem mais rigidamente a normas sociais associadas à masculinidade tendem a evitar o rastreio do cancro da próstata devido ao receio de enfrentar sentimentos associados à vulnerabilidade, medo ou ansiedade (Salifu et al., 2023; Pereira et al., 2021; McGraw et al., 2021; Kannan et al., 2019). Valores culturalmente associados à masculinidade, como independência, resistência emocional, virilidade e invulnerabilidade, podem desencorajar a procura por cuidados médicos preventivos.

Embora diferentes estudos tenham evidenciado a relação entre normas de masculinidade e rastreio do cancro da próstata, no contexto moçambicano permanece ainda pouco explorada a influencia das normas sociais de masculinidade na adesão ao rastreio do cancro da próstata. Essa lacuna torna-se particularmente relevante quando se considera a baixa participação masculina em iniciativas de prevenção observada nos serviços de saúde e nas ações de promoção da saúde na cidade de Maputo.

Diante desse contexto, a presente pesquisa procura responder à seguinte questão: "**De que maneira as normas sociais de masculinidade influenciam o rastreio do cancro da próstata entre homens com idade igual ou superior a 50 anos na cidade de Maputo?"**

6. Revisão bibliográfica

O cancro da próstata emerge como um desafio significativo na saúde masculina, como indicado pelos dados previamente mencionados, destacando a importância do rastreio precoce para a detecção e tratamento eficaz da doença. No entanto, a adesão ao rastreio e ao diagnóstico da doença é complexa e influenciada por factores simbólicos intrínsecos à masculinidade (James *et al*., 2017; Pereira *et al.*, 2021; Salifu, Almack and Caswell, 2023). Neste contexto, a compreensão das normas sociais de masculinidade e sua relação com o comportamento de busca de cuidados de saúde torna-se fundamental para esta revisão bibliográfica.

6.1. Masculinidade e saúde masculina

A intersecção entre masculinidade e saúde é um campo de estudo cada vez mais relevante, evidenciando a influência das normas de género na saúde dos homens. Esta complexidade em torno da masculinidade, muitas vezes associada a características como coragem, independência e força física, desempenha um papel importante na maneira como os homens abordam sua saúde e bem-estar (McGraw *et al.,* 2021; Salgado *et al.,* 2019; Salifu *et al.,* 2023).

Estudos recentes como o de Oliffe (2023), realizado no Canadá que abordam a relação entre masculinidades e vulnerabilidades relacionadas à saúde dos homens, bem como sua capacidade de enfrentamento, complementam essa compreensão. O autor destaca em seu artigo que os homens que aderem estritamente às normas tradicionais de masculinidade muitas vezes relutam em procurar cuidados de saúde preventivos, devido à percepção de que fazê-lo é um sinal de fraqueza ou falta de virilidade. Segundo o autor, essa relutância pode ser atribuída à pressão social para conformar-se a padrões rígidos de masculinidade, que enfatizam a independência, a coragem e a resistência emocional.

Dentro desse contexto, o homem ao admitir a necessidade de cuidados de saúde preventivos pode ser visto como uma ameaça à identidade masculina tradicionalmente valorizada, levando os homens a evitar tais comportamentos para evitar serem percebidos como frágeis ou vulneráveis (Salifu *et al.,* 2023).

Paralelamente, estudo de Springer and Mouzon (2020) intitulado «*"Macho Men" and Preventive Health Care: Implications for Older Men in Different Social Classes*», conduzido nos Estados

Unidos, com base em dados de inquéritos nacionais, que analisam comportamentos de saúde entre adultos norte-americanos, revela como as normas de masculinidade influenciam a procura por cuidados de saúde preventivos entre homens mais velhos de diferentes classes sociais. Os autores descobriram que homens de classes sociais mais baixas tendem a aderir mais fortemente às normas tradicionais de masculinidade, frequentemente associadas à virilidade, resistência física e independência. Como resultado, esses homens demonstram maior relutância em procurar cuidados médicos preventivos, uma vez que esse comportamento pode ser interpretado como sinal de fraqueza ou submissão, contrariando os padrões culturais masculinos dominantes no contexto norte-americano.

Essas concepções socioculturais atuam normalizando convicções tradicionais do que é "ser homem" e, por conseguinte, comprometem a saúde masculina de maneira que o índice de morbidade e mortalidade desse grupo populacional seja alto (Gandra Pereira *et al.*, 2021).

A partir dos estudos revisados, fica claro que as normas de masculinidade desempenham um papel significativo na maneira como os homens abordam sua saúde e bem-estar, influenciando sua disposição para procurar cuidados de saúde preventivos. No entanto, é importante ressaltar que essa relação não é uniforme e pode variar de acordo com factores como classe social, idade e contexto cultural (Springer & Mouzon, 2020).

6.2. Relação entre normas sociais de masculinidade e rastreio do cancro da próstata

À medida que exploramos a influência das normas de masculinidade na saúde masculina, torna-se evidente a importância de examinar como essas normas afectam especificamente a busca de cuidados de saúde preventivos relacionados ao cancro da próstata. Neste contexto, estudos recentes têm abordado essa relação complexa, destacando como as expectativas sociais de masculinidade podem influenciar as atitudes e comportamentos dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata (Knowlton & Johnson, 2019).

No estudo realizado por Wall & Kristjanson (2019), conduzido na Austrália, foi constatado que as normas sociais de masculinidade exercem uma influência significativa nas atitudes dos homens em relação à saúde, em particular no que diz respeito ao rastreio do cancro da próstata. Os autores destacaram que a associação da masculinidade com características como coragem e independência

pode levar os homens a evitar procedimentos médicos que possam gerar sentimentos de vulnerabilidade. Os resultados deste estudo mostraram que homens que apresentam maior conformidade com as normas tradicionais de masculinidade tendem a demonstrar maior resistência ao rastreio do cancro da próstata devido ao receio de experimentar emoções associadas à vulnerabilidade, medo ou ansiedade. Segundo os autores, esta relutância em procurar cuidados médicos preventivos está intrinsecamente ligada à busca constante por validação da sua masculinidade de acordo com os padrões estabelecidos pela sociedade.

Além disso, Wall & Kristjanson (2019) apontaram que a associação direta entre masculinidade e evitar a expressão de fragilidade ou a necessidade de assistência pode impactar negativamente a disposição dos homens em realizar exames de rastreio para o cancro da próstata, resultando em atrasos no diagnóstico e tratamento da doença.

Por outro lado, Kannan *et al.* (2019), através de uma revisão sistemática de estudos qualitativos realizada com base em pesquisas conduzidas em países como Estados Unidos, Reino Unido, Austrália e Canadá, analisaram as percepções de homens não diagnosticados sobre os cuidados com a próstata e o rastreio do cancro da próstata. Os autores identificaram que muitos desses homens relutam em procurar exames preventivos, como o toque retal, devido à associação destes procedimentos com uma ameaça à sua masculinidade e dignidade. Esta análise contribui significativamente para a compreensão dos fatores simbólicos e culturais que influenciam a decisão de buscar cuidados de saúde nesse contexto.

Por seu turno Foster *et al.* (2023), em estudo intitulado *"Damaged Masculinity: How Honor Endorsement Can Influence Prostate Cancer Screening Decision-Making and Prostate Cancer Mortality Rates", conduzido também nos Estados Unidos,* vão além das percepções tradicionais de masculinidade e saúde abordadas nos estudos anteriores, destacando a influência do conceito de "honra" na tomada de decisão dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata e as consequências disso nas taxas de mortalidade por esta doença. Uma descoberta significativa deste estudo é que a adesão à honra, uma norma de masculinidade que enfatiza a coragem, a virilidade e a resistência, pode atuar como uma barreira para o rastreio do cancro da próstata.

Dentro do contexto africano, O estudo de Yeboah-Asiamah *et al.* (2017), *"Dying To Be Men: Masculinity and Early Cancer Detection Among Nigerian Men", realizado em Nigéria,* oferece

uma perspectiva única sobre a relação entre masculinidade e detecção precoce do cancro entre homens nigerianos. Em contraste com outros estudos incluindo os realizados nos países mais industrializados, este, pesquisa mais a fundo as nuances culturais e de gênero específicas da Nigéria e como esses fatores influenciam as atitudes e comportamentos em relação à detecção precoce do cancro. Um dos principais achados deste estudo é a prevalência de normas de masculinidade que desencorajam os homens de buscar cuidados de saúde preventivos, incluindo o rastreio do cancro. Muitos dos participantes expressaram uma relutância em procurar exames médicos regulares, incluindo exames de cancro da próstata, devido à percepção de que isso poderia ser interpretado como uma falta de masculinidade ou uma demonstração de fraqueza.

Além disso, o estigma social em torno do cancro, especialmente em relação à perda de virilidade e autonomia, foi identificado como um importante obstáculo para a detecção precoce entre os homens nigerianos. Muitos participantes expressaram preocupações sobre como um diagnóstico de cancro poderia afectar sua identidade masculina e seu papel na família e na comunidade.

Adicionalmente, uma revisão sistemática realizada por Ofori *et al.* (2025) analisou múltiplos estudos qualitativos em países da África Subsaariana, incluindo Gana, Uganda, Namíbia e África do Sul. O estudo apontou que estigmas sociais, crenças tradicionais e a associação entre o exame retal e práticas sexuais consideradas tabu são fatores recorrentes que inibem a adesão dos homens ao rastreio do cancro da próstata. Além disso, o estigma ligado à masculinidade — onde os homens devem ser "fortes e saudáveis" — reduz a disposição de procurar serviços de saúde preventivos.

Na Gana, Yeboah-Asiamah *et al*. (2017) identificaram que muitos homens evitam o rastreio do cancro da próstata devido à percepção de que fazê-lo é um sinal de fraqueza e ameaça à sua identidade masculina. O estigma social e a falta de conhecimento sobre a doença também contribuíram para essa relutância.

Um estudo realizado na Namíbia mostrou que o medo do diagnóstico, o estigma cultural e o custo do transporte até os centros de saúde são barreiras significativas para o rastreio do cancro da próstata em populações rurais (Kashihakumwa *et al.,* 2023).

Além disso, um estudo em Uganda com sobreviventes de cancro da próstata revelou que muitos homens desconheciam os sintomas iniciais e relataram arrependimento por não terem realizado o

rastreio preventivo antes do diagnóstico. A percepção do cancro como fraqueza masculina e o medo da vulnerabilidade social foram factores-chave que influenciaram esse comportamento (Mugisha et al., 2022).

À medida que os estudos internacionais e africanos evidenciam a influência das normas de masculinidade sobre a adesão a cuidados preventivos e rastreios, torna-se evidente que fatores culturais e sociais moldam significativamente a forma como os homens percebem e procuram serviços de saúde. Em contextos como a Nigéria, Gana, Namíbia e Uganda, normas sociais de masculinidade associadas à coragem, virilidade e autonomia atuam como barreiras à procura de rastreios preventivos, incluindo o cancro da próstata (Yeboah-Asiamah et al., 2017; Ofori et al., 2025; Kashihakumwa et al., 2023; Mugisha et al., 2022).

No contexto moçambicano, embora a literatura ainda seja limitada no que respeita especificamente ao rastreio do cancro da próstata, investigações recentes sobre saúde e género demonstram padrões similares de construção da masculinidade e suas implicações para comportamentos de saúde. Documentos estratégicos nacionais reconhecem que normas tradicionais de masculinidade podem colocar os homens em risco ao desconsiderar necessidades de saúde e que conceções de poder e desigualdade de género moldam os processos de saúde e doença em diferentes segmentos da população masculina (MISAU, 2018).

Pesquisas qualitativas e quantitativas relevantes em Moçambique, oferecem evidências importantes sobre como normas de género influenciam a procura e utilização de serviços de saúde pelos homens. Por exemplo, o relatório *Ser Homem em Maputo*: *Masculinidades, pobreza e violência*, desenvolvido no âmbito do International Men and Gender Equality Survey (IMAGES), mostrou que normas culturais ligadas ao papel do homem como provedor económico e figura de autoridade familiar impactam a forma como os homens se envolvem em práticas de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a testagem de HIV; atitudes relacionadas à procura de serviços podem ser mediadas por perceções de género e poder social (Barker et al., 2017).

Adicionalmente, estudos sobre a relação entre género e estigma em cuidados de saúde em Moçambique revelam que normas de género podem interagir com o estigma ligado a doenças, afetando a adesão ao tratamento e decisões de continuidade de cuidados, particularmente entre homens vivendo com HIV, em que crenças e normas culturais influenciam atitudes sobre

tratamento e serviços de saúde (Fonseca et al., 2023).

No que diz respeito ao uso de serviços de saúde em grupos específicos, pesquisas recentes sobre barreiras ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes e jovens também indicam que normas de género e estigma desempenham um papel significativo em moldar o conhecimento, experiências e perceções em torno da utilização desses serviços em Moçambique, destacando que normas culturais e expectativas sociais influenciam as decisões de procurar e utilizar serviços de saúde entre homens e mulheres jovens (Guttmacher Institute, 2024).

Apesar deste conjunto de investigações recentes, existe uma lacuna explícita na literatura científica moçambicana sobre a relação direta entre normas de masculinidade e a adesão ao rastreio do cancro da próstata. Estudos nacionais tendem a abordar normas de género em contextos mais amplos de saúde sexual e reprodutiva, HIV ou saúde infantil, mas a forma como normas de masculinidade afectam especificamente a procura por rastreio de doenças não transmissíveis como o cancro da próstata permanece pouco examinada em termos empíricos.

Isso indica a necessidade de pesquisas adicionais que explorem diretamente esta relação específica entre masculinidades e a adesão a exames preventivos entre homens moçambicanos. Assim, embora as normas de género em Moçambique — como ideais de força, resistência, autonomia e autoridade familiar — sejam reconhecidas por influenciar comportamentos de saúde, incluindo utilização de serviços e atitudes preventivas (Loforte, 2007; Passador, 2013; Barker et al., 2017; Chidassicua, 2011), ainda se carece de investigação focalizada que avalie como especificamente normas sociais de masculinidade influenciam a decisão de homens adultos em realizar o rastreio do cancro da próstata no contexto urbano moçambicano.

6.3. Construção social e legitimação das normas de masculinidade

As normas de masculinidade não são inatas nem universais; elas são construídas socialmente e legitimadas por meio de interações culturais, institucionais e sociais. De forma geral, a construção social da masculinidade ocorre através de múltiplos processos que moldam o que é considerado aceitável ou desejável para homens em uma determinada sociedade. Peter Berger e Thomas Luckmann (1966) descrevem esse processo como institucionalização de significados sociais, onde comportamentos repetidos, expectativas coletivas e práticas culturais são transformados em normas percebidas como naturais ou “óbvias”.

Na prática, a socialização é o principal mecanismo de construção dessas normas. Desde a infância, homens aprendem, através da família, escola, pares, mídia e outras instituições sociais, quais comportamentos, emoções e atributos são valorizados ou desvalorizados. A coragem, a força física, a autonomia e a resistência à vulnerabilidade frequentemente aparecem como atributos centrais da masculinidade em muitas culturas, sendo reforçados por recompensas sociais, reconhecimento e, em alguns casos, punições simbólicas por desvios. Pesquisas recentes apontam que esses processos de socialização continuam ao longo da vida adulta, moldando atitudes, decisões e interações com o mundo, incluindo a saúde (Ani, 2025; Harianti, 2023; Campos, 2025).

O reforço dessas normas ocorre também por meio de instituições formais e informais. A família ensina expectativas de papéis e responsabilidades, a escola transmite normas sobre comportamento e hierarquia social, enquanto a mídia e a cultura popular disseminam modelos de masculinidade hegemônica. Estes elementos atuam em conjunto para legitimar socialmente certos comportamentos, fazendo com que práticas prejudiciais à saúde, como evitar a procura de cuidados preventivos, sejam percebidas como coerentes com o que é "ser homem" (Mukhti & Ibrahim, 2025; Nordin, 2024).

Quando esse processo é aplicado à saúde masculina, observa-se que a internalização dessas normas pode desencorajar comportamentos preventivos, como o rastreio do cancro da próstata, porque procurar assistência médica pode ser interpretado como sinal de fragilidade ou vulnerabilidade. Além disso, normas de masculinidade são muitas vezes validadas coletivamente por pares e pela comunidade, reforçando que a adesão a comportamentos de risco ou a resistência à procura de cuidados é socialmente premiada (Campos, 2025; Harianti, 2023).

No contexto específico da saúde masculina em Moçambique, essas normas são moldadas por fatores culturais, étnicos e sociais. Estudos nacionais indicam que homens que internalizam papéis de provedor econômico, autoridade familiar e símbolo de virilidade tendem a priorizar responsabilidades externas em detrimento da própria saúde (Barker et al., 2017; Fonseca et al., 2023). Esse processo mostra que a construção social da masculinidade não é apenas uma abstração teórica: ela influencia diretamente comportamentos de saúde e decisões de adesão a serviços preventivos.

Portanto, compreender a construção social e legitimação das normas de masculinidade neste estudo, permite explicar por que certos homens podem resistir ao rastreio do cancro da próstata, e abre caminho para intervenções de saúde, capazes de questionar normas rígidas e promover alternativas de masculinidade que integrem cuidado e prevenção.

6.4. Disponibilidade e acesso aos serviços de rastreio do cancro da próstata em Moçambique e na Cidade de Maputo

À medida que as normas sociais de masculinidade influenciam atitudes e comportamentos em relação aos cuidados de saúde preventivos, torna-se essencial considerar não apenas os determinantes socioculturais, mas também a disponibilidade e o acesso efetivo aos serviços de rastreio do cancro da próstata. Estudos sobre a construção social da masculinidade destacam que percepções rígidas sobre o que significa "ser homem" podem desincentivar a procura de cuidados preventivos; contudo, essas normas operam em contextos de saúde concretos, onde a estrutura do sistema de saúde e a oferta de serviços desempenham um papel determinante naquilo que é possível ou não realizar em termos de rastreio preventivo.

Em Moçambique, a disponibilidade de serviços de rastreio do cancro da próstata ainda é limitada e desigual, reflexo das dinâmicas de organização do sistema nacional de saúde e das prioridades programáticas atuais. A literatura sobre capacidades diagnósticas e tratamento do cancro no país evidencia que não existe, até o momento, um programa nacional estruturado de rastreio específico para o cancro da próstata implementado de forma sistemática (Tulsidás *et al*., 2023). Esta lacuna ocorre apesar do reconhecimento, nas políticas de saúde pública, da necessidade de detecção precoce de tumores malignos como componente da redução da mortalidade por cancro (MISAU, 2019).

A estrutura do sistema de saúde em Moçambique, caracterizada pela concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos e por limitações de infraestrutura e pessoal capacitado, contribui para a restrição de acesso ao rastreio preventivo. Estudos apontam que a capacidade institucional para diagnóstico e tratamento oncológico é escassa, com poucos especialistas e equipamentos modernos distribuídos de maneira desigual no território nacional (Tulsidás *et al*., 2023). Esta realidade evidencia que muitos homens, especialmente fora das capitais provinciais, podem enfrentar dificuldades acrescidas para acessar serviços de rastreio ou diagnóstico precoce.

A desigualdade na disponibilidade de serviços é observável também na Cidade de Maputo, onde a oferta de rastreio do cancro da próstata é ainda mais restrita do que poderia ser esperado em uma capital nacional. Apesar de a cidade concentrar algumas das unidades de saúde mais bem equipadas do país, o rastreio preventivo de cancro da próstata não está amplamente implementado em todas as unidades sanitárias. Pelo meu conhecimento e experiência no trabalho de envolvimento comunitário, verificou-se que, entre todas as unidades sanitárias existentes na cidade, apenas três oferecem rastreio de cancro da próstata de forma regular ou semi-regular: o Centro de Saúde José Macamo, o Hospital Geral de Chamanculo e o Hospital Central de Maputo. Mesmo nestas unidades, a oferta é irregular, muitas vezes dependente de campanhas de sensibilização pontuais, disponibilidade de recursos específicos ou iniciativas de parceiros, o que limita o acesso contínuo e previsível para a população masculina adulta.

Essa distribuição fragmentada dos serviços reflete tanto a organização hierárquica do sistema de saúde quanto as prioridades operacionais das unidades, que muitas vezes estão focadas em serviços de atenção primária e urgências, com maior disponibilidade para rastreios relacionados à saúde materno-infantil e doenças transmissíveis. Como consequência, homens que procuram exames preventivos ou que desejam fazer consultas de rastreio para o cancro da próstata podem enfrentar longos tempos de espera, falta de equipamentos diagnósticos (como ultrassons ou biomarcadores) e necessidade de deslocamento para outras unidades de referência — fatores que reforçam barreiras ao acesso que vão além das normas sociais de masculinidade identificadas nas secções anteriores.

Em síntese, a disponibilidade e o acesso aos serviços de rastreio do cancro da próstata em Moçambique e na Cidade de Maputo permanecem limitados tanto em termos estruturais quanto em termos de utilização efetiva, o que reforça a necessidade de políticas de saúde que não apenas descentralizem e expandam o rastreio preventivo, mas também abordem as barreiras sociais, culturais e organizacionais que limitam a procura e adesão pelos homens.

7. Enquadramento teórico – conceptual

7.1. Quadro teórico

O presente estudo fundamenta-se em dois referenciais teóricos: *a "teoria da masculinidade hegemónica"* proposta por Raewyn Connell e a "*teoria da construção social da realidade"* desenvolvida por Peter L. Berger e Thomas Luckmann. A articulação dessas duas abordagens permite compreender, por um lado, como se estruturam as normas e hierarquias de masculinidade na sociedade e, por outro, como essas normas são socialmente construídas, legitimadas e reproduzidas no quotidiano social.

A teoria da masculinidade hegemónica sustenta que as masculinidades não são homogéneas, mas organizam-se em relações de poder que estabelecem diferentes posições entre os homens e entre homens e mulheres. Nesse contexto, determinadas formas de masculinidade tornam-se socialmente dominantes e passam a ser reconhecidas como modelo ideal de comportamento masculino. De acordo com Connell, a masculinidade hegemónica pode ser entendida como "a configuração de práticas de género que incorpora a resposta actualmente aceita ao problema da legitimidade do patriarcado" (Connell, 1995). Dessa forma, ela legitima a posição dominante dos homens na sociedade e a subordinação de outras masculinidades e das mulheres.

No campo da saúde masculina, essas normas podem influenciar significativamente as atitudes e comportamentos dos homens em relação à procura de cuidados de saúde. A valorização social de atributos como força, autossuficiência e invulnerabilidade pode levar muitos homens a evitar ou adiar práticas de prevenção e diagnóstico precoce. Nesse sentido, Connell (1995) argumenta que os ideais hegemónicos de masculinidade frequentemente desencorajam comportamentos que possam ser interpretados como sinais de fragilidade ou vulnerabilidade.

Para compreender como essas normas de masculinidade são socialmente construídas e reproduzidas, este estudo recorre também à teoria da construção social da realidade apresentada por Berger e Luckmann na obra *The Social Construction of Reality.* Segundo esses autores, a realidade social não é simplesmente dada ou natural, mas resulta de processos contínuos de interação social. Como afirmam Berger e Luckmann, "a sociedade é um produto humano. A sociedade é uma realidade objetiva. O homem é um produto social" (Berger & Luckmann, 1966).

Esses autores explicam que a construção da realidade social ocorre através de um processo

dialético composto por três momentos interrelacionados: externalização, objectivação e internalização. O primeiro momento, a externalização, refere-se ao processo através do qual os indivíduos produzem a sociedade por meio das suas acções e interações. Nesse estágio, normas, valores e significados são criados e partilhados socialmente. No caso das masculinidades, diferentes práticas culturais, discursos sociais e expectativas coletivas contribuem para a definição do que significa "ser homem" em determinado contexto social.

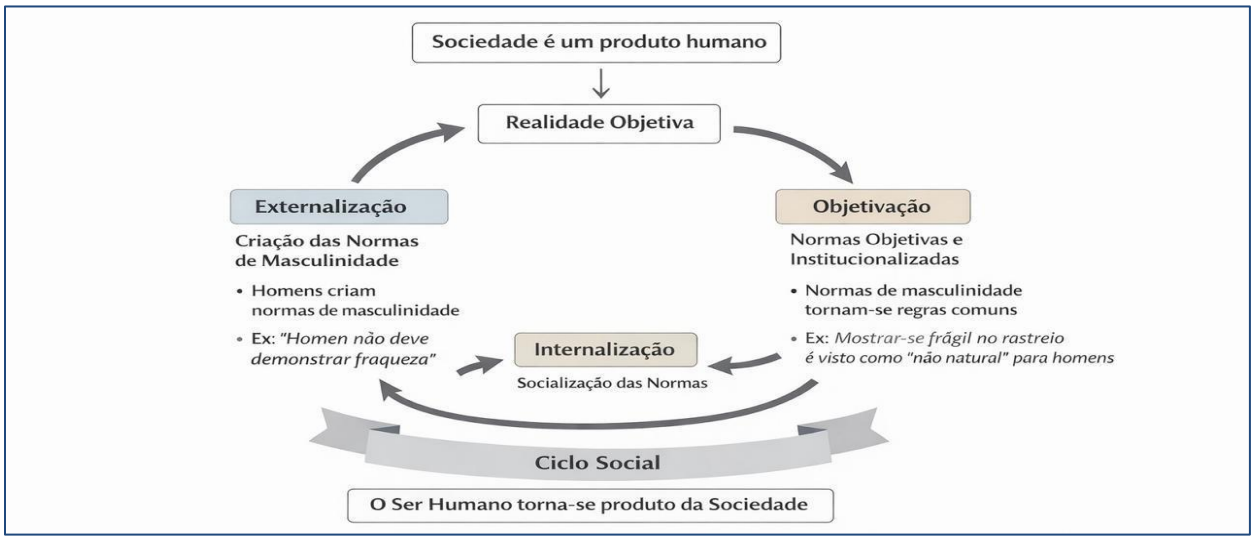
O segundo momento corresponde à objetivação, fase em que essas construções sociais passam a adquirir um carácter aparentemente independente dos indivíduos que as produziram. As normas e valores tornam-se institucionalizados e passam a ser percebidos como realidades objetivas. Segundo Berger e Luckmann (1966), nesse processo as instituições sociais adquirem um estatuto de realidade exterior aos indivíduos, sendo percebidas como algo dado e natural.

O terceiro momento é a internalização, processo através do qual os indivíduos incorporam essas normas e significados sociais através da socialização. Durante esse processo, os sujeitos assimilam as expectativas e valores predominantes na sociedade, que passam a orientar as suas percepções, identidades e comportamentos. Como afirmam Berger e Luckmann (1966), a internalização permite que o mundo social objetivado seja novamente apropriado pelos indivíduos, tornando-se parte da sua consciência e da sua identidade.

A Figura (1) apresenta uma representação esquemática desse processo de construção social da realidade e a forma como ele contribui para a formação e reprodução das normas de masculinidade. O modelo demonstra que a sociedade é simultaneamente produto da acção humana e uma realidade que posteriormente influencia e molda os comportamentos individuais. Aplicado ao contexto do presente estudo, esse enquadramento teórico permite compreender como determinadas normas de masculinidade socialmente construídas podem influenciar as percepções e atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata.

Assim, a articulação entre a teoria da masculinidade hegemónica e a teoria da construção social da realidade possibilita uma análise mais abrangente do fenómeno em estudo, permitindo compreender não apenas quais normas de masculinidade influenciam o comportamento dos homens, mas também os processos sociais através dos quais essas normas são produzidas, legitimadas e reproduzidas na sociedade.

Figura 1: Processo de construção social da realidade e normas de masculinidade no rastreio do cancro da próstata



Fonte: adaptado pelo autor segundo a teoria de construção social da realidade e TMH

7.2. Quadro Conceptual

De forma a operacionalizar os conceitos atrelados aos objectivos desta pesquisa, bem como minimizar as possíveis subjetividades, na presente secção prioriza-se uma breve conceituação e/ou definição dos principais construtos bem como os seus significados:

7.2.1. Cancro da Próstata

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cancro da próstata é definido como um tumor maligno que se desenvolve na próstata, uma glândula do sistema reprodutor masculino localizada abaixo da bexiga que envolve a uretra, responsável pela produção de parte do fluido seminal. É uma das formas mais comuns de cancro entre os homens, especialmente em homens adultos. Ele geralmente cresce lentamente e pode não causar sintomas durante as fases iniciais, porém, em estágios avançados, pode causar sintomas como dificuldade em urinar, dor óssea e outros sintomas relacionados ao crescimento do tumor (Brown, 2020).

7.2.2. Masculinidade

Segundo Connell (1995) *apud* Springer and Mouzon (2020), a masculinidade é um conceito multifacetado que engloba as características, comportamentos e papéis socialmente atribuídos aos

homens em uma determinada cultura ou sociedade. Tradicionalmente, a masculinidade tem sido associada a traços como coragem, independência, força física e controle emocional.

Partindo de uma visão construcionista e histórica das masculinidades, tal como Connell, mas afinando-se mais à perspectiva dos homens pró-feministas, Kimmel (1997) apud Amin *et al.* (2018) sublinha a importância de se levar em conta espaço e tempo histórico ao se estudar as masculinidades, pois estas têm significados distintos de uma sociedade para outra, além de se diferenciarem numa mesma sociedade em um tempo diverso.

De forma geral, a compreensão da masculinidade evoluiu ao longo do tempo, reconhecendo que essas características são socialmente construídas e variam de acordo com o contexto cultural, histórico e social (Butler 1990 *apud* Amin *et al.*, 2018).

Para este estudo nos interessa a visão tradicional do conceito da masculinidade, aquela que associa a masculinidade a ideias socialmente construídas de virilidade, independência, força física e controlo emocional.

7.2.3. Normas sociais de masculinidade

Normas de masculinidade referem-se aos padrões culturais e sociais que definem as expectativas de comportamento e identidade para os homens em uma determinada sociedade. Essas normas geralmente incluem características como coragem, força, independência, dominação, agressividade e controle emocional. Elas são transmitidas por meio de diversos agentes sociais, como família, educação e instituições religiosas, e podem variar de acordo com o contexto cultural, histórico e geográfico (Connell, 2005).

7.2.4. Caraterísticas ou traços de masculinidade

7.2.4.1. Virilidade

Na teoria da masculinidade hegemônica, proposta por Raewyn Connell, a virilidade é um dos pilares fundamentais. Ela é vista como uma característica central associada à masculinidade dominante ou hegemônica em uma determinada sociedade. Nesse contexto, a virilidade representa não apenas a expressão de características físicas, como força e agressividade, mas também a manifestação de poder, controle e dominação sobre outros (Connell, 2005). Esses atributos podem

afetar negativamente o rastreio do cancro da próstata, pois a ênfase na virilidade pode levar ao desconforto com exames de toque retal, visto como uma invasão da privacidade e uma ameaça à masculinidade. Além disso, a necessidade de parecer forte e invulnerável pode fazer com que homens evitem consultas médicas ou minimizem sintomas, atrasando a detecção precoce (Oliffe, 2023).

7.2.4.2. Independência

Os homens são incentivados a serem autossuficientes e a não dependerem dos outros, especialmente, emocionalmente. Isso está ligado à ideia de que os homens devem ser fortes e capazes de lidar com os desafios da vida por conta própria, sem mostrar vulnerabilidade (Connell, 2005). Homens que valorizam esse traço de masculinidade tendem a hesitar em buscar ajuda médica, acreditando que devem lidar com seus problemas de saúde sozinhos, Além disso, essa autossuficiência leva à falta de comunicação sobre questões de saúde com amigos e familiares, privando-os de redes de apoio que poderiam encorajá-los a procurar cuidados médicos Estudos referem que essa tendência de subestimar ou ignorar sintomas e evitar consultas médicas resulta em diagnósticos tardios de cancro da próstata (Foster *et al.*, 2023).

7.2.4.3. Força ou resistência física

Na masculinidade hegemônica, a força é frequentemente associada à capacidade física, mental e emocional de um homem demonstrar resistência, controle e domínio sobre si mesmo e sobre os outros. Essa noção de força está enraizada em ideais de poder e autoridade, refletindo a crença de que os homens devem ser capazes de lidar com desafios e adversidades de maneira robusta e determinada (Amin *et al.* 2018). A associação da masculinidade com a capacidade de demonstrar resistência física, mental e emocional afeta o comportamento de rastreio do cancro da próstata. Homens tendem a suportar desconforto físico ou dor, atribuindo isso à necessidade de ser forte, em vez de buscar exames preventivos (Springer *and* Mouzon, 2020).

7.2.4.4. Controlo emocional

O controlo emocional refere-se à capacidade de um homem exercer domínio sobre suas emoções e expressá-las de maneira controlada e limitada. Os homens são frequentemente socializados para

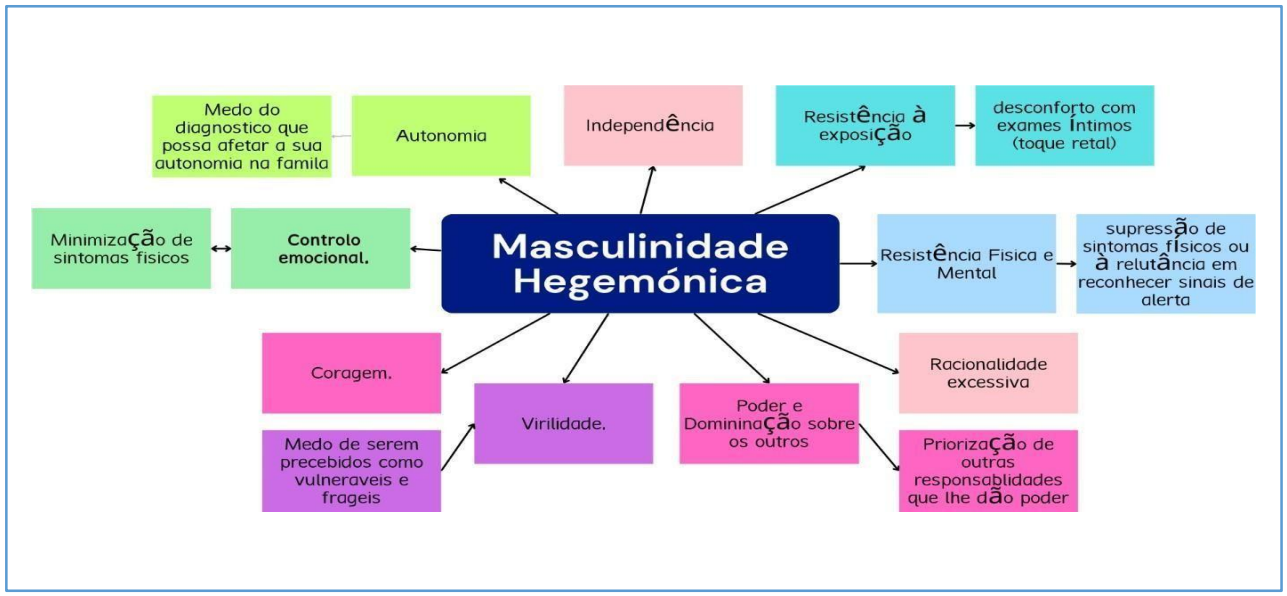
reprimir ou ocultar suas emoções, especialmente aquelas consideradas como sinais de fraqueza, como tristeza, medo ou vulnerabilidade (Connell, 2005). Sentir medo ou ansiedade sobre o rastreio pode ser visto como fraqueza, levando à evitação dos mesmos. Esiaka *et al.* (2022) mostraram que homens que reprimem suas emoções são menos propensos a buscar ajuda médica, incluindo rastreio do cancro da próstata, devido ao estigma associado à expressão de vulnerabilidade.

7.2.4.5. Coragem

A coragem refere-se à capacidade de um homem enfrentar situações desafiadoras ou ameaçadoras sem recuar (…) Homens que demonstram coragem são frequentemente vistos como confiáveis e respeitados dentro de seus grupos sociais, refletindo uma expressão de masculinidade associada à resistência e resiliência (Amin *et al.*, 2018). Homens que associam coragem com a capacidade de enfrentar qualquer desafio podem negligenciar a prevenção, acreditando que apenas precisam agir quando o problema se tornar crítico (Foster *et al.*, 2023).

Cada traço de masculinidade definido servirá como um construto essencial para compreendermos como esses traços, de forma particular, influenciam o comportamento dos homens em relação à realização do rastreio do cancro da próstata. A figura abaixo ilustra essa relação, destacando como a virilidade, a independência, a força ou resistência física, o controlo emocional e a coragem moldam as atitudes e ações dos homens perante o rastreio.

Figura 2 : Mapa conceitual da masculinidade hegemónica e sua influência para o rastreio do cancro da próstata



Fonte: Adaptado pelo Autor com base em Teoria Hegemónica de Raewyn Connell (1995).

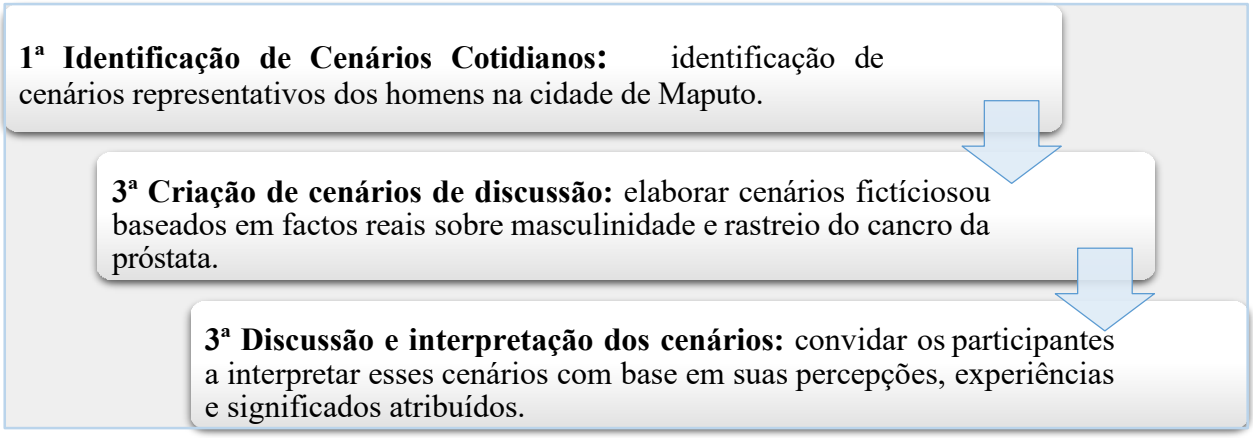
8. Métodos

8.1. Desenho de estudo

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa de tipo genérico, com natureza exploratória e descritiva, um modelo frequentemente utilizado em pesquisas em saúde, quando o objectivo é compreender a experiência, percepção ou comportamento de determinados grupos sem se comprometer com os pressupostos epistemológicos específicos de outras tradições qualitativas[1] (Bradshaw *et al.,* 2017; Colorafi & Evans, 2016; Sandelowski, 2010). Este tipo de abordagem permite certa flexibilidade metodológica e é adequado quando o foco está na compreensão prática de fenômenos sociais e culturais específicos. (Akhter *et al.*, 2022).

A aplicação deste método ao presente estudo consistiu, primeiro, em (i) identificar cenários cotidianos, através da selecção de diferentes contextos representativos dos homens na cidade de Maputo, levando em consideração locais onde as normas de masculinidade eram manifestadas ou influenciavam o comportamento em relação à saúde; de seguida, (ii) foram criados cenários de discussão com base no dia-a-dia ou da vida cotidiana dos participantes, que representavam desafios ou situações em que as normas de masculinidade eram relevantes no contexto do rastreio do cancro da próstata; Por último, (iii) os participantes foram convidados a interpretar esses cenários e discutir suas opiniões e experiências sobre o rastreio do cancro da próstata no contexto da masculinidade.

Figura 3: Aplicação das etapas do método qualitativo genérico



Fonte: Elaborado pelo autor

[1] Fenomenologia, Teoria Fundamentada, Etnografia

8.2. Local do estudo

O presente estudo foi realizado na Cidade de Maputo, capital de Moçambique, principal centro político, administrativo e económico do país (INE, 2017; World Bank, 2020). Maputo possui uma população estimada em cerca de 1,12 milhões de habitantes distribuídos em sete distritos municipais, com alta densidade populacional e diversidade social e económica (INE, 2017; UN-Habitat, 2019).

O estudo concentrou-se no Distrito Municipal KaMpfumo, localizado na zona central da cidade, com aproximadamente 79 mil habitantes em uma área de cerca de 12 km², apresentando uma elevada densidade populacional (INE, 2017; Maputo Municipality, 2021). A escolha deste distrito justifica-se pela concentração de serviços públicos e pela diversidade socioeconómica, oferecendo um contexto representativo para investigar as normas de masculinidade e sua relação com o rastreio do cancro da próstata.

Dentro deste distrito, foram selecionados dois espaços comunitários específicos — o Jardim dos Madjermanes e o Mercado Estrela Vermelha — bem como o Centro de Saúde de Chamanculo, unidade de referência para rastreio do cancro da próstata. Estes locais possibilitam a análise de percepções e comportamentos relacionados à masculinidade em diferentes contextos sociais, garantindo diversidade e profundidade nos dados qualitativos.

8.2.1. Jardim dos "Madjermanes"

O Jardim dos "Madjermanes" está situado entre as avenidas 24 de Julho, Ahmed Sekoou Touré, Albert Lithuli e Romão Fernandes Farinha. Este jardim é conhecido por reunir uma grande concentração de homens, muitos dos quais são antigos trabalhadores da antiga República Democrática Alemã (RDA), que possuem uma história laboral e social distinta (Maputo Municipality, 2021). A escolha deste local se justifica pelo perfil demográfico específico dos frequentadores, homens geralmente com mais de 50 anos, que estão dentro da faixa etária de maior risco para o cancro da próstata. Essa faixa etária é relevante por estar associada a uma geração que cresceu sob normas rígidas de masculinidade, moldadas por contextos históricos e culturais específicos.

Além disso, a maioria desses homens (antigos trabalhadores da RDA), que frequentam o Jardim, são predominantemente de renda baixa e, a principal atividade econômica exercida por eles é o comércio informal, muitas vezes realizado dentro do próprio Jardim. Esse comércio informal inclui a venda de pequenos produtos e serviços, e representa a principal fonte de sustento para suas famílias, que têm em média 5 membros. No que diz respeito à composição étnica e geográfica, cerca de metade da população que frequenta o Jardim é da etnia ronga e proveniente de bairros suburbanos da Cidade de Maputo e da Cidade da Matola.

A combinação de fatores como a idade e a composição étnica da população estudada faz do Jardim dos "Madjermanes" um local particularmente adequado para investigar as implicações das normas de masculinidade na busca por rastreio do cancro da próstata. A idade é um fator relevante, pois a maioria dos frequentadores do Jardim é composta por antigos trabalhadores da RDA com mais de 50 anos, faixa etária de maior risco para Cancro da próstata. A composição étnica também é significativa, já que a maioria desses homens pertence à etnia ronga, onde as normas tradicionais de masculinidade são fortemente manifestas.

8.2.2. Mercado Estrela Vermelha

O estudo também foi realizado no Mercado Estrela Vermelha, delimitado a leste pela Avenida Albert Lithuli, a oeste pela Rua Romão Farinha, ao sul pela Avenida Emília Daússe e ao norte por uma parte do conjunto habitacional que o cerca (Maputo Municipality, 2021). O mercado é composto maioritariamente por uma significativa presença de homens, em sua maioria comerciantes o que nos ofereceu uma oportunidade de investigar o tema em um contexto mais natural.

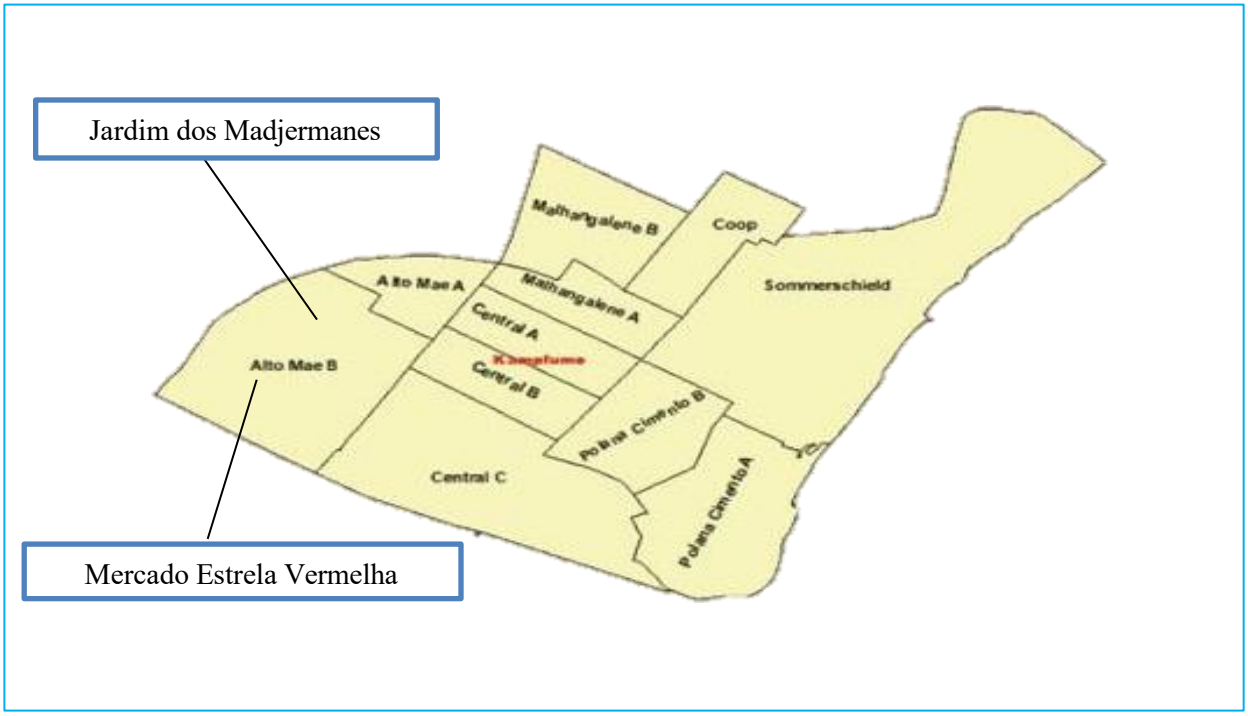
A população do Mercado Estrela é composta por jovens e adultos, com uma predominância de adultos na zona interior do mercado. A maioria dos adultos é composta por homens com idade superior a 50 anos, que estão na faixa etária de maior risco para o cancro da próstata. A composição étnica desse grupo é predominantemente macua, proveniente das regiões de Niassa e Chuwabos provenientes de Quelimane, refletindo a diversidade cultural e social da área. Aproximadamente metade dessa população não possuía educação formal e muitos dos homens que trabalham no mercado dependem da atividade comercial como sua principal fonte de renda.

Desta forma, a escolha do Mercado Estrela Vermelha como local do estudo se justificou pela significativa concentração de homens adultos, especialmente aqueles em risco para o cancro da próstata, e pela diversidade cultural da população. Essas características tornaram o mercado um cenário ideal para compreender como as normas de masculinidade influenciam as atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata.

8.2.3. Centro de Saúde de Chamanculo

Além dos espaços comunitários, o estudo também foi desenvolvido no Centro de Saúde de Chamanculo, situado no Distrito Municipal Nlhamankulo, na cidade de Maputo. Este centro foi incluído como parte integrante da pesquisa por se constituir um ponto estratégico na prestação de serviços de saúde para homens, particularmente no âmbito das ações de rastreio do cancro da próstata promovidas pela estratégia de Engajamento Masculino. A escolha deste local teve como propósito recolher, junto aos profissionais de saúde, percepções sobre as principais barreiras enfrentadas pelos homens no acesso ao rastreio do cancro da próstata.

Figura 4: Local de estudo



Fonte: INE

8.3. Período do estudo

O estudo teve uma duração de quatro meses, durante os quais a recolha de dados ocorreu ao longo de três semanas, entre o final de Janeiro e início de Fevereiro de 2025.

8.4. População do estudo

A pesquisa envolveu diferentes grupos populacionais, divididos em dois subgrupos:

a) Intervenientes primários: homens com idade igual ou superior a 50 anos residentes na cidade de Maputo.
b) Intervenientes secundários: profissionais de saúde que trabalham na cidade de Maputo, e mulheres com idade igual ou superior a 24 anos, residentes na cidade de Maputo.

A definição destes critérios etários baseou-se na relevância analítica para o estudo. No caso dos homens, a idade mínima de 50 anos corresponde ao grupo de maior risco para o cancro da próstata. Relativamente às mulheres, o critério de idade igual ou superior a 24 anos foi definido por se considerar que, a partir desta faixa etária, as participantes tendem a apresentar maior maturidade social e envolvimento em dinâmicas familiares e conjugais, elementos relevantes para a compreensão das normas sociais de masculinidade e das decisões de saúde dos homens.

8.4.1. Amostra e amostragem

8.4.1.1. Amostra

Tratando-se de um estudo qualitativo, cujo objectivo foi explorar em profundidade as percepções e atitudes das partes interessadas para compreender as implicações das normas de masculinidade no rastreio do cancro da próstata, a amostra foi definida de forma intencional, com base em estudos qualitativos semelhantes realizados em países africanos. Estes estudos indicaram amostras mínimas de 23 homens (Salifu, Almack and Caswell, 2023) e 11 informantes-chave, entre os quais profissionais de saúde e mulheres (Malika et al., 2020).

Com base nessas referências, definiu-se um total de 42 participantes (n=42), distribuídos entre 20 participantes em dois Grupos de Discussão Focal e 22 participantes em entrevistas individuais, assegurando uma representação diversificada das partes interessadas.

***Tabela 1**: Resumo da amostra por categoria dos participantes*

grupo alvo	Nº
Homens com idade superior ou igual a 50 anos	28
Mulheres com idade superior ou igual a 24 anos	08
Profissionais de saúde	06
Total	42

Fonte: Autor

8.4.1.2. Amostragem

Quanto à amostragem, o presente estudo utilizou a *não probabilística*, caracterizada pela selecção dos participantes com base na sua relevância para os objectivos da investigação, e não na representatividade estatística. Neste tipo de amostragem, os participantes são escolhidos de forma deliberada, considerando a sua capacidade de fornecer informações ricas e pertinentes sobre o fenómeno em estudo.

Especificamente, foi adoptada a amostragem intencional (ou propositada), que consiste na selecção deliberada de indivíduos com características previamente definidas, neste caso, homens com idade igual ou superior a 50 anos e outros intervenientes relevantes. De forma complementar, recorreu-se à amostragem por conveniência, considerando a disponibilidade e acessibilidade dos participantes nos locais de estudo.

a) Espaço comunitário: Jardim dos "Madjermanes" e Mercado Estrela Vermelha

Nos espaços comunitários, Jardim dos Madjermanes e Mercado Estrela Vermelha, a selecção dos participantes foi realizada através de *amostragem intencional*, considerando a relevância destes indivíduos para o estudo das normas sociais de masculinidade e dos comportamentos relacionados com a saúde. Foram incluídos homens com idade igual ou superior a 50 anos e mulheres com idade igual ou superior a 24 anos, escolhidos por possuírem características que lhes permitissem fornecer informações pertinentes sobre o fenómeno em estudo.

De forma complementar, foi aplicada *amostragem por conveniência* como mecanismo operacional, permitindo a inclusão de participantes disponíveis e acessíveis nos locais de estudo durante o período de recolha de dados. Este procedimento não constituiu uma estratégia de amostragem

independente, mas sim um recurso prático para implementar a amostragem intencional no contexto de campo, garantindo que os participantes seleccionados pudessem contribuir de forma significativa para a compreensão das dinâmicas sociais e de saúde masculina.

b) CS de Chamanculo

No Centro de Saúde de Chamanculo, a selecção dos profissionais de saúde também foi realizada por amostragem intencional, considerando a sua relevância para a investigação sobre normas de masculinidade e rastreio do cancro da próstata. Foram incluídos técnicos de saúde que estavam directamente envolvidos no Programa de Engajamento Masculino e que possuíam experiência e formação específica para o rastreio do cancro da próstata.

Em particular, houve um arranjo para entrevistar também, homens que decidiram fazer o rastreio, de modo a compreender como estes superaram, ou foram influenciados pelas normas sociais de masculinidade, complementando a análise dos dados obtidos nos espaços comunitários.

8.4.1. Critérios de inclusão e exclusão

Tabela 2: Critérios de Inclusão e exclusão

Participantes	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Homens	• Idade superior ou igual a 50 anos, residentes na cidade de Maputo; • Sem diagnóstico prévio de cancro da próstata; e • Estar a exercer actividades no local de estudo selecionado há pelo menos 2 anos.	• Estar com capacidade física/psicológica limitada para responder as questões • Estar a Participar em estudos semelhantes recentemente, afim de evitar viés de respondente e de repetição • Ter sido diagnosticado e/ou em tratamento de cancro da próstata
Mulheres	• Idade superior ou igual a 24anos a residentes na cidade deMaputo • Estar a exercer actividades no local de estudo selecionado há pelo menos 2 anos	
Profissionais de saúde	• Médico, técnico de medicina geral ou enfermeiro. • Pontos focais de Engajamento Masculino; • Estar afecto ao sector há pelo menos 1ano.	• Estar com capacidade física/psicológica limitada para responder as questões • Ausente do local de trabalho por férias ou

		outro motivo durante o período de recolha de Dados

Fonte: Autor

8.5. Procedimentos de recolha de dados

Para a recolha de dados, foram utilizadas duas técnicas principais: Grupos de Discussão Focal (GDF) e entrevistas individuais em profundidade. Estas técnicas permitiram explorar de forma ampla e detalhada as percepções, atitudes e significados atribuídos à masculinidade e à sua influência no comportamento de busca pelo rastreio do cancro da próstata.

a) Grupos de Discussão Focal (GDF)

Foram realizados dois GDF mistos, um no Jardim dos Madjermanes e outro no Mercado Estrela Vermelha, cada um com 10 participantes, compostos por 6 homens e 4 mulheres. Os homens incluídos tinham idade igual ou superior a 50 anos, e as mulheres igual ou superior a 24 anos. A aferição da idade foi realizada *por autodeclaração,* complementada, quando possível, pela confirmação através de documentos de identificação ou pelo próprio investigador através de perguntas sobre o ano de nascimento. Esta abordagem assegurou que todos os participantes se enquadrassem nas faixas etárias definidas para o estudo.

Os GDF mistos apresentaram constrangimentos de género, já que a presença de homens e mulheres no mesmo grupo pode influenciar a forma como determinados temas sensíveis são discutidos. No entanto, esta configuração também ofereceu vantagens, permitindo observar interacções entre os géneros, identificar normas sociais internalizadas e contrastar percepções de homens e mulheres sobre masculinidade e saúde. Cada sessão foi conduzida pelo investigador principal, com apoio de um observador assistente, responsável por tomar notas de campo e registar aspectos não verbais relevantes. As discussões seguiram um guião semiestruturado, previamente elaborado com base nos objectivos do estudo, abordando temas relacionados com ad normas de masculinidade, percepções sobre saúde masculina e atitudes face ao rastreio do cancro da próstata.

As sessões decorreram em ambientes reservados, propícios à partilha de opiniões e experiências, com duração entre 1 e 2 horas. Todas as discussões foram gravadas em áudio, com o consentimento dos participantes, e complementadas com notas do observador. A língua de condução foi o português, com recurso a línguas locais quando necessário.

b) *Entrevistas Individuais em Profundidade*

As entrevistas individuais em profundidade envolveram exclusivamente homens com idade igual ou superior a 50 anos, incluindo um grupo de controlo composto por participantes que haviam realizado o rastreio do cancro da próstata, permitindo analisar como as normas de masculinidade influenciaram as suas decisões. No total, foram realizadas 16 entrevistas com homens, das quais 8 nos espaços comunitários (4 no Jardim dos Madjermanes e 4 no Mercado Estrela Vermelha) e 8 no Centro de Saúde de Chamanculo, correspondentes ao grupo de controlo. Cada sessão teve duração entre 30 e 60 minutos, foi gravada em áudio e complementada por notas do investigador. A idade dos participantes foi aferida por autodeclaração.

Adicionalmente, seis entrevistas foram conduzidas com profissionais de saúde do Centro de Saúde de Chamanculo, seleccionados intencionalmente pelo seu envolvimento no Programa de Engajamento Masculino e pela sua disponibilidade. Cada sessão teve duração de 30 a 45 minutos, foi gravada em áudio e complementada por notas de campo, visando compreender os obstáculos enfrentados pelos homens no acesso ao rastreio do cancro da próstata, incluindo a influência das normas de masculinidade. Todas as entrevistas foram conduzidas em português, com recurso a línguas locais quando necessário.

Tabela 3: Resumo da amostra

Grupo alvo	Sexo	Método	Local	Amostra
Homens ≥50 anos	Masculino	GDF	Jardim Madjermanes	6
Homens ≥50 anos	Masculino	GDF	Mercado Estrela	6
Mulheres ≥24 anos	Feminino	GDF	Jardim Madjermanes	4
Mulheres ≥24 anos	Feminino	GDF	Mercado Estrela	4
Homens ≥50 anos	Masculino	Entrevista	Madjermanes	4
Homens ≥50 anos	Masculino	Entrevista	Mercado	4
Homens ≥50 anos	Masculino	Entrevista	CS de Chamanculo	8
Profissionais de saúde	M/F	Entrevista	CS Chamanculo	6
Total				**42**

Fonte: Autor

8.6. Plano de gestão e análise de dados

As entrevistas individuais e os GDF foram gravados digitalmente através de um telefone celular com função de gravador de voz, garantindo a qualidade e integridade do material recolhido. Posteriormente, os áudios foram transcritos na íntegra utilizando o programa MS Word, assegurando fidelidade às falas dos participantes.

Além disso, as conversas informais realizadas antes ou depois dos encontros formais foram registadas em notas de campo, assim como as observações directas feitas durante o trabalho de campo, com foco em aspectos não verbais, contextuais e interacções sociais relevantes para o tema do estudo. Essas notas foram digitadas ao final de cada dia no MS Word, e posteriormente integradas ao processo analítico como material complementar.

O processo de análise de dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo, amplamente reconhecida nas ciências sociais e humanas por sua abordagem objectiva e sistemática na descrição do conteúdo manifesto na comunicação (Bardin, 2004). Inicialmente, em preparação à análise, a gestão dos dados consistiu na organização e preparação das transcrições dos grupos focais e entrevistas individuais, seguida de uma pré-análise, que consistiu na leitura inicial para a identificação e definição de categorias alinhadas aos objectivos do estudo e ao quadro teórico-conceptual.

Posteriormente, a análise de conteúdo foi aprofundada utilizando uma matriz de análise de dados produzida no MS Excel, onde os excertos dos discursos de cada participante foram alinhados com temas pré-definidos, permitindo uma categorização sistemática dos dados. Para a dimensão das percepções, os temas estabelecidos incluíram: (i) definição de masculinidade, (ii) traços atribuídos à masculinidade e (iii) papéis de género. Já para a dimensão das atitudes, foram definidos os seguintes temas: (i) disposição para realizar o rastreio e (ii) influência das normas de masculinidade em relação ao rastreio. Por fim, para a dimensão das barreiras, os temas abordados foram: (i) estigma social, (ii) acesso e disponibilidade dos serviços e (iii) ambiente hospitalar.

Esse método possibilitou a geração de categorias específicas para cada tema pré-definido, com base no quadro teórico-conceptual adotado no estudo. Após o alinhamento dos excertos dos discursos aos respectivos temas, foi realizada a categorização das falas, o que permitiu identificar

e classificar os diferentes significados atribuídos pelos participantes dentro de cada dimensão analisada.

A partir dessa organização, foram identificadas categorias dominantes, classificadas conforme sua frequência de ocorrência nos discursos (altamente repetidas, moderadamente repetidas e menos repetidas). Essa abordagem facilitou a visualização de padrões e tendências dentro de cada tema e, para fins de análise comparativa e interpretação, os resultados foram apresentados em tabelas, com distribuição percentual das ocorrências de cada categoria (ver a tabela 14).

Embora se trate de um estudo qualitativo, os dados sociodemográficos dos participantes foram analisados quantitativamente por meio de uma análise descritiva simples, com dados digitados no MS Excel. Os resultados foram apresentados sob a forma de frequências absolutas e relativas, o que possibilitou contextualizar os discursos com base nas características dos participantes.

Tabela 4: Objectivos da pesquisa, dimensões de análise e construtos

Objetivos da pesquisa	Dimensões de análise	Construtos
Explorar as Percepções e Significados Sobre Masculinidade em Homens e Mulheres na Cidade de Maputo.	Percepções e Significados	✓ Definição da Masculinidade; ✓ Traços/Características atribuídos a Masculinidade; ✓ Papeis de Género (espectativas sobre os comportamentos masculinos).
Descrever as atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata.	Atitudes	✓ Disposição para realizar o rastreio ✓ Influência das crenças de masculinidade na saúde (medo da vulnerabilidade; estigma associado a fragilidade) ✓ Pressão social e de pares (espectativas de pares sobre o comportamento masculino)

Identificar as barreiras impostas pelas normas sociais de masculinidade na busca pelo rastreio do cancro da próstata na Cidade de Maputo.	Barreiras	✓ Estigma Social ✓ Acesso e disponibilidade de Serviços (Barreiras estruturais) ✓ Programas de saúde específicos para o homem; ✓ Serviços acolhedores ao homemnas USs

Fonte: Autor

8.7. Considerações éticas

8.7.1. Aprovação ética

O presente estudo foi submetido ao Conselho Científico da Faculdade de Medicina, que realizou a revisão científica da proposta, garantindo a validade e a relevância dos métodos e dos objectivos definidos. Posteriormente, o protocolo foi submetido e aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina e do Hospital Central de Maputo, que avaliou os aspectos éticos da investigação e confirmou que o estudo cumpre as normas e diretrizes éticas aplicáveis à investigação envolvendo seres humanos.

Antes da sua participação, todos os participantes foram devidamente informados sobre os objectivos e procedimentos do estudo. Estas informações encontram-se detalhadas na Folha de Informação ao Participante (Apêndice IA). Apenas os indivíduos que aceitaram participar voluntariamente foram incluídos no estudo, tendo previamente assinado o Termo de Consentimento Informado (Apêndice IB)

8.7.2. Confidencialidade

A confidencialidade dos participantes foi rigorosamente assegurada através da utilização de um sistema de codificação anónima. Cada participante recebeu um código de identificação específico (por exemplo, H001 para homens, M001 para mulheres e P001 para profissionais de saúde), de modo a evitar qualquer associação directa entre os dados recolhidos e a identidade dos participantes. Todas as informações potencialmente identificáveis foram removidas das bases de dados, garantindo a proteção da privacidade dos envolvidos. As gravações em áudio foram armazenadas

em computador protegido por palavra-passe segura, enquanto os formulários de consentimento e as notas de campo foram guardados em um armário trancado. O acesso a esses materiais foi restrito exclusivamente aos investigadores principais, assegurando um controlo rigoroso sobre as informações recolhidas.

8.8. Limitações do estudo

Este estudo apresentou algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

A primeira limitação refere-se à natureza da abordagem qualitativa genérica, que embora permita flexibilidade na recolha e análise de dados, carece de sistematização metodológica, podendo limitar a profundidade da interpretação. Para mitigar esse aspecto, foram consideradas conversas informais com os participantes, antes ou após as sessões formais, como complemento à compreensão dos dados.

A segunda limitação refere-se à própria natureza da técnica de DGF. Embora essa abordagem favoreça o debate colectivo e a produção compartilhada de significados, ela pode também inibir a expressão de opiniões mais pessoais e sensíveis, sobretudo em temas permeados por estigmas e normas sociais rígidas, como é o caso do rastreio do cancro da próstata. Para minimizar essa limitação, as sessões foram realizadas em locais de pertença dos participantes, o que proporcionou um ambiente mais familiar e descontraído. Além disso, o facilitador recorreu a técnicas de comunicação empática e escuta ativa com o objetivo de estabelecer confiança e criar um espaço seguro para o compartilhamento de experiências pessoais.

Outra limitação diz respeito à desigualdade na participação durante os grupos focais. Em algumas sessões, observou-se a dominância de determinados perfis de participantes – geralmente os mais velhos ou com maior escolaridade – o que pode ter limitado a diversidade de vozes e a representatividade das experiências refletidas nos dados. Essa dinâmica pode ter silenciado ou reduzido a contribuição de participantes mais jovens ou menos instruídos, cujas percepções poderiam enriquecer a análise. Para mitigar esse efeito, as entrevistas individuais foram utilizadas como uma segunda oportunidade metodológica, permitindo captar discursos que possam ter sido silenciados ou pouco explorados.

Por fim, destaca-se a limitação relacionada à ausência de triangulação metodológica. O estudo baseou-se essencialmente em entrevistas e DGF, com pouco uso da técnica de observação directa. A inclusão de outras técnicas, como diários de campo mais sistemáticos ou registos audiovisuais, poderia ter enriquecido a análise dos dados e ampliado a validade dos achados ao permitir a comparação entre diferentes fontes de informação. No entanto, há que se reconhecer a foça do estudo no uso da triangulação de respondentes, ao envolver diferentes grupos, o que contribuiu para enriquecer a análise e fortalecer a validade dos achados ao permitir a comparação entre múltiplas perspectivas.

9. Resultados e discussão

9.1. Resultados

9.1.1. Caraterísticas da amostra

No total, 42 participantes estiveram envolvidos no estudo, incluindo homens com idade igual ou superior a 50 anos provenientes de espaços comunitários, mulheres com ligação social ou familiar a estes homens, bem como profissionais de saúde envolvidos em programas de engajamento masculino e na prestação de serviços de saúde.

No que se refere às características sociodemográficas, observa-se que 34 participantes (81,0%) eram do sexo masculino e 8 (19,0%) do sexo feminino. A idade média dos homens participantes foi de 54 anos (DP = 8,2), sendo que a maior proporção dos participantes situava-se na faixa etária entre 50 e 59 anos (42,9%), seguida da dos participantes com 60 anos ou mais (38,1%). Em termos de origem etnolinguística, predominaram participantes macua e ronga, refletindo a diversidade populacional da cidade de Maputo. Relativamente à ocupação, cerca de 47,6% dos participantes exerciam atividades ligadas ao comércio informal ou serviços comunitários, enquanto 14,3% correspondem a profissionais de saúde. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 38,1% possuem apenas ensino primário, enquanto 26,2% não concluíram o ensino secundário. Em relação à religião, a maioria dos participantes (85,7%) identificou-se como cristã. Quanto ao estado civil, 59,5% declararam-se casados ou em união, refletindo o perfil familiar predominante entre os participantes do estudo. A distribuição detalhada destas características sociodemográficas encontra-se apresentada na Tabela 5.

Tabela 5: Dados sociodemográficos dos participantes

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	34	81.0
	Feminino	8	19.0
Faixa etária	24–39 anos	8	19.0
	50–59 anos	18	42.9
	≥60 anos	16	38.1
Escolaridade	Primário	16	38.1
	Secundário incompleto	11	26.2
	Secundário completo	9	21.4
	Superior	6	14.3
Situação ocupacional	Comércio informal / serviços comunitários	20	47.6
	Emprego formal	10	23.8
	Profissionais de saúde	6	14.3

	Sem ocupação fixa	6	14.3
Religião	Cristã	36	85.7
	Outras	6	14.3
Estado civil	Casado / união	25	59.5
	Solteiro / divorciado / viúvo	17	40.5

Fonte: dados do campo

9.1.2. Percepções e significados associados a masculinidade

A análise das percepções sobre masculinidade baseou-se principalmente nos dados recolhidos durante os Grupos de Discussão Focal realizados no Jardim dos Madjermanes e no Mercado Estrela Vermelha. Durante as sessões foi utilizada uma técnica participativa de *brainstorming*, com recurso a cartolinas e quadro, na qual os participantes foram convidados a mencionar livremente palavras, ideias ou características que, na sua percepção, definem o que significa *"ser homem"* no contexto social em que vivem.

As ideias apresentadas foram registadas nas cartolinas e posteriormente organizadas no quadro durante a discussão colectiva, permitindo identificar padrões de pensamento partilhados entre os participantes. Entre as expressões mais frequentemente mencionadas durante o exercício destacaram-se ideias como "ser responsável", "sustentar a família", "ser forte", "não mostrar fraqueza" e "resolver os problemas de casa". Estas contribuições serviram de base para a organização das categorias analíticas apresentadas nas secções seguintes.

A análise das respostas permitiu agrupar os significados atribuídos à masculinidade em quatro dimensões principais: (i) a definição social do que significa ser homem, (ii) as características associadas à masculinidade, (iii) os papéis de género atribuídos aos homens.

9.1.3. Definição da masculinidade

Os participantes associaram a masculinidade a responsabilidades sociais, especialmente no contexto familiar, onde o homem é percebido como líder e provedor do agregado. As narrativas destacaram três dimensões centrais: liderança familiar, autonomia económica e proteção da família.

No que diz respeito à liderança, muitos participantes enfatizaram que ser homem implica assumir

a posição de chefe de família e tomar decisões importantes:

> *"Ser homem é ser chefe de família e tomar todas as decisões. A última palavra é de homem" (GDF_Homem_01_JM).*

A independência económica foi igualmente destacada como característica fundamental da masculinidade, sendo entendida como condição para sustentar e cuidar da família:

> *"Ser homem é ser independente, ter o seu próprio dinheiro, não depender de ninguém, ser capaz de cuidar dos outros." (GDF_Homem_11_EV).*

Por fim, o cuidado com os outros foi interpretado sobretudo no sentido de provisão material e responsabilidade familiar, reforçando a conceção do homem como principal provedor e protetor do agregado. De forma geral, essas respostas revelam uma visão de masculinidade estruturada em torno da liderança familiar, autonomia económica e responsabilidade pela proteção e sustento da família, conforme sistematizado na Tabela 7.

Tabela 6: Tendência das respostas – definição de homem

Subcategoria	***f (n)***	***f (%)***	***Tendência***
Liderança familiar	15	34%	Alta Repetição
Independência económica	12	27%	Alta Repetição
Capacidade de proteger a família	9	20%	Moderada
Respeito e reconhecimento social	8	19%	Moderada

Fonte: Matriz de analise de conteúdo elaborado pelo autor

9.1.3.1. Principais características ou traços atribuídos a masculinidade

No âmbito do construto "Traços Atribuídos à Masculinidade", o objectivo foi identificar quais características ou traços os participantes associam à ideia de masculinidade e como essas qualidades influenciam as suas atitudes e comportamentos, particularmente no que diz respeito à saúde masculina e ao rastreio do cancro da próstata. Para explorar essa questão, foi feita a seguinte pergunta: *"Quais são os traços que você acredita serem essenciais para um homem de verdade?"*

A resistência emocional foi uma característica fortemente associada à masculinidade. Para os participantes, um homem deve ser capaz de lidar com situações difíceis sem demonstrar fraqueza

emocional, mantendo-se firme mesmo diante de adversidades. Como um dos homens expressou:

> *"Ser homem é não mostrar fraqueza, mesmo que a vida seja difícil. Tem que aguentar tudo sem chorar" (GDF_Homem_05_JM).*

Complementar à resistência emocional, o autocontrole também foi visto como traço importante. A capacidade de dominar os sentimentos e de não se deixar levar pelas emoções, especialmente em momentos de tensão ou crise, foi apontada como sinal de verdadeira masculinidade:

> *"Homem tem que saber controlar os sentimentos, não pode se deixar levar pelas emoções" (GDF_Homem_06_EV).*

Outro participante salientou a coragem como atributo indispensável. Para muitos participantes, ser homem implica ser corajoso, enfrentar os desafios com determinação e não se deixar abater por dificuldades. Um dos relatos foi:

> *"Um homem de verdade é aquele que encara os problemas de frente, não foge de nada" (GDF_Homem_08_EV).*

A força física foi igualmente destacada, com os participantes associando a masculinidade à capacidade corporal, robustez e resistência. Um dos participantes enfatizou essa dimensão ao afirmar:

> *"Nós, homens, já nascemos com força. Temos estrutura para aguentar trabalhos duros e pesados, é uma força que nos diferencia das mulheres."* (GDF_Homem_03_EV).

Além da associação ao trabalho pesado, outros participantes destacaram que a masculinidade se revela na resistência corporal ao sol, à fadiga e à dor. Um deles explicou:

> *"Homem de verdade aguenta o sol, o calor, o peso. Não se queixa, porque ser homem é aguentar firme."* (GDF_Homem_05_JM).

A Em suma, os traços atribuídos à masculinidade – resistência emocional, coragem, autocontrole e força física – reflectem normas tradicionais que enfatizam a firmeza e a autossuficiência do homem. Essas percepções podem influenciar negativamente a procura de cuidados de saúde, incluindo o rastreio do cancro da próstata, ao associar a vulnerabilidade à fraqueza. As principais características identificadas estão sistematizadas na Tabela 7.

Tabela 7: Tendência das respostas - traços atribuídos à masculinidade

Subcategoria	*f (n)*	*f (%)*	*Tendência*
Resistência emocional	14	31%	Alta Repetição
Coragem diante de desafios	12	27%	Alta Repetição
Força física	10	23%	Moderada
Controle das emoções	08	19%	Moderada

Fonte: Matriz de analise de conteúdo elaborado pelo autor

9.1.3.2. Papeis de género

O construto "Papéis de Gênero" foi explorado a partir da questão: *"Quais são os papéis que você acredita que um homem e uma mulher devem desempenhar na sociedade e na família?"* O objectivo principal foi identificar como os participantes veem os papéis atribuídos aos homens e às mulheres dentro do contexto familiar e social, e como esses papéis influenciam as suas atitudes e comportamentos, especialmente em relação à saúde e ao rastreio do cancro da próstata.

Contudo, é importante destacar que, mesmo antes desta questão específica, as perguntas anteriores já começaram a revelar algumas percepções sobre os papéis de género, demonstrando que essas visões aparecem de forma consistente nas narrativas dos participantes. Assim, esta análise aprofunda e sistematiza entendimentos que já vinham emergindo ao longo do estudo.

As respostas dos participantes revelaram uma divisão clara entre os papéis tradicionalmente atribuídos aos homens e às mulheres. A maioria dos participantes destacou que os homens devem ser os provedores e protetores da família, enquanto as mulheres, em grande parte, são vistas como as cuidadoras do lar e da saúde, desempenhando um papel de apoio emocional e físico.

A visão mais predominante sobre o papel do homem na família é o de provedor. A ideia de que o homem deve ser a principal fonte de sustento para a família é amplamente aceite pelos participantes. Um dos participantes abordou a responsabilidade de provisão como função central masculina, expressando que cabe ao homem assegurar as necessidades básicas da família:

"O homem deve trabalhar duro, garantir o pão de cada dia e dar o melhor

para a família. Ele não pode falhar." (GDF_Homem_10_JM).

Além disso, outro participante reforça essa expectativa de forma mais direta, ao evidenciar a pressão social que recai sobre os homens para que nunca falhem nesse papel de provedor. Sua fala revela que, para além da responsabilidade material, existe também uma carga simbólica e emocional, em que qualquer falha do homem pode ser percebida como uma ameaça à estabilidade familiar. Isso sugere que, muitas vezes, os homens são levados a desempenhar esse papel com um sentimento de urgência e obrigação quase absoluta, moldado por normas sociais internalizadas desde cedo:

> *"Mesmo se o homem estiver doente ou cansado, ele tem que se levantar e ir atrás de comida. Porque se não trouxer, todos vão olhar para ele como alguém que falhou como homem." (GDF_Homem_07_ME)*

Outro participante reforçou que, além de prover, o homem deve ser o sustentáculo emocional e físico da família, garantindo a sua segurança:

> *"Ser homem é ser o pilar, é garantir que a família esteja segura, sem medo de nada." (GDF_Homem_08_EV)*

Em síntese, os participantes atribuem papéis tradicionais aos homens e às mulheres, com os primeiros percebidos principalmente como provedores e protetores da família, enquanto as mulheres são vistas como cuidadoras da saúde e do bem-estar do lar. Essas expectativas refletem normas sociais internalizadas que moldam comportamentos e decisões, inclusive em relação à procura de cuidados de saúde, como o rastreio do cancro da próstata. A tendência das respostas está sistematizada na Tabela 8.

Tabela 8: Tendência das respostas – papel de género

Subcategoria	***f (n)***	***f (%)***	***Tendência***
Homem como provedor principal	16	36%	Alta Repetição
Homem responsável pela proteção	11	25%	Alta Repetição
Mulheres como cuidadoras de saúde	09	21%	Moderada
Partilha de responsablidades	08	18%	Moderada

Fonte: Matriz de analise de Conteúdo

De forma geral, os achados indicam que os participantes masculinos associam a masculinidade a liderança familiar, autonomia económica, força física, resistência emocional e coragem diante de

desafios. Os papéis atribuídos aos homens reforçam a ideia de provedor e protetor da família, enquanto as mulheres são percebidas como cuidadoras da saúde e do bem-estar do lar. Esses padrões refletem normas sociais internalizadas que moldam comportamentos, atitudes e decisões, incluindo a procura de cuidados de saúde, como o rastreio do cancro da próstata, sendo muitas vezes dificultada pelo medo de demonstrar vulnerabilidade.

9.1.3.3. Percepções e significados atribuídos pelas mulheres sobre masculinidade

Após analisar as percepções masculinas sobre definição, traços e papéis de género, tornou-se relevante considerar também a visão das mulheres participantes, que oferecem uma leitura complementar e, em certos aspectos, contrastante.

As mulheres reconheceram a responsabilidade tradicional do homem como provedor e protetor da família, mas enfatizaram a importância da partilha de responsabilidades, principalmente em contextos de dificuldade ou doença. Para elas, o homem ideal assume o papel de sustento da família, enquanto a mulher participa ativamente nos cuidados domésticos e na saúde familiar, promovendo colaboração mútua:

> *"Ser homem é ser aquele que não deixa faltar comida em casa, que paga as contas e cuida da família. A mulher cuida da casa e da saúde, o homem é o pilar que sustenta tudo."* (GDF_Mulher_04_EV)

Outra participante destacou que, além da provisão, o respeito e a conduta exemplar são atributos essenciais:

> *"Ser homem é saber cuidar da mulher e dos filhos, é ser respeitado por todos."* (GDF_Mulher_02_JM)

Em relação aos traços de masculinidade, as mulheres também valorizaram força e coragem, mas associaram esses atributos à responsabilidade e à capacidade de escutar e dialogar com a família:

> *"Um homem forte não se deixa abater, mas também sabe ser firme com a família."* (GDF_Mulher_03_EV)

> *"Os homens têm que ser corajosos para lidar com os problemas, mas também precisam nos ouvir. Porque sozinhos podem não aguentar, resolver tudo."* (GDF_Mulher_06_JM)

No que diz respeito aos papéis de género, as mulheres reforçaram a necessidade de flexibilidade e colaboração:

> *"O homem tem que prover e proteger, mas também precisa partilhar as responsabilidades."* (GDF_Mulher_02_JM)
>
> *"Quando a coisa aperta, todo mundo tem que ajudar, não só o homem, a mulher também tem que ser forte e cuidar da casa."* (GDF_Mulher_05_EV)

Essa perspectiva evidencia que, embora a figura masculina continue associada à liderança e ao sustento, as mulheres percebem a masculinidade de forma mais inclusiva, valorizando diálogo, colaboração e partilha de tarefas quando necessário.

9.1.3.4. Comparação das percepções de homens e mulheres sobre masculinidade

A comparação das percepções revela que homens e mulheres compartilham a visão da masculinidade centrada na liderança familiar, provisão económica e proteção da família. Enquanto os homens enfatizam fortemente esses atributos como essenciais para "ser homem de verdade", as mulheres reconhecem essas responsabilidades, mas acrescentam a importância de diálogo, colaboração e partilha de tarefas, sobretudo em contextos de dificuldade ou necessidade.

Em relação aos traços e papéis de género, os homens associam masculinidade à resistência emocional, força física, coragem e autocontrole, enquanto as mulheres valorizam igualmente força e coragem, mas enfatizam também sensibilidade, escuta e colaboração na vida familiar. A Figura 5 sintetiza estas percepções, mostrando as convergências e os elementos complementares que as mulheres trazem à definição de masculinidade.

Figura 5: Análise comparativa da definição de masculinidade entre homens e mulheres



Fonte: adaptado pelo autor com base nas respostas dos participantes (Mapa mental gerado através de Canva)

9.1.4. Processo de construção e legitimação das normas sociais de masculinidade

As normas de masculinidade são transmitidas e reforçadas por múltiplos agentes sociais, incluindo a família, os pares, a comunidade e as instituições religiosas. Nos dados recolhidos, observou-se que, no Jardim dos Madjermanes, predominantemente ronga, os homens relatam que os ensinamentos sobre masculinidade são frequentemente transmitidos por figuras paternas e familiares masculinas, com ênfase na liderança familiar e na provisão para a família. Um participante referiu:

> *"Desde menino, meu pai dizia que um homem deve cuidar da família e nunca mostrar fraqueza. Isso ficou comigo até hoje."* (GDF_Homem_02_JM)

No Mercado Estrela Vermelha, predominantemente macua, alguns participantes indicaram que os ensinamentos sobre masculinidade também são transmitidos por figuras femininas da família materna, como mães e tias, sobretudo no que se refere à forma de lidar com responsabilidades familiares:

> *"Minha mãe e minha tia sempre me ensinaram que ser homem é cuidar da família, mas também ouvir e respeitar as mulheres da casa."* (GDF_Homem_05_EV).

A igreja surge como instituição central na socialização e legitimação das normas de masculinidade, com os homens mencionando ensinamentos bíblicos que reforçam a ideia de que o homem deve prover e liderar a família, enquanto a mulher deve obedecer ou apoiar:

> *"Na igreja, aprendemos que o homem deve sustentar a família e a mulher deve respeitar e obedecer ao marido."* (GDF_Homem_09_EV)

> *"O pastor sempre diz que o homem é o líder da casa e a mulher deve apoiar, cuidar da família e seguir as orientações do marido."* (GDF_Homem_11_JM)

> *"Nos estudos bíblicos, aprendemos que o homem tem responsabilidades sobre a família e a mulher deve ser submissa, mas isso não impede de ela ajudar na decisão."* (GDF_Homem_07_ME)

As mulheres participantes também reconheceram que os ensinamentos religiosos influenciam a percepção sobre o papel masculino, observando que a igreja contribui para a legitimação das normas sociais de masculinidade desde cedo:

"Na igreja, nos ensinam que o homem deve ser o provedor e a mulher deve apoiar, e isso vemos nas nossas famílias todos os dias." (GDF_Mulher_03_EV

Com base nos relatos apresentados, observa-se que o processo de construção e legitimação das normas de masculinidade envolve diferentes agentes de socialização, incluindo a família, os pares, a comunidade e as instituições religiosas, ainda que com nuances entre os dois contextos estudados. Para sintetizar estas convergências e particularidades, a Tabela 9 apresenta uma comparação entre os grupos participantes do Jardim dos Madjermanes e do Mercado Estrela Vermelha.

Tabela 9: Comparação dos processos de construção e legitimação da masculinidade entre o Jardim dos Madjermanes e o Mercado Estrela Vermelha.

Dimensão	**Jardim dos Madjermanes (predominantemente ronga)**	**Mercado Estrela Vermelha (predominantemente macua)**
Agentes familiares	Socialização predominantemente através de figuras paternas e familiares masculinos (pai, tios, irmãos mais velhos), com ênfase na autoridade do homem na família	Influência combinada de figuras masculinas e femininas da família materna (mães, tias), participando na transmissão de responsabilidades familiares
Pares (amigos e colegas)	Reforço de ideias de resistência emocional, coragem e necessidade de não demonstrar fraqueza entre homens	Reforço de coragem, responsabilidade e capacidade de enfrentar dificuldades, associado ao reconhecimento social entre pares
Comunidade	Expectativa social de que o homem seja líder familiar, provedor e responsável pela proteção da família	Expectativa de que o homem seja provedor e responsável pela família, reconhecendo também a participação da mulher na organização familiar
Instituições religiosas	Ensinamentos religiosos reforçam a liderança masculina na família e a responsabilidade do homem como provedor	Ensinamentos religiosos reforçam a responsabilidade masculina na provisão familiar e o papel da mulher como apoio e cuidadora
Ideias/traços sociais de masculinidade legitimados	Liderança familiar, provisão económica, força física, resistência emocional e autoridade masculina	Provisão familiar, coragem, responsabilidade, respeito pelas mulheres da família e capacidade de ouvir e dialogar

Fonte: Matriz de analise de dados

9.1.5. Conhecimentos e atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata

Este tópico apresenta os resultados das entrevistas individuais conduzidas com homens, com o objectivo de explorar as suas atitudes em relação ao rastreio do cancro da próstata. A análise foi realizada com base em três categorias previamente definidas: 1) Conhecimento sobre o cancro da próstata; 2) Disposição para realizar o rastreio; 3) Normas sociais de masculinidade que influenciam o rastreio.

9.1.5.1. Conhecimento sobre o cancro da próstata

Durante as entrevistas, procurou-se avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre o cancro da próstata, seus factores de risco, sintomas e importância do diagnóstico precoce. De forma geral, constatou-se que a maioria dos homens (75%) já tinha ouvido falar sobre a doença, ainda que o conhecimento fosse superficial e limitado.

No que se refere ao entendimento geral, muitos associaram o cancro da próstata ao envelhecimento e à saúde masculina, sem apresentarem um domínio aprofundado dos factores de risco ou das medidas preventivas:

> *"Eu já ouvi falar dessa doença, mas não sei bem o que causa ou como se descobre" (Entrevista_01).*
>
> *"Dizem que é doença de velho, mas não sei se tem jeito de evitar" (Entrevista_04).*

Apesar das limitações, foi possível perceber que parte dos participantes já possui alguma noção sobre o rastreio da próstata, especialmente em relação ao exame de toque retal. Alguns demonstraram saber que o rastreio envolve a realização desse exame, ainda que tenham dúvidas sobre quando ou com que frequência ele deve ser feito:

> *"Eu sei que o médico pode fazer um toque para ver se está tudo bem, mas não sei com quantos anos começa." (Entrevista_06)*
>
> *"O exame é aquele que muitos homens têm medo, o tal do toque." (Entrevista_09)*

Esses relatos indicam que, embora o conhecimento não seja sistematizado, existe entre os

participantes uma percepção inicial sobre a existência do rastreio e a natureza do exame principal utilizado para o diagnóstico precoce. Contudo, faltam informações específicas sobre a importância de realizar o rastreio de forma regular e preventiva, antes do aparecimento de sintomas. Os dados são abaixo sistematizados na tabela 10.

Tabela 10: Nível de conhecimento sobre cancro da próstata

Subcategoria.	***Frequência (n)***	***Frequência (%)***
Conhecimento sobre a doença	12	75%
Conhecimento básico sobre o rastreio (toque retal)	10	62%
Conhecimento sobre periodicidade e prevenção	2	12,5%

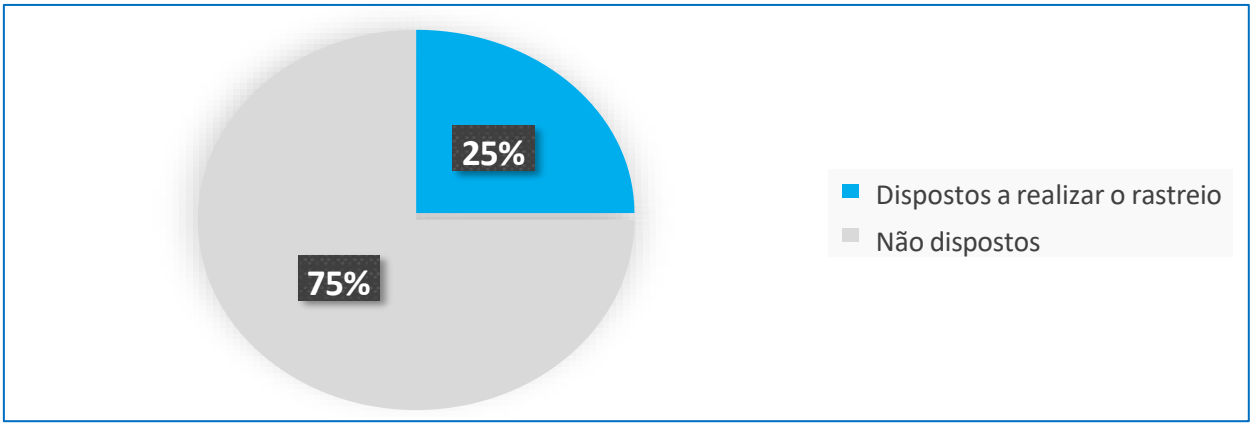
Fonte: Matriz de Conteúdo

9.1.5.2. Disposição para realizar o rastreio

Nesta etapa do estudo, procurou-se compreender a disposição dos participantes para realizar o rastreio do cancro da próstata, independentemente da presença de sintomas. Os entrevistados foram questionados directamente se estariam disponíveis para realizar o exame de rastreio preventivo.

Os resultados revelaram uma baixa disposição entre os participantes: dos 16 homens entrevistados, apenas 4 afirmaram estar disponíveis para realizar o rastreio do cancro da próstata, o que corresponde a 25% do total. A maioria (75%) demonstrou resistência em aderir às práticas preventivas.

Figura 6: Disposição para realizar o rastreio do cancro da próstata entre os homens



Fonte: Matriz de analise de conteúdo

9.1.5.3. Normas de masculinidade que influenciam o rastreio do cancro da próstata

Após verificarmos, na secção anterior, que muito poucos dos homens entrevistados demonstraram disposição para realizar o rastreio do cancro da próstata, procuramos aprofundar a análise para compreender os factores que contribuem para essa relutância. Nesta etapa, exploraram-se, especificamente, as normas sociais de masculinidade que influenciam negativamente a procura por serviços de saúde preventiva, como o rastreio do cancro da próstata.

As crenças e normas sociais de masculinidade foram identificadas como factores significativos que condicionam a atitude dos homens em relação ao rastreio. A análise revelou quatro subcategorias principais, hierarquizadas pela frequência de ocorrência nos discursos dos participantes.

A percepção do exame de toque retal como ameaça à dignidade masculina foi a subcategoria mais frequentemente mencionada. Muitos participantes relataram sentir vergonha ou humilhação associadas ao procedimento, interpretando-o como algo que compromete sua identidade masculina. Como afirmaram alguns entrevistados:

> *"Esse exame é uma humilhação para um homem. Eu prefiro nem saber se estou doente." (Entrevista_07)*
>
> *"Só de pensar no exame, já sinto vergonha. Isso não é coisa de homem." (Entrevista_12)"É difícil aceitar esse tipo de exame, parece que tira nossa masculinidade." (Entrevista_15)*

A resistência emocional, entendida como a valorização da capacidade de suportar a dor sem procurar ajuda médica, apareceu como a segunda subcategoria mais mencionada. Para muitos homens, admitir a necessidade de cuidados médicos é percebido como um sinal de fraqueza, contrário à expectativa comum de que o homem deve ser forte, autossuficiente e não mostrar vulnerabilidade:

> *"Homem de verdade aguenta a dor, não precisa de médico para dizer se está doente ou não." (Entrevista_03)*
>
> *"Um homem que se cuida demais é visto como fraco. O homem de verdade tem que ser forte e suportar tudo." (Entrevista_06)*
>
> *"Nós, homens, somos ensinados a não reclamar. Ir ao hospital é sinal de fraqueza." (Entrevista_10).*

A pressão social para manter a imagem de força também apareceu de forma significativa. Muitos homens disseram ter receio de serem julgados ou ridicularizados por outros membros da comunidade caso realizassem o exame:

> *"No nosso bairro, se souberem que você fez esse exame, começam logo a gozar." (Entrevista_05)*
>
> *"O pessoal fala que quem faz esse exame não é homem de verdade." (Entrevista_08)*

Finalmente, o medo da vulnerabilidade associada ao reconhecimento da doença também foi identificado. A admissão de que algo não vai bem no corpo é vista como ameaça a integridade

> *"Aqui, ser doente é ser fraco. Homem que reclama de dor é malvisto." (Entrevista_09)*
>
> *"Muitos só vão ao hospital quando já estão a cair de fraqueza." (Entrevista_11)*
>
> *"Se disser que está doente, dizem logo que está acabado, que já não serve para muita coisa." (Entrevista_13)*

Esses resultados evidenciam como os ideais tradicionais de masculinidade actuam como barreiras à prevenção em saúde entre os homens. A tabela 11 resume a seguir, as principais subcategorias identificadas:

Tabela 11: Normas de masculinidade que influenciam o rastreio do cancro da próstata

Subcategoria	**Frequência (n)**	**Frequência (%)**
Percepção do Exame como Ameaça à Dignidade	12	35%
Resistência Emocional	10	30%
Pressão para Manter Imagem de Força	8	23%
Medo da Vulnerabilidade/Doença	4	12%

Fonte: Matriz de analise de dados

9.1.5.4. Experiências dos homens que realizaram o rastreio (grupo controlo)

Entre os participantes entrevistados, um grupo específico foi constituído por homens que haviam realizado recentemente o rastreio do cancro da próstata no Centro de Saúde de Chamanculo. Este grupo foi incluído com o objetivo de compreender de que forma alguns homens conseguem superar as normas sociais de masculinidade que frequentemente desencorajam a procura por serviços de saúde preventiva.

A decisão de submeter-se ao rastreio foi complexa e mediada por diversos factores. A maioria dos participantes revelou receio intenso em relação ao exame de toque retal, que emergiu como a principal fonte de constrangimento e vergonha, corroborando os achados do grupo da comunidade, onde esse exame foi percebido como uma ameaça à dignidade masculina. Um dos participantes afirmou:

> *"Eu tinha muito medo do exame. Só de pensar no toque, já sentia vergonha e queria desistir." (Entrevista_14)"*

Além da vergonha, outros receios incluíam a possibilidade de receber um diagnóstico negativo, a exposição durante o exame e a percepção social de fraqueza. Muitos expressaram tensão entre a obrigação social de manter a imagem de força e a necessidade de cuidar da própria saúde:

> *"Sempre me ensinaram que homem não chora, não reclama. Pensar em fazer o exame me deixava ansioso, parecia que iria perder a minha força." (Entrevista_16)*

No entanto, a decisão de realizar o rastreio foi influenciada por estratégias de negociação interna e externa. Alguns homens racionalizaram o exame como um ato de responsabilidade para com a própria saúde e a família, reinterpretando a ação como expressão de masculinidade positiva:

> *"Decidi fazer porque quero estar saudável para cuidar dos meus filhos. Se eu não fizer, não posso ajudá-los quando precisarem." (Entrevista_17)*

A mediação de familiares, principalmente esposas ou filhos, foi outro fator decisivo. Estes forneceram apoio emocional e legitimação social, ajudando a reduzir a percepção de humilhação:

> *"Minha esposa me explicou que cuidar da saúde também é ser homem. Isso me deu coragem." (Entrevista_18)*

Profissionais de saúde desempenharam papel central ao explicar detalhadamente o procedimento, o que contribuiu para a redução da ansiedade e da vergonha. O esclarecimento sobre a natureza do exame e a normalização do procedimento entre todos os homens ajudou a ressignificar a experiência:

> *"Quando o médico disse que todos os homens passam por isso e explicou como seria, percebi que não havia motivo para vergonha." (Entrevista_20)*

Além disso, alguns participantes utilizaram estratégias de autoproteção simbólica, como manter a confidencialidade do exame ou empregar humor para lidar com o constrangimento:

> *"Falei com um amigo que ia fazer, mas ele não contou para ninguém. Isso ajudou a me sentir seguro." (Entrevista_19)*

> *"Brinquei com o enfermeiro dizendo que era só mais uma prova de força, e isso ajudou a encarar o exame sem medo." (Entrevista_21)*

A análise das entrevistas revelou que os homens enfrentaram diretamente normas tradicionais de masculinidade, como a expectativa de invulnerabilidade, resistência à dor, autocontrole emocional e responsabilidade inquestionável como provedor, mas conseguiram negociar estas normas por meio de racionalização pessoal, apoio social e estratégias de ressignificação do exame.

9.1.6. Barreiras impostas pelas normas sociais de masculinidade na busca pelo rastreio do cancro da próstata.

Com o objetivo de compreender de forma mais abrangente os factores que dificultam o acesso dos homens ao rastreio do cancro da próstata, foram analisados os relatos dos profissionais de saúde do Centro de Saúde de Chamanculo, envolvidos diretamente nas actividades de engajamento masculino e nos serviços de rastreio, bem como as experiências de homens que já realizaram o exame. A análise destas narrativas permitiu identificar um conjunto de barreiras que influenciam a decisão de procurar ou adiar o rastreio.

Os resultados evidenciam que essas barreiras se manifestam em duas dimensões principais: barreiras de natureza sociocultural, relacionadas às normas sociais de masculinidade e às percepções sobre o exame, e barreiras estruturais associadas à organização e disponibilidade dos serviços de saúde.

9.1.6.1. Barreiras sociais

Entre as barreiras de natureza sociocultural, destacou-se a vergonha associada ao exame de toque retal. Segundo os profissionais de saúde, a natureza do procedimento é frequentemente percebida como constrangedora, gerando desconforto e resistência entre os homens. Como referiram alguns entrevistados:

> *"Alguns homens dizem que o exame é vergonhoso e preferem não se expor a isso." (Entrevista_07)*

> *"Há muito constrangimento em torno do exame, o que dificulta a adesão." (Entrevista_12)*

Outro aspecto recorrente foi a percepção de invulnerabilidade masculina. Os profissionais relataram que muitos homens minimizam a necessidade de cuidados preventivos, associando a procura por serviços de saúde à demonstração de fraqueza:

> *"Alguns homens dizem que são fortes e que não precisam de médico, que só vão ao hospital se estiverem muito mal." (Entrevista_08)*

> *"Existe a crença de que o homem só adoece se for fraco, o que leva muitos a evitar o rastreio." (Entrevista_10)*

O medo de resultados negativos também emergiu como uma barreira significativa. De acordo com os relatos, muitos homens evitam realizar o exame por receio de receber um diagnóstico de doença grave:

> *"Há um medo grande de descobrir que algo está errado, por isso preferem nem saber." (Entrevista_11)*

> *"O receio de um diagnóstico positivo faz com que muitos homens adiem o rastreio ao máximo." (Entrevista_13)*

Alguns homens que já realizaram o rastreio também reconheceram que essas percepções são comuns entre os seus pares, especialmente no que diz respeito à vergonha e ao receio de serem julgados por outros homens. A Tabela 12, logo abaixo, sintetiza as principais barreiras sociais identificadas nos relatos dos participantes.

Tabela 12 : Barreiras Sociais associadas ao rastreio do cancro da próstata

Subcategoria	Frequência (n)	Frequência (%)	Tendência
Vergonha associada ao exame	12	35%	Alta Repetição
Percepção de vulnerabilidade	10	30%	Moderada
Medo de Resultados Negativos	8	23%	Moderada
Procura de cuidados e fraqueza	4	12%	Baixa Repetição

Fonte: Matriz de analise de conteúdo

9.1.6.2. Barreiras estruturais

Para além das barreiras socioculturais, os profissionais de saúde também destacaram diversos obstáculos estruturais relacionados à organização dos serviços de saúde. Entre os aspectos mencionados, sobressaiu a ausência de programas específicos voltados para a promoção do rastreio do cancro da próstata no contexto comunitário, o que limita as oportunidades de sensibilização dos homens para a importância do diagnóstico precoce.

> *"Não há programas próprios para falar de próstata como há para outras doenças, então os homens nem ficam sabendo direito." (Entrevista_02)*

Outro desafio apontado refere-se à disponibilidade irregular do serviço de rastreio nas unidades sanitárias. Segundo os profissionais, o exame é realizado apenas em determinados dias, o que dificulta o acesso para homens que trabalham ou que enfrentam limitações de tempo para deslocar-se à unidade de saúde.

> *"Só temos rastreio em dias específicos e não é toda semana. Isso afasta quem trabalha ou não pode esperar." (Entrevista_05)*

Além disso, alguns entrevistados mencionaram que nem todas as unidades sanitárias oferecem o serviço de rastreio de forma sistemática, o que pode limitar o acesso de homens que vivem em áreas onde o serviço não está disponível.

A Tabela 15 apresenta a síntese das principais barreiras estruturais relatadas pelos profissionais de saúde.

Tabela 13: Barreiras estruturais relacionadas ao acesso ao rastreio do cancro da próstata

Subcategoria	***f (n)***	***f (%)***	***Tendência***
Ausência de programas específicos de sensibilização sobre cancro da próstata	5	31%	Alta Repetição
Disponibilidade limitada do serviço de rastreio nas unidades sanitárias	4	25%	Moderada
Realização do rastreio apenas em dias específicos	4	25%	Moderada
Dificuldades de acesso relacionadas ao horário de funcionamento dos serviços	3	19%	Baixa Repetição

Fonte*: matriz de analise de conteúdo*

De forma geral, os resultados indicam que as barreiras ao rastreio do cancro da próstata resultam da combinação de factores socioculturais e estruturais. Enquanto normas sociais relacionadas à masculinidade influenciam percepções de vergonha, invulnerabilidade e medo do diagnóstico, os profissionais de saúde também apontam limitações na organização dos serviços que podem dificultar o acesso regular dos homens ao rastreio. A Tabela 14 apresenta a seguir, uma síntese dos principais resultados identificados ao longo desta secção.

Tabela 14: Resumo dos principais resultados

Objetivos	***Dimensões de Analise***	***Construtos***	***Categorias***	***Tendências***
Explorar as percepções e significados sobre masculinidade em homens e mulheres na Cidade de Maputo	Percepcões	1.1. Identidade Masculina	Liderança familiar	15 (34%)
			Independência econômica	12 (27%)
			Capacidade de proteger a família	9 (20%)
			Respeito e reconhecimento social	8 (18%)
		1.2. Traços Atribuído a Masculinidade	Resistência emocional	14 (31%)
			Coragem diante de desafios	12 (27%)
			Força física	10 (23%)
			Controle das emoções	7 (16%)
		1.3. papeis de Género	Homem como provedor principal	16 (36%)
			Homem responsável pela proteção	13 (30%)
			Mulheres como cuidadoras de saúde	11 (25%)
			Tarefa de prover e proteger	9 (20%)
Descrever as atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata	Atitudes	2.1. Disposição para realizar o rastreio	Não dispostos a realizar o Rastreio	12 (75%)
			Dispostos a realizar o Rastreio	4 (25%)
		2.2. Influência das Crenças de Masculinidade	Percepção do Exame como Ameaça à Dignidade	12 (35%)
			Resistência Emocional	10 (30%)
			Pressão para Manter Imagem de Força	8 (23%)
			Medo da Vulnerabilidade/Doença	4 (12%)
Identificar barreiras impostas pelas normas sociais de masculinidade na busca pelo rastreio do cancro da próstata.	Barreiras	3.1.Miitos e Estigma Social	Estigma e Vergonha Associados ao Exame	12 (35%)
			Percepção de Invulnerabilidade Masculina	10 (30%)
		3.2. Vulnerabilidade	Medo de Resultados Negativos	8 (23%)
			Falta de programas específicos e serviços regulares	4 (12%)

9.2. Discussão

A análise dos resultados deste estudo demonstra que as normas sociais de masculinidade exercem uma influência significativa nas atitudes e comportamentos dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata. Estes achados podem ser compreendidos à luz da teoria da masculinidade hegemónica de Connell (1995) e da teoria da construção social da realidade de Berger e Luckmann (1966). Enquanto Connell explica como determinados modelos de masculinidade se tornam dominantes e passam a orientar expectativas sociais sobre o comportamento masculino, Berger e Luckmann demonstram como esses padrões são socialmente produzidos, internalizados e legitimados através das interacções sociais e dos processos de socialização. Assim, as normas de masculinidade que moldam a relação dos homens com a saúde não constituem apenas escolhas individuais, mas refletem construções sociais partilhadas e continuamente reproduzidas no contexto cultural em que os indivíduos estão inseridos.

Os resultados deste estudo revelam que os participantes associam a masculinidade principalmente a responsabilidades sociais ligadas ao papel do homem no seio da família. Para muitos participantes, ser homem significa assumir a responsabilidade de sustentar, proteger e liderar o agregado familiar. Estas percepções refletem elementos centrais do modelo de masculinidade hegemónica descrito por Connell (1995), no qual o homem é socialmente reconhecido pela sua capacidade de exercer autoridade, garantir a provisão económica e demonstrar força emocional e física.

Importa destacar que essas percepções não foram expressas apenas pelos homens. As mulheres participantes também descreveram o homem ideal como aquele que assume o papel de provedor, protector e líder familiar. Esta convergência de percepções evidencia que as normas de masculinidade são socialmente partilhadas e reforçadas por diferentes membros da comunidade, contribuindo para a sua legitimação e reprodução ao longo do tempo.

Estudos recentes realizados em diferentes contextos corroboram esses resultados. Pesquisas indicam que a masculinidade continua frequentemente associada à autonomia, à resistência emocional e à capacidade de enfrentar adversidades sem demonstrar fragilidade, características que podem desencorajar a procura de cuidados de saúde preventiva (Griffith et al., 2021; Foster et al., 2023). Em contextos africanos, estudos de Sileo et al. (2019) e Colvin (2019) também

demonstram que muitos homens evitam procurar serviços de saúde por considerarem que admitir vulnerabilidade pode comprometer a imagem social de força e independência associada ao ideal de masculinidade dominante.

Além das responsabilidades sociais, os participantes associaram a masculinidade a determinados traços de personalidade, incluindo coragem, resistência e capacidade de suportar dificuldades sem procurar ajuda. Essa concepção de masculinidade reforça a ideia de que o homem deve demonstrar autocontrolo emocional e evitar demonstrar fraqueza. Como resultado, práticas de autocuidado e prevenção em saúde podem ser percebidas como sinais de vulnerabilidade, criando barreiras simbólicas à adesão ao rastreio do cancro da próstata.

9.2.1. Normas sociais, valores culturais e construção da masculinidade

Para além das percepções sobre o que significa ser homem, os resultados deste estudo também permitem compreender o processo através do qual essas normas são construídas e legitimadas socialmente. De acordo com Berger e Luckmann (1966), as normas sociais emergem das interacções quotidianas e tornam-se institucionalizadas quando passam a ser reconhecidas coletivamente como comportamentos socialmente esperados.

Os resultados indicam que as normas de masculinidade são transmitidas e reforçadas através de diversos agentes sociais, incluindo a família, os pares e instituições comunitárias. Muitos participantes referiram que, desde a infância, aprenderam que o homem deve ser forte, evitar demonstrar fraqueza e assumir a responsabilidade de sustentar a família. Este processo de socialização contribui para a internalização de expectativas que orientam posteriormente as atitudes e comportamentos dos homens em relação à saúde.

Outro elemento identificado no estudo refere-se ao papel dos valores culturais e religiosos na legitimação dessas normas. Os resultados sugerem que determinadas interpretações de ensinamentos religiosos reforçam a ideia do homem como líder da família e responsável pelo bem-estar do agregado familiar. Neste contexto, a religião não aparece como substituta da medicina, mas como um sistema de valores que, em alguns casos, reforça expectativas sociais já existentes sobre o papel do homem na sociedade.

Adicionalmente, os resultados evidenciam a influência de diferentes contextos culturais presentes

em Moçambique. Entre participantes provenientes de comunidades rongas do sul do país, caracterizadas por sistemas predominantemente patrilineares, observou-se uma forte associação entre masculinidade, autoridade familiar e responsabilidade económica. Por outro lado, entre participantes provenientes de contextos culturais matrilineares, como algumas comunidades macuas do norte do país, verificou-se uma organização social distinta, na qual a linhagem materna possui maior centralidade. Apesar dessas diferenças estruturais, os resultados indicam que ideais de masculinidade associados à força, responsabilidade e capacidade de provisão permanecem amplamente valorizados em ambos os contextos.

9.2.2. Atitude dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata

Por outro lado, a análise dos resultados relativos às atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata revelou que, embora a maioria dos participantes tenha algum nível de conhecimento sobre a doença, a disposição para realizar o rastreio ainda é extremamente baixa. Apenas 25% dos entrevistados afirmaram que estariam disponíveis para submeter-se ao exame, enquanto 75% demonstraram resistência ou relutância. Estes resultados indicam que o conhecimento sobre o cancro, por si só, não é suficiente para promover mudanças comportamentais efectivas, o que reforça a importância de considerar as normas sociais de masculinidade como um factor estrutural que molda as práticas de saúde dos homens.

Este padrão de comportamento é consistente com achados de estudos anteriores. De acordo com Yeboah-Asiamah *et al.* (2017) e Lohan *et al.* (2022), mesmo em contextos onde informações sobre rastreio estão disponíveis, a internalização de normas de masculinidade hegemônica, que valoriza a força, a autossuficiência e o autocontrolo emocional, tende a reduzir a disposição dos homens para buscar serviços de saúde preventiva. A resistência ao rastreio, portanto, não decorre apenas do desconhecimento, mas principalmente da percepção de que submeter-se a exames de saúde é incompatível com o ideal de masculinidade dominante.

Além disso, como evidenciado nos resultados deste estudo, muitos homens percebem o exame de rastreio, particularmente o toque retal, como uma ameaça à sua dignidade e imagem masculina. Esse constrangimento está profundamente ancorado em normas sociais que associam a masculinidade à invulnerabilidade física e emocional, como discutido por Kannan *et al.* (2019) e Griffith *et al.* (2021). Assim, mesmo reconhecendo a importância da saúde, os homens evitam o

rastreio para não transgredir essas expectativas sociais.

9.2.3. Barreiras sociais e estruturais ao rastreio

No que concerne às perceções dos profissionais de saúde sobre as barreiras ao rastreio do cancro da próstata, os resultados complementam e aprofundam a compreensão das dificuldades enfrentadas pelos homens. Esses profissionais, actuando directamente nos serviços de rastreio e engajamento masculino, destacaram tanto barreiras culturais como estruturais que limitam a adesão dos homens às práticas preventivas.

Entre as barreiras de natureza cultural, o estigma e a vergonha associados ao exame de toque retal emergiram como o principal obstáculo. De acordo com os profissionais, muitos homens veem o procedimento como uma afronta à sua dignidade masculina, o que desencadeia sentimentos de constrangimento e resistência. Esta perceção é consistente com os achados de Kannan *et al.* (2019), que indicam que a vergonha e o medo de serem julgados socialmente constituem impedimentos significativos à realização do rastreio.

A perceção de invulnerabilidade masculina foi outro ponto fortemente enfatizado. Conforme relataram os profissionais, muitos homens acreditam que procurar serviços de saúde é desnecessário enquanto não apresentarem sintomas graves, reforçando o ideal de força e resistência que caracteriza o modelo hegemônico de masculinidade (Connell, 1995; Addis & Mahalik, 2023). Esta atitude de minimização dos riscos e recusa ao autocuidado impede a realização de acções preventivas e agrava o diagnóstico tardio do cancro da próstata.

Além disso, o medo de resultados negativos foi apontado como uma barreira crítica. Segundo os profissionais, o receio de receber um diagnóstico de cancro da próstata gera ansiedade e negação, levando muitos homens a evitarem o rastreio. Esse medo, conforme evidenciado por Lohan *et al*. (2022), não está apenas relacionado à doença em si, mas também ao impacto simbólico que um diagnóstico pode ter sobre a autoimagem masculina de força e invulnerabilidade.

No âmbito das barreiras estruturais, os profissionais sublinharam a escassez de serviços regulares de rastreio como um obstáculo importante. Em muitas unidades sanitárias, o rastreio do cancro da próstata é realizado em dias específicos, dificultando o acesso dos homens que trabalham ou têm

agendas restritas. Além disso, a ausência de programas específicos de promoção da saúde masculina, voltados para sensibilizar e normalizar o rastreio como prática de autocuidado, contribui para a perpetuação da baixa procura por esses serviços.

Essas barreiras estruturais, já assinaladas na literatura por Dube *et al.* (2020) e Griffith *et al*. (2021), evidenciam que, além das transformações culturais necessárias, é urgente investir na reformulação dos serviços de saúde para torná-los mais inclusivos, acessíveis e adaptados às necessidades do público masculino.

9.2.4. Negociação e reinterpretação das normas de masculinidade

Apesar A análise dos resultados demonstra que, apesar das barreiras culturais e estruturais identificadas, existe um grupo específico de homens que optou por realizar o rastreio do cancro da próstata, evidenciando que as normas sociais de masculinidade não são totalmente rígidas e podem ser reinterpretadas. Esses participantes relataram enfrentar medos intensos, vergonha e constrangimento relacionados ao exame de toque retal, confirmando que aspectos simbólicos da masculinidade, como invulnerabilidade, autocontrolo emocional e papel de provedor, continuam a exercer forte influência sobre decisões de saúde.

No entanto, a decisão de se submeter ao rastreio foi mediada por processos de reestruturação cognitiva e social das normas de masculinidade. A racionalização pessoal emergiu como uma estratégia central: os homens passaram a perceber o autocuidado não como fraqueza, mas como uma forma de manter a capacidade de sustentar e proteger a família. Essa reinterpretação indica que a responsabilidade masculina pode ser expandida para incluir a saúde preventiva, sem comprometer a identidade socialmente valorizada de força e liderança familiar.

O apoio familiar, especialmente de esposas e filhos, também desempenhou um papel crucial na negociação das normas. Ao legitimar o cuidado com a saúde, familiares funcionaram como mediadores sociais, reduzindo a vergonha e reforçando que submeter-se ao rastreio é coerente com os valores de cuidado e proteção familiar. Este achado sugere que intervenções que envolvam membros da família podem ser eficazes na promoção de comportamentos preventivos.

Além disso, a interação com profissionais de saúde contribuiu para a normalização do exame, fornecendo informações detalhadas e estratégias de mitigação do constrangimento. Explicações

claras e encorajamento profissional permitiram que os homens reinterpretassem a experiência do rastreio, diminuindo o impacto negativo da percepção de vulnerabilidade.

Estratégias simbólicas individuais, como confidencialidade e uso de humor, evidenciam ainda a capacidade de os homens negociarem normas de masculinidade em contextos específicos, preservando sua identidade social enquanto aderem a práticas preventivas. Esse padrão sugere que o toque rectal, embora percebido como ameaçador, não é um impedimento absoluto, e que formas alternativas de rastreio, como análises de sangue, podem ser incorporadas como complementos menos constrangedores à prática de cuidado com a saúde.

Em síntese, estes resultados indicam que a masculinidade é um conceito negociável: mesmo sob forte pressão normativa, os homens podem reinterpretar valores tradicionais para incluir o cuidado com a própria saúde. Do ponto de vista de políticas de saúde pública, isso reforça a importância de estratégias que enquadrem o rastreio como um ato de responsabilidade familiar, utilizem apoio social e forneçam orientação profissional clara, possibilitando a superação das barreiras impostas por normas de masculinidade hegemónica.

9.2.5. Novos achados da pesquisa e aplicabilidade a outras áreas

Para além dos resultados que confirmam a literatura sobre as implicações das normas de masculinidade hegemónica na resistência dos homens ao rastreio do cancro da próstata, este estudo identificou achados adicionais que acrescentam novas dimensões à compreensão do problema.

O primeiro achado refere-se à negociação individual das normas de masculinidade. Alguns homens conseguiram reinterpretar o cuidado com a própria saúde como uma extensão de suas responsabilidades familiares, percebendo que realizar o rastreio não compromete a sua força ou liderança, mas, pelo contrário, garante que possam continuar a proteger e sustentar o agregado familiar. Este padrão evidencia que as normas de masculinidade não são rígidas e podem ser reconfiguradas através de processos cognitivos e sociais, incluindo racionalização pessoal, apoio familiar e orientação profissional.

O segundo achado destaca a perspectiva feminina sobre a masculinidade, frequentemente ausente em estudos similares. As mulheres entrevistadas construíram uma visão do “homem ideal” que combina força e sensibilidade, protegendo e cuidando simultaneamente de si próprio. Essa

percepção mais flexível representa uma oportunidade estratégica para a promoção do autocuidado como um valor legítimo da masculinidade, podendo ser utilizada em intervenções de engajamento masculino em saúde.

Além disso, os achados deste estudo têm implicações para outras áreas da saúde pública, como adesão a programas de prevenção e tratamento do HIV, rastreio de ITS e participação em planejamento familiar. Em todos estes contextos, a internalização de normas de invulnerabilidade e resistência continua a dificultar o engajamento dos homens, mesmo diante do conhecimento sobre os riscos.

Em síntese, estes novos achados reforçam a ideia de que a resistência ao rastreio do cancro da próstata resulta de uma complexa interação entre normas sociais de masculinidade, fatores culturais e limitações estruturais dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, mostram que é possível negociar e reinterpretar padrões tradicionais de masculinidade, abrindo caminho para estratégias de saúde pública que promovam o autocuidado como parte integrante do papel social do homem.

10. Conclusões e recomendações

10.1. Conclusões

Os resultados deste estudo permitiram compreender de forma aprofundada como as normas sociais de masculinidade influenciam o rastreio do cancro da próstata entre homens com idade igual ou superior a 50 anos em locais selecionados da cidade de Maputo. A investigação evidenciou que, embora haja algum conhecimento sobre o cancro da próstata e a importância do rastreio, as normas culturais associadas à masculinidade continuam a moldar significativamente a resistência dos homens em aderir a práticas preventivas.

Ao analisar as perceções de homens e mulheres sobre masculinidade, identificou-se que "ser homem" é amplamente associado à liderança familiar, independência económica, força física, coragem e resistência emocional. Essas características, alinhadas à masculinidade hegemónica de Connell, estabelecem expectativas sociais que desvalorizam comportamentos de autocuidado e interpretam a procura por serviços de saúde preventiva, como o rastreio do cancro da próstata, como sinal de vulnerabilidade ou fraqueza.

O estudo mostrou ainda que estas normas são construídas e legitimadas socialmente, por meio da família, pares, comunidade e instituições religiosas. No Jardim dos Madjermanes, a socialização masculina ocorre predominantemente através de figuras paternas e familiares masculinos; no Mercado Estrela Vermelha, há influência combinada de figuras masculinas e femininas da família materna. As instituições religiosas reforçam a expectativa de que o homem deve prover e liderar a família, enquanto a mulher apoia. Esse processo de construção e legitimação contribui para a internalização das normas de masculinidade, influenciando diretamente atitudes e comportamentos relacionados à saúde masculina.

Em termos de comportamento, a maioria dos homens demonstrou resistência ao exame de rastreio, motivada pelo constrangimento associado ao toque rectal, pressão social para manter a imagem de força, medo da vulnerabilidade e receio de resultados negativos. Barreiras estruturais, como ausência de programas específicos de sensibilização e disponibilidade limitada do serviço de rastreio, reforçam essas dificuldades, criando um cenário em que normas sociais e limitações institucionais se combinam para reduzir a procura por cuidados preventivos.

Dessa forma, conclui-se que as normas de masculinidade influenciam negativamente o

comportamento dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata, tanto em nível individual quanto social, por meio de processos de construção e legitimação. Intervenções futuras devem considerar não apenas a educação e sensibilização dos homens, mas também o envolvimento da família, comunidade e instituições religiosas, promovendo uma masculinidade positiva que concilie responsabilidade familiar com cuidado da saúde.

10.2. Recomendações

Com base nos resultados e conclusões deste estudo, recomenda-se a implementação de estratégias que promovam o rastreio do cancro da próstata entre homens, considerando as normas sociais de masculinidade como um factor determinante nas atitudes e comportamentos em relação à saúde. As recomendações são apresentadas em três níveis: comunitário, institucional e pesquisa e extensão.

a) A nível comunitário

- Promover espaços comunitários de diálogo entre homens, utilizando abordagens de educação entre pares, com o objectivo de discutir abertamente temas relacionados com saúde masculina, desconstruir percepções negativas sobre o rastreio do cancro da próstata e reduzir o estigma associado ao exame de toque rectal;

- Reforçar o envolvimento das mulheres nas campanhas de promoção da saúde masculina, reconhecendo o seu papel como agentes de influência nas decisões de saúde no seio familiar, particularmente na motivação dos homens para procurar serviços de prevenção; e

- Integrar líderes comunitários e religiosos nas actividades de sensibilização sobre saúde masculina, promovendo interpretações positivas dos valores culturais e religiosos que incentivem o cuidado com a saúde e o bem-estar familiar.

b) Nível institucional e dos serviços de saúde.

- Integrar formação sobre género e masculinidades nas capacitações dos profissionais de saúde, a fim de melhorar o acolhimento e a comunicação com os utentes do sexo masculino;

- Reforçar as estratégias de engajamento masculino nos serviços de cuidados primários, incluindo actividades de educação para a saúde dirigidas especificamente aos homens; e

- Expandir os serviços de rastreio do cancro da próstata na cidade de Maputo, assegurando a sua disponibilidade nos diferentes níveis de atenção à saúde, de modo a facilitar o acesso dos homens aos serviços e promover o diagnóstico precoce da doença.

c) A nível de políticas públicas

- Integrar de forma mais explícita a saúde masculina nos planos estratégicos nacionais de saúde, incluindo o rastreio do cancro da próstata como parte das prioridades de prevenção de doenças não transmissíveis; e
- Elaborar políticas integradas de promoção de saúde do homem, que articulem o rastreio de cancro da próstata com outras áreas negligenciadas de saúde masculina, como HIV, ITS e saúde mental.

d) Pesquisa e Extensão

- Promover estudos adicionais sobre masculinidade e saúde em diferentes contextos socioculturais de Moçambique, com o objectivo de compreender melhor as variações regionais e culturais nas percepções sobre saúde masculina.

11. Referências Bibliográficas

Akhter, S. *et al.* (2022) 'A Rapid Ethnographic Assessment of Cultural and Social Perceptions and Practices About COVID-19 in Bangladesh: What the Policy Makers and Program Planners Should Know', *Qualitative Health Research*, 32(7), pp. 1114–1125. Available at: https://doi.org/10.1177/10497323221091516.

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2023). 'Men, masculinity, and the contexts of help seeking'. *American Psychologist*, 78(2), 181–193. DOI: https://doi.org/10.1037/amp0000953

Amin, A. *et al.* (2018) ' Addressing Gender Socialization and Masculinity Norms Among Adolescent Boys: Policy and Programmatic Implications', *Journal of Adolescent Health*, 62(3), pp. S3–S5. Available at: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.022.

Ani, C. C. (2025). 'Masculinity norms and men's health-seeking behaviours in sub-Saharan Africa.' *African Journal of Health Sciences,* 38(1), 45–58.

Barker, G. *et al*. (2017) **'**Ser Homem em Maputo: Masculinidades, pobreza e violência em Moçambique — Resultados do Inquérito Internacional sobre Homens e Igualdade de Género (IMAGES)'. *Promundo /Universidade Eduardo Mondlane*.

Brown, C.H. (2020) Understanding prostate cancer', *Pharmacy Times*, 78(9). Available at: https://doi.org/10.12968/indn.2005.1.10.73853.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). 'The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge'. *New York: Anchor Books.*

Bradshaw, S., Chant, S., & Linneker, B. (2017). 'Gender and poverty: What we know, don't know, and need to know for Agenda 2030'. *Gender, Place & Culture*, 24(12), 1667–1688. https://doi.org/10.1080/0966369X.2017.1395821

Campos, L. A. (2025). 'Masculinidades contemporâneas e saúde pública'. São Paulo: *Editora Fiocruz.*

Connell, R.W. (2005) 'Masculinidade hegemónica: repensando o conceito', *Gender & Society*, 21(1), pp. 829–859.

Chidassicua, J. B. (2011). 'Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique*)'. Universidade de São Paulo*. https://doi.org/10.11606/D.6.2011.tde-15062011-114237

Carrilho, J. *et al* (2019). 'Masculinidades, saúde e participação masculina em Moçambique.' Maputo: *Universidade Eduardo Mondlane.*

Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). 'Qualitative descriptive methods in health science research.' *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16–25. https://doi.org/10.1177/1937586715614171

Colvin, C. J. (2019). 'Engaging men and boys in HIV prevention and care in sub-Saharan Africa'. *The Lancet HIV,* 6(10), e656–e657. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30228-0

Connell, R. W. (1995). 'Masculinities.' Berkeley: *University of California Press*. https://doi.org/10.1525/9780520954793

Ferlay, J. *et al.* (2023) 'Global Cancer Observatory: Cancer Today 2022: An overview', *International Journal of Cancer*, 149(4), pp. 778–789. Available at: https://doi.org/10.1002/ijc.33588.

Foster, S. *et al.* (2023) 'Damaged Masculinity: How Honor Endorsement Can Influence Prostate Cancer Screening Decision-Making and Prostate Cancer Mortality Rates', *Personality and Social Psychology Bulletin*, 49(2), pp. 296–308. Available at: https://doi.org/10.1177/01461672211065293.

Fonseca, A., Oliveira, P., & Santos, M. (2023). 'Men's health-seeking behaviour and masculinity norms.' *Global Public Health,* 18(3), 456–470. https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2134567

Griffith, D. *et al.* (2021). 'Men, masculinity, and health disparities.' *Annual Review of Public Health,* 42, 165–185. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102635

Gandra Pereira, K. *et al.* (2021) 'Fatores associados a masculinidade no diagnóstico precoce do câncer de próstata: revisão narrativa', *Nursing (São Paulo)*, 24(277), pp. 5803–5818. Available at: https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i277p5803-5818.

Guttmacher Institute. (2024). 'Guttmacher 2024 impact report.' *New York: Guttmacher Institute.*

Harianti, S. (2023). 'Masculinity norms and health-seeking behaviour among men'. *Journal of Men's Health Studies*, 19(2), 45–59.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: Resultados definitivos*. Maputo: INE.

James, L.J. *et al.* (2017) 'Men's perspectives of prostate cancer screening: A systematic review of qualitative studies', *PLoS ONE*, 12(11), pp. 1–23. Available at: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188258.

Kannan, A. *et al.* (2019) 'Prostate care and prostate cancer from the perspectives of undiagnosed men: A systematic review of qualitative research', *BMJ Open*, 9(1), pp. 1–9. Available at: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022842.

Kashihakumwa *et al.* (2023). 'The knowledge, attitudes and practices towards prostate cancer

screening amongst men aged 18 and above in Zambezi Region, Namibia.' *Journal of Public Health in Africa*, 14(1), 652. https://doi.org/10.4081/jphia.2023.652.

Kimmel, M. S. (1997). 'Manhood in America: A cultural history'. New York: *Free Press.*

Loforte, A. (2007). 'Género e relações de poder em Moçambique.' Maputo: *WLSA Moçambique*

Lohan, M., Aventin, Á., Clarke, M., et al. (2022). 'Masculinities and men's health behaviours: A systematic review.' *Health Sociology Review*, 31(2), 151–166. DOI: 10.1080/14461242.2021.2018707

M., D., Knowlton, A.L. and Johnson, B.L. (2019) 'Men's health-risk and protective behaviors: The effects of masculinity and masculine norms', *Psychology of Men and Masculinity*, 20(2), pp.266–275. Available at: https://doi.org/10.1037/men0000211.

Maputo Municipality. (2021). 'Plano estratégico de desenvolvimento municipal de Maputo 2021–2030.' Maputo: *Conselho Municipal de Maputo*.

Makau-Barasa, L.K. *et al.* (2022) 'Prostate Cancer Screening, Diagnostic, Treatment Procedures and Costs in Sub-Saharan Africa: A Situational Analysis', *Cancer Control*, 29, pp. 1–15. Available at: https://doi.org/10.1177/10732748221084932.

Malika, N. *et al.* (2020) 'African Immigrant Health: Prostate Cancer Attitudes, Perceptions, and Barriers', *American Journal of Men's Health*, 14(4). Available at: https://doi.org/10.1177/1557988320945465.

Mukhti, M., & Ibrahim, F. (2025). 'Masculinity norms and men's preventive health behaviour in developing contexts.' *Global Public Health*.

McGraw, J., White, K.M. and Russell-Bennett, R. (2021) 'Masculinity and men's health service use across four social generations: Findings from Australia's Ten to Men study', *SSM - Population Health*, 15(April), p. 100838. Available at: https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100838.

Mugisha *et al.* (2022). 'Experiences of prostate cancer patients in Uganda: a qualitative study.' *BMC Urology*, 22(1), 123. https://doi.org/10.1186/s12894-022-01082-5

Ministério da Saúde de Moçambique (2018). 'Diretrizes para Engajamento do Homem nos Cuidados de Saúde.' *Maputo: Ministério da Saúde.*

Ministério da Saúde (MISAU). (2019). 'Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Cancro 2019–2029'. *Maputo: Ministério da Saúde.*

Nordin, T. *et al*. (2024). 'A scoping review of masculinity norms and their interplay with loneliness and social connectedness among men in Western societies.' *American Journal of Men's Health, 18*(6), Article 15579883241304585. https://doi.org/10.1177/15579883241304585

Oliffe, J.L. (2023) 'Connecting Masculinities to Men's Illness Vulnerabilities and Resilience',

Qualitative Health Research, 33(14), pp. 1322–1332. Available at: https://doi.org/10.1177/10497323231198967.

Ofori *et al*. (2025). 'The intersection of culture and prostate cancer care in Sub-Saharan Africa: a systematic review.' *African Journal of Urology*, 31(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12301-025-00512-y

Passador, L. H. (2013) **'**Masculinidades e construção social da violência em Moçambique'. *Outras Vozes*, *Nº 43–44, WLSA Moçambique.*

Pereira, K.G. *et al.* (2021) 'Factors associated with masculinity in the early diagnosis of prostate cancer: a narrative review', *A amamentação em …*, 24(277), pp. 5811–5818. Available at: https://fametro.edu.br/storage/2021/11/revista-nursing-ano-24-n.277-jun-2021-2.pdf#page=59.

Salgado, D.M. *et al*. (2019) 'Men's health-risk and protective behaviors: The effects of masculinity and masculine norms', *Psychology of Men and Masculinity*, 20(2), pp. 266–275. Available at: https://doi.org/10.1037/men0000211.

Salifu, Y. *et al*. (2023) '"Out of the frying pan into the fire": a qualitative study of the impact on masculinity for men living with advanced prostate cancer', *Palliative Care and Social Practice*, 17, pp. 1–14. Available at: https://doi.org/10.1177/26323524231176829.

Springer, K.W. and Mouzon, D.M. (2020) 'Macho men and preventive health care: Implications for older men in different social classes', *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), pp. 212–227. Available at: https://doi.org/10.1177/0022146510393972.

Sileo, K. M. *et al.* (2019). Masculinity norms and men's health behaviours in sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, 222, 106–113. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.12.042

Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77–84.

Tulsidás, S. *et al.* (2023). 'Oncology in Mozambique: Overview of the diagnostic, treatment, and research capacity'. *Cancers*, 15(4), 1163. https://doi.org/10.3390/cancers15041163

UN-Habitat. (2019). 'The state of African cities 2019: The geography of African investment.' Nairobi*: United Nations Human Settlements Programme.*

World Bank. (2020). 'World development indicators 2020.' Washington, DC: *World Bank.*

Yeboah-Asiamah, B. *et al.* (2017) 'Perceptions and knowledge about prostate cancer and attitudes towards prostate cancer screening among male teachers in the Sunyani Municipality, Ghana', *African Journal of Urology*, 23(3), pp. 184–191. Available at: https://doi.org/10.1016/j.afju.2016.12.003

Anexos

Apêndice I: Consentimento Informado

Estudo: "Influencia das Normas sociais de Masculinidade no Rastreio de Cancro da Próstata em Homens com Idade Superior ou Igual a 50 Anos na Cidade de Maputo"

Investigador Principal: Arlindo Amosse Covane (Estudante)

Consentimento Informado para os Participante do Estudo

A. Folha de Informação para o Participante Caro participante.

Espero que esteja bem. Sou Arlindo Amosse Covane, estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública na Universidade Eduardo Mondlane. Estou a preparar a minha dissertação de mestrado sobre o tema: " Influencia das Normas sociais de Masculinidade no Rastreio de Cancro da Próstata em Homens com Idade Superior ou Igual a 50 Anos na Cidade de Maputo ". Gostaria de contar com a sua participação nesta pesquisa. Este estudo visa analisar como as normas de masculinidade influenciam o rastreio de cancro da próstata entre homens com idade superior ou igual a 50 anos na Cidade de Maputo. A sua participação é fundamental, pois os resultados ajudarão a elaborar recomendações adequadas à realidade local, com o objetivo de melhorar a saúde pública e a saúde masculina em particular.

Durante a pesquisa, será convidado a responder a algumas perguntas ou a dar a sua opinião sobre o tema. Igualmente, é importante destacar que não receberá nenhuma recompensa material ou monetária por participar do estudo, sendo a sua participação completamente voluntária. O seu nome e qualquer informação pessoal não serão mencionados em nenhum relatório ou publicação resultante desta pesquisa. Todas as suas respostas serão mantidas em caráter confidencial e apenas o investigador terá acesso às suas respostas.

A sua participação é voluntária, e pode recusar-se a responder a qualquer pergunta que o deixe desconfortável, podendo interromper ou terminar a entrevista a qualquer momento, sem qualquer consequência. Não há riscos físicos envolvidos, embora algumas perguntas possam ser sensíveis. No entanto, a sua contribuição ajudará a melhorar as estratégias de saúde pública para a promoção da saúde masculina, beneficiando a comunidade como um todo.

Se tiver dúvidas ou precisar de mais informações, estou à disposição para esclarecimentos. Através dos seguintes contactos: 870790843/840790843. Em caso de mau procedimento da minha parte, poderá contactar ao comité institucional de Bioética da Faculdade de Medicina, através do email: ccfaculdademedicina@gmail.com

B. Declaração do Consentimento Informado

Nome do Participante

_____

Tendo eu sido convidado a participar na pesquisa, sobre " Influencia das Normas sociais de Masculinidade no Rastreio de Cancro da Próstata em Homens com Idade Superior ou Igual a 50 Anos na Cidade de Maputo", pelo Sr. Arlindo Amosse Covane estudante e pesquisador, como parte do programa de formação para o nível de Mestrado em Saúde Pública, na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina, Eu_____

declaro que:

1. Fui informado de forma satisfatória do objectivo do estudo, compreendi que os resultados desta pesquisa serão uteis para elaborar recomendações a instituições interessadas;
2. Compreendi que eu não receberei nenhuma recompensa material nem monetária por participar do estudo, a minha participação é completamente voluntaria;
3. Fui devidamente esclarecido do direito que tenho em me retirar do estudo a qualquer momento sem prejuízo;
4. Não sou obrigado (a) a responder nenhuma das perguntas se não me sentir confortável com ela e, posso interromper ou terminar a entrevista quando quiser;
5. Compreendi que a informação relativa à minha participação será de caracter confidencial, ninguém para além do investigador saberá o que vou dizer; e
6. O meu nome nunca será mencionado em nenhum relatório ou publicação resultante desta pesquisa, quer dizer, nada do que for dito será usado em prejuízo da minha integridade.

Assinatura do Participante:

_____

Data____/_____/_____ Hora____:____

Assinatura do Investigador Principal:

_____

Data____/_____/_____ Hora____:____

A ser assinado por uma testemunha imparcial (se o participante não souber assinar):

_____

Data____/_____/_____ Hora____:____

Apêndice II: Instrumentos de recolha de dados

I. GUIÃO OU ROTEIRO PARA GDF (HOMENS E MULHERES) – PERCEPÇÃO SOBRE MASCULINIDADE E NORMAS DE MASCULINIDADE

Saudações a todos! Meu nome é Arlindo Covane, sou estudante de Mestrado em Saúde Pública na UEM e estou a realizar meu trabalho de fim de curso sobre as ***Influencia das Normas sociais de Masculinidade no Rastreio de Cancro da Próstata em Homens com Idade Superior ou Igual a 50 Anos na Cidade de Maputo*** Gostaria de ouvir vossas percepções e opiniões sobre este tema. A conversa será confidencial e usada apenas para fins de pesquisa, sem respostas certas ou erradas – todas as opiniões são importantes. A duração será de aproximadamente 60 minutos, e vocês podem interromper ou não responder a qualquer questão se não se sentirem confortáveis. Agradeço a disponibilidade e colaboração de todos.

Breve Apresentação dos participantes

Vamos começar com uma breve introdução de cada participante: nome (opcional), idade, ocupação e estado civil.

SESSÃO I: PERCEPÇÕES SOBRE MASCULINIDADE

1.1. O que significa ser "Homem" para vocês?

1.2. Quais características e comportamentos estão associados ao Homem na vossa opinião?

1.3. Como vocês acham que essas características afetam o comportamento e as decisões dos homens no dia a dia?

SESSÃO II: EXERCÍCIOS DE CLASSIFICAÇÃO SOBRE NORMAS DE MASCULINIDADE

2.1. Atividade de Brainstorming:

2.1.1. Peço a todos que compartilhem as características que associam à masculinidade.

2.1.2. De seguida anotem todas as respostas em cartolina e colem no quadro.

2.2. Classificação Participativa

2.2.1. Dividam as características anotadas em categorias como: virilidade, independência, força física, controle emocional, coragem.

2.2.2. Discutam em grupo de dois, se estas características são positivas ou negativas e porquê.

2.3. Discussão em Grupo

2.3.1. Como essas características de masculinidade influenciam as atitudes dos homens em relação à saúde e ao rastreio do cancro da próstata?

2.3.2. Quais destas características vocês acham que mais dificultam ou incentivam os homens a procurar cuidados médicos e porquê?

3.1. Discutam como podemos mudar essas percepções e normas para melhorar a saúde dos homens em nossa comunidade.

3.2. O que poderia ser feito para que os homens se sintam mais confortáveis em buscar o rastreio do cancro da próstata?

3.3. Como as mulheres podem apoiar os homens em sua vida a buscar cuidados preventivos como o rastreio do câncer de próstata?

II. GUIÃO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM HOMENS

Olá, meu nome é Arlindo Covane, sou estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública na UEM. Agradeço muito por aceitar participar desta entrevista. O objectivo desta conversa é entender melhor as percepções e atitudes dos homens em relação ao rastreio do cancro da próstata, bem como identificar possíveis barreiras que possam existir. Gostaria de garantir que todas as informações que compartilhar serão mantidas confidenciais e anônimas. A sua participação é voluntária e você pode interromper ou se recusar a responder a qualquer pergunta a qualquer momento. Podemos começar?

Sessão I: Dados Demográficos

Identificação da área de pesquisa e Local_____
Entrevistado : Sexo_____, Idade_____morada_____número de filhos__Estado Civil_____, Profissão _____
Data:_____/_____/_____

Sessão II: Atitude dos Homens em Relação ao Rastreio do Cancro da Próstata

1. Você já ouviu falar sobre o cancro da próstata? O que você sabe sobre ele?
2. Você conhece alguém que foi diagnosticado com cancro da próstata? Se sim, como foi a experiência dessa pessoa?
3. O rastreio do cancro da próstata pode trazer diferentes sentimentos para diferentes pessoas. Como você se sente sobre a ideia de fazer esse exame?
4. Alguns homens já fizeram o rastreio, enquanto outros ainda estão considerando. Poderia compartilhar suas reflexões sobre isso?
5. Muitas vezes, existem preocupações que nos fazem hesitar. Quais são as suas preocupações quando pensa no rastreio do cancro da próstata?
6. Às vezes, a opinião dos amigos ou da sociedade pode influenciar nossas decisões. Você já sentiu que há uma pressão para evitar o rastreio? Pode me contar mais sobre isso?
7. Falar sobre saúde pode ser difícil para alguns homens. Já se sentiu desconfortável ou estigmatizado ao falar sobre o rastreio do cancro da próstata?
8. Como você acha que os serviços de saúde podem ser mais acolhedores para os homens que precisam fazer o rastreio do cancro da próstata?

III. GUIÃO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Agradeço a sua participação nesta entrevista. Um dos objetivos desta pesquisa é entender as barreiras relacionadas às normas de masculinidade que os homens enfrentam ao buscar o rastreio do cancro da próstata. Todas as informações compartilhadas serão mantidas confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Sua participação é voluntária e você pode optar por não responder a qualquer pergunta ou interromper a entrevista a qualquer momento. Desde já, agradeço pela sua colaboração

Sessão I: Dados Demográficos

Identificação da área de pesquisa e Local_____
Entrevistado : Sexo_____, Idade_____morada_____número de filhos__Estado Civil_____, Profissão _____
Data:_____/_____/_____

a. Quais são as principais barreiras que você observa que os homens enfrentam ao buscar o rastreio do cancro da próstata?
b. Na sua opinião, como as normas de masculinidade afetam a decisão dos homens de realizar o rastreio?
c. Quais são os obstáculos estruturais que dificultam o acesso dos homens aos serviços de rastreio de cancro da próstata?
d. Como você avalia a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde específicos para homens em sua unidade Sanitária?
e. Quais estratégias ou mudanças você acredita que poderiam ser implementadas para tornar os serviços de rastreio mais acolhedores e acessíveis para os homens?
f. Você já observou alguma diferença no comportamento dos homens em relação ao rastreio quando comparados a outras questões de saúde? Pode descrever?

Anexo I: Aprovação ética

Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo

(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga. Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):
Nome (s): ***Arlindo Amosse Covane***
Protocolo de investigação: ***Versão 2,*** **de Outubro de 2024**
Cosentimentos informados: ***Sem versão , sem data***
Guião de entrevista: ***Sem versão, sem data***

Do estudo:
TÍTULO; "Implicações Socias das Normas de Masculinidade no Rastrelo de Cancro da Próstata em Homens com Idade Superior ou Igual a 50 Anos na Cidade de Maputo"

E faz constar que:
1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 05 de Outubro de 2024 e que será incluída na acta ***22/2024,*** *o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.*
2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.
3º Que o protocolo está registado com o número ***CIBS FM&HCM/92/2024.***
4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.
5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.
6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.
7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 09 de Outubro de 2025. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.
8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.
9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos
E emite

RESULTADO: ***APROVADO***

CIBS FM & HCM

Assinado em Maputo aos 07 de Outubro de 2024

Anexo II: Autorização administrativa

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro

Exmo. Senhor
Dr. Arlindo Amosse Covane
Investigador
Maputo

Nota n.º1134/GMS/290/2024

Assunto: Pedido de autorização de realização do estudo.

Exmo. Senhor

Incumbe-me Sua Excelência Vice - Ministro da Saúde **Dr. Ilesh Janí** de acusar e agradecer a recepção da nota datada a 17 de Outubro do ano corrente, na qual solicita a autorização de aprovação administrativa do protocolo intitulado **"Implicações Sociais das Normas de Masculinidade no Rastreio do Cancro da Próstata em Homens com Idade Superior ou Igual a 50 Anos na Cidade de Maputo".**

Neste âmbito, vimos por meio desta informar o despacho de Sua Excelência Vice- Ministro da Saúde cujo o teor é seguinte.

"Autorizo "
Assinado: Ilesh Janí
18/10/2024

Aproveitamos a ocasião para endereçar as nossas cordiais saudações.

Maputo, aos 22 de Outubro de 2024

A chefe do Gabinete

Fátima Souto

Ministério da Saúde
Maputo - Moçambique

Av.Eduardo Mondlane/Salvador Allende 1008

Anexo III: **Carta de cobertura do local do estudo**

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
CONSELHO DOS SERVIÇOS DE REPRESENTAÇÃO DO ESTADO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

A
Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Medicina

MAPUTO

Nota nº 3050/050.1/DEPC /SSCM Data: 15/07/2024

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para desencadear o estudo "Implicações sociais das normas de masculinidade no ratreio de cancro da prostata em homens com idade superior ou igual a 50 anos na cidade de Maputo ".

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido do Sr. Arlindo Amosse Covane, estudante de Mestrado em Saúde Publica na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, na qual solicita autorização para realizar estudo com o teor retro mencionado,

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo autoriza a realização da actividade, devendo apresentar os resultados no SSCM.

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas cordiais saudações.

A Directora

Dra. Sheila Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral Principal)

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE SERVIÇOS DA CIDADE DE MAPUTO SECRETARIADO SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

Av. de Maguiguana
Caixa Postal nº2217
Maputo-Moçambique

Telef: +258 21 360276/7
Fax: +25821430212
SSCM