

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Enfermagem**

**Marcelo Augusto de Castro**

**AINDA SOMOS OS MESMOS?: masculinidades e produção de  
cuidados entre duas gerações de homens**

**Belo Horizonte**  
**2015**

**Marcelo Augusto de Castro**

**AINDA SOMOS OS MESMOS?: masculinidades e produção de cuidados entre duas gerações de homens**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Marques.

**Belo Horizonte**  
**Escola de Enfermagem – UFMG**  
**2015**

Castro, Marcelo Augusto de.  
C355a Ainda somos os mesmos? [manuscrito]: masculinidades e produção de cuidados entre duas gerações de homens. / Marcelo Augusto de Castro. - - Belo Horizonte: 2015.

112f.

Orientador: Rita de Cássia Marques.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde do Homem. 2. Assistência à Saúde. 3. Intervalo entre Gerações. 4. Masculinidade. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Marques, Rita de Cássia. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300

**ATA DE NÚMERO 472 (QUATROCENTOS E SETENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO MARCELO AUGUSTO DE CASTRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.**

Aos 30 (trinta) dias do mês de junho de dois mil e quinze, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "AINDA SOMOS OS MESMOS?: MASCULINIDADES E PRODUÇÃO DE CUIDADOS ENTRE DUAS GERAÇÕES DE HOMENS.", do aluno *Marcelo Augusto de Castro*, candidato ao título de "Mestre em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Rita de Cássia Marques (orientadora), Adriano Roberto Afonso do Nascimento e Kênia Lara Silva, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;  
( ) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;  
( ) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 30 de junho de 2015.

Prof.ª Dr.ª Rita de Cássia Marques  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



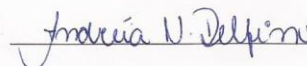
Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento  
(FAFICH/UFMG)



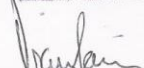
Prof.ª Dr.ª Kênia Lara Silva  
(Esc.Enf/UFMG)



Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 06 / 07 / 2015

  
Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação  
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, minha fonte de segurança, paz e amor, por me ajudar na conquista deste sonho e me fortalecer durante esse caminho durante as tempestades e calmaria. “Tua presença faz toda a diferença”.

À **Ritinha**, por me ensinar de maneira prática a ser um bom educador, capaz de construir junto com o educando o conhecimento. Obrigado por todo comprometimento e empenho no meu processo de aprendizagem, o qual foi marcado pela sua leveza e alegria.

Aos Professores **Kênia Lara, Claudia Penna, Flávia Gazzinelli e Chico Lana**, por todo o aprendizado e conhecimentos socializados durante essa formação.

À minha amada esposa, **Talita**, por acreditar e caminhar junto comigo, sempre me encorajando, levantando-me e oferecendo-me abraços, beijos e o coração. Obrigado por entender minhas constantes ausências e viabilizar a concretização deste sonho como se fosse seu.

Ao **meu amado pai**, meu primeiro mestre e incentivador desta conquista. Obrigado por me ensinar a valorizar o conhecimento como um tesouro precioso. Sua ausência tem feito silêncio em todo lugar, mas seus ensinamentos continuam a ecoar na minha vida.

A **minha amada família**, por todo o apoio e por acreditar sempre em mim, em especial a minha mãe, pelo apoio e encorajamento fundamentais. Minha irmã pelos constantes incentivos e por todo apoio em cada fase desse estudo.

Aos **amigos** que a vida me deu em tantos lugares, agradeço pela escuta e encorajamento em cada conversa, encontro e desabafo; o apoio e torcida de vocês foi certamente muito importante.

Aos colegas de mestrado **Roberta, Danilo, Hercília e Juliana**, por se tornarem bons amigos e confidentes.

Aos **sujeitos** desta pesquisa, por disponibilizarem um pouco do tempo para falarem de si e de suas vidas. Sem vocês não seria possível a construção do conhecimento.

*“Se o mar não me fascina, se ele me dá medo, por que razão haveria de querer aprender a arte de construir barcos e de navegar? O conhecimento surge sempre do desafio, do desconhecido”.*

Rubem Alves.

## RESUMO

Nas últimas décadas, os homens têm sido alvo de estudos nas mais diferentes áreas do conhecimento, em virtude do aumento da morbimortalidade e da aparente relutância com o cuidado de si e da preocupação incipiente com a saúde. Nessa perspectiva, o presente estudo objetiva analisar como dois grupos geracionais distintos de homens (20 a 30 anos e 50 a 60 anos) cuidam de sua saúde, a partir do conhecimento dos saberes e práticas de cuidados desenvolvidos no seu dia a dia. Esta proposta se justifica por perceber, no cotidiano da assistência e do ensino-aprendizagem, a pouca ênfase das ações em saúde nas necessidades dos homens e estes sendo considerados como sujeitos não capazes de cuidar de si. Portanto, para alcançar o objetivo proposto, realizou-se pesquisa qualitativa exploratória descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista narrativa. Foram participantes deste estudo oito homens entre 50 e 60 anos de idade e 13 homens entre 20 e 30 anos, residentes em Belo Horizonte. O local da coleta dos dados, por solicitação dos sujeitos, deu-se basicamente no domicílio ou local de trabalho. Buscando atingir os significados manifestos e latentes dos dados, seguiu-se a análise de narrativas, proposta por Gomes e Mendonça (2002). Os resultados deste estudo demonstraram permanências e rupturas na maneira como os homens das duas gerações avaliadas cuidam de si e compreendem o cuidado em saúde. As práticas de cuidado estiveram mais relacionadas a cuidados com a dimensão física da saúde e atreladas a um entendimento da saúde como ausência de doenças. Para os mais velhos, tais ações são compreendidas como prescrições a serem seguidas para evitar as doenças e promover envelhecimento mais saudável. Já para os jovens as ações de cuidado com o corpo são importantes para se adequar aos padrões estéticos e imersas na cultura do *fitness*. Ainda entre jovens foi possível identificar outras práticas de cuidado que se relacionam a outras dimensões da saúde, revelando como a evolução do conceito de saúde contribui para a ampliação do entendimento acerca das ações de cuidado em saúde. Observou-se que o imaginário social de ser homem, como ser forte, viril e invulnerável, pouco mudou entre as duas gerações e contribui na maneira de os homens relacionarem-se com as ações de cuidado e principalmente com os serviços de saúde. Acredita-se que esta pesquisa tem grande relevância não só para as ciências sociais e da saúde, mas para a sociedade como um todo, uma vez que dá visibilidade a esses sujeitos que, cultural e socialmente, até então, não são concebidos como alvo dos programas de saúde ou usuários dos serviços de saúde. Escutar os homens acerca de seus entendimentos sobre a saúde pode ser um caminho exitoso para se repensar as ações em saúde voltadas para o público masculino.

Palavras-chave: Saúde do homem. Cuidado. Intervalo entre gerações. Masculinidade.

## ABSTRACT

In recent decades, men have been the target of studies in different areas of knowledge, as a result of increased morbidity and mortality and the apparent reluctance with the care of the self and the incipient concern with health. In this perspective, the present study aims to analyzing how two generational groups distinct from men (20 to 30 years old and 50 to 60) take care of their health, from the knowledge of skills and care practices developed in their day to day. That proposal was justified by realizing, in the daily life of assistance and of teaching-learning, the little emphasis in health actions on the needs of the men and those being considered as subjects who cannot care for themselves. Therefore, to achieve the proposed objective, a descriptive exploratory qualitative research was performed. The data were collected through narrative interview. Research participants were eight men between 50 and 60 years of age and thirteen men between 20 and 30, residents in Belo Horizonte. The place of data collection, by request of the subject, was basically at home or workplace. Seeking to achieve the meanings manifested and latent of the data, there was followed by the analysis of narratives, proposed by Gomes and Mendonça (2002). The results of this study demonstrate permanence and ruptures in the way that the men of the two generations studied care for themselves and understand health care. Care practices were more related to caring for the physical dimension of health and linked to an understanding of health as absence of disease, to the older such actions are understood as prescriptions to be followed in order to prevent diseases and promote a healthier aging, to young people care actions with the body are important to fit aesthetic standards and immersed in the culture of fitness. Even among young people it was possible identifying other care practices that relate to other dimensions of health, revealing how the evolution of the concept of health contributes to broadening the understanding about the actions of health care. It was observed that the social imaginary of being a man, how to be strong, virile and invulnerable, little has changed between the two generations and that this contributes in the manner of men interacting with the actions of care and especially the relationship with health services. It is believed that this research has great importance not only for the social sciences and of health, but for society as a whole, as it gives visibility to these subjects, who, culturally and socially, so far, are designed as target of health programs or users of health services. Listening to the men about their understandings about health can be a successful way to rethink health actions aimed at the male audience.

Keywords: Men's health. Caring. Interval between generations. Masculinity.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DHHD	<i>Department of Health and Human Services</i>
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FCC	Fundação Carlos Chagas
IAFTL	Insuficiência de Atividade Física no Tempo Livre
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médico e Previdência Social
JK	Juscelino Kubitschek
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PRODIR	Programa de Treinamento em Pesquisa sobre Direitos Reprodutivos
PSA	Antígeno prostático específico
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

# SUMÁRIO<sup>1</sup>

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DO ESTUDO.....	17
2.1 Saúde do homem: revisando a literatura.....	17
2.2 Cuidado e cultura.....	25
2.3 O estudo das gerações.....	32
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos.....	35
4 METODOLOGIA.....	36
4.1 Natureza da pesquisa.....	36
4.2 Sujeitos.....	37
4.3 Coleta de dados.....	38
4.4 Tratamento e análise dos dados.....	40
4.5 Aspectos éticos.....	42
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	43
5.1 O mundo de José.....	44
5.2 O mundo de Bruno.....	53
5.3 E agora, José?: os sentidos de saúde e cuidado para José.....	63
5.4 Cuidado e saúde para Bruno.....	73
5.5 Aspectos da masculinidade hegemônica como enredo.....	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICES E ANEXO.....	110

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2011.

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse por aprofundar meus conhecimentos área de saúde do homem surgiu na época da graduação, na qual participei como bolsista de iniciação científica do projeto “Avaliação da Atenção Básica em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”. Apesar de não ser objetivo do estudo, identificou-se que os homens utilizavam mais as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e que alguns aspectos da organização dos serviços no âmbito da atenção básica poderiam funcionar como barreiras de acesso para a população masculina.

Após a graduação, cursei um programa de residência multiprofissional na área de urgência e emergência em um hospital de grande porte em Belo Horizonte, o qual é referência municipal nos atendimentos de urgências clínicas e cirúrgicas. Como enfermeiro-residente, tive a possibilidade de atuar na maior parte dos cenários de urgência do município de Belo Horizonte (centros de saúde, UPAs, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - e hospital geral). Em todos esses espaços os homens ali estavam, ora sendo atendidos por um agravo clínico que haviam iniciado há algum tempo e ignorado, ora atendidos devido a uma situação de acidente, violência ou uso abusivo de álcool ou outras drogas. A atitude e comportamento desses homens de diversas idades, contextos e situações causaram certa inquietação, uma vez que empiricamente observo, em muitas ocasiões da assistência, sujeitos do sexo masculino não sendo considerados em suas especificidades e necessidades pelos profissionais de saúde.

Apesar de há muito se saber da relação íntima entre gênero e saúde, é relativamente recente o interesse da saúde pública na temática da saúde masculina (GREIG; KIMMEL; LANG, 2000).

Os primeiros estudos acerca da temática foram publicados nos Estados Unidos em meados da década de 70 do século passado e evidenciavam um pensamento exploratório tangenciado pela teoria e políticas feministas e conceitualmente propunham que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde (COURTENAY, 2000A; SCHRAIBER, 1998).

A partir dos anos 90 do século XX, a temática começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada, em que se considera a singularidade do ser saudável e do ser doente entre os segmentos masculinos, levando-se em consideração a perspectiva relacional de gênero, que será fundamental para as discussões a respeito da saúde dos homens e eixo estruturante para as publicações (GOMES; NASCIMENTO, 2006)

No Brasil, em 2009 destaca-se como marco para a saúde masculina o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde, que teve por objetivo promover a melhora da condição de saúde dos homens, contribuindo, assim, para a redução dos índices de morbimortalidade masculinos, considerados altos em relação aos femininos. Busca-se facilitar o acesso dessa população aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, o que confere à política um caráter mais abrangente no cuidado à saúde do homem (BRASIL, 2009).

As ações da PNAISH buscam romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde. Na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. A não adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade.

No tocante aos agravos à saúde masculina, o documento evoca a literatura sobre homens e saúde para caracterizar a acentuada vulnerabilidade deles às doenças, principalmente às crônicas. Homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; NASCIMENTO E GOMES, 2008; PINHEIRO; COUTO, 2008; SCHRAIBER *et al.*, 2010; TONELI *et al.*, 2010), e quando o fazem, adentram o sistema por meio da média e alta complexidades. Na prática, isso significa que se encontram com a enfermidade agravada, muitas vezes num estágio em que não há mais cura, como no caso das neoplasias prostáticas, demandando, assim, elevado custo ao sistema de saúde. Os homens são ainda vistos como sujeitos que pouco cuidam de sua saúde ou que tomam medidas de prevenção e controle de agravos, o que será prontamente refletido nos índices de morbimortalidade da população masculina.

A justificativa para os dados epidemiológicos, que revelam piores índices de morbimortalidade na população masculina, pode ser entendida a partir de uma

análise sob a perspectiva de gênero. Segundo Bird e Ricker (1999), a maioria das doenças passa a ser considerada como uma combinação de causas biológicas e socioculturais que podem promover a ampliação ou a supressão de riscos de doença na população masculina, pois há uma base biológica que pode ser acentuada ou diminuída pelo contexto sociocultural. Sabo (2000) e Courtenay (2000a) demonstram que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde. Essa construção também define a forma como eles usam e percebem seus corpos. Nas perspectivas de seus modelos de masculinidade, muitas vezes assumem comportamentos considerados pouco saudáveis, relacionados a um modelo de masculinidade idealizada (CONNELL, 1995).

Portanto, para melhor análise do panorama da saúde masculina faz-se necessário proceder-se ao estudo das masculinidades social e historicamente construídas e compartilhadas pela sociedade. Para Separavich e Canesqui (2013), os estudos sobre saúde e masculinidades fazem emergir a discussão da saúde masculina e a não retificação do conceito de homem, já que neste se encontram masculinidades distintas, com demandas por saúde diferenciadas. Tais estudos cumprem, assim, o papel fundamental de tornar esse *homem* universal, sem gênero, evocado nas representações sociais como dominador e inabalável, um sujeito de carne e osso, que adocece, morre, que pertence a determinada classe social, tem cor, faz parte de uma geração, é orientado sexualmente e não detém natural e igualitariamente o poder na sociedade, como invariavelmente é concebido.

Gomes e Nascimento (2006), a partir de revisão bibliográfica sobre a relação homem-saúde no campo da saúde pública, concluem que se fazem necessárias investigações ancoradas nas ciências sociais, capazes de sustentar discussões, que considerem a possibilidade de aspectos normativos sociais serem alterados ou ressignificados pela subjetividade dos atores sociais. Couto *et al.* (2010) advogam a ideia de que são fundamentais investigações que transponham a dimensão cultural do cuidado e que permitam reconhecer que as necessidades de saúde dos homens são produzidas num contexto de produção prática-simbólica onde se materializam gênero, raça, classe, geração, entre outras referências identitárias.

A literatura da temática ainda apresenta predominantemente estudos que identificam a relação da masculinidade e os comportamentos de riscos à saúde e a relação prejudicada dos homens com os serviços de saúde, considerando pouco os âmbitos sócio-históricos desses indivíduos. Portanto, outras poucas pesquisas evidenciam um caminho oposto àquele comumente encontrado: que os homens, à sua maneira, cuidam da saúde. Esse cuidado não deixa de estar imerso nas construções de masculinidades socialmente compartilhadas.

Dessa forma, o presente estudo procurou caminhar dentro da perspectiva relacional de gênero com a questão norteadora: como homens de duas gerações distintas cuidam de sua saúde nos seu cotidiano? Em que medida os aspectos históricos e culturais de suas vivências relacionam-se às suas escolhas de cuidado ou não cuidado com a saúde?

Parte-se do pressuposto de que na atualidade os homens estão se adaptando e assimilando novos padrões de masculinidades. Identifica-se uma tensão entre o discurso da masculinidade hegemônica e de práticas não hegemônicas, provocando mudanças que permeiam as narrativas dos homens (GOMES *et al.*, 2011). Acredita-se que as diferenças geracionais também podem ser fortes contribuidoras para os comportamentos de saúde dos homens.

Desde o início da formulação deste trabalho, juntamente com minha orientadora, tínhamos a premissa de procurar e escutar os homens fora dos serviços de saúde, abordando-os nos diversos espaços de sua vida. Essa escolha se justifica na medida em que entendemos que existem outros aspectos da produção de cuidado e a relação com a saúde que se dão no cotidiano fora dos serviços de saúde. Observa-se, ainda, certa escassez na literatura sobre essa temática de investigações fora dos serviços de saúde.

Propõe-se a ampliar a compreensão de cuidado em saúde como uma prática para além da relação estabelecida entre os usuários e os serviços de saúde, como uma práxis entendida como atividade do sujeito que de algum modo aproveita algum conhecimento ao interferir no mundo. Nessa interferência, transforma esse mesmo mundo ao mesmo tempo em que transforma também a si mesmo, seu cotidiano, como processo dinâmico, ou seja, ampliando a compreensão de cuidado em saúde como sinônimo de assistência à saúde. Compreender a visão dos homens de diferentes gerações acerca suas próprias escolhas e vivências pode ser uma alternativa eficaz para se avançar no

entendimento da saúde por tais grupos e contribuir para uma reorientação das práticas em saúde, que pouco dialogam com os cenários sócio-históricos em que os indivíduos estão inseridos, tradicionalmente direcionadas para um homem genérico, que sempre está em situação de risco e que não se cuida.

Ampliar o diálogo com os homens pode ser um caminho exitoso para gerar experiências de sucesso no campo do planejamento das ações em saúde e da formação dos profissionais de saúde.

A pesquisa poderá ser relevante também para o campo de conhecimento em Enfermagem, pois o universo masculino, até o momento, tem sido pouco explorado por essa profissão. Acredita-se que investigar o cuidado, objeto de ação da Enfermagem, por meio das concepções dos homens possibilitará novas maneiras de repensar as ações de enfermagem voltadas para os homens nos diversos cenários de atuação da profissão e contribuir de forma contundente para uma formação mais crítica e reflexiva.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DO ESTUDO

### 2.1 Saúde do homem: revisando a literatura

Quando se optou por trabalhar a temática de cuidado na perspectiva dos homens, enredaram-se as questões relacionadas a sexo e gênero. Nesse embate, oscilou-se entre dois polos explicativos, o natural e o cultural. Entretanto, como observa Heilborn (2003), o importante é não cair em armadilhas reducionistas, sejam elas fisicalistas ou de ordem sociológica.

A análise histórica sobre a constituição do sexo pode ser de grande ajuda para se romper com a redução do sexo a uma visão naturalista ou biologicista. Laqueur (2001) observa que até meados do século XVIII predominava o conhecimento do corpo humano regulado pelo princípio da homologia sexual, que afirmava a existência de um sexo único. Nos termos dessa lógica, segundo o autor, o corpo feminino era uma expressão imperfeita do corpo masculino, sendo seus órgãos sexuais invertidos, sem calor suficiente para exteriorizarem-se como no homem. A vagina seria, assim, um pênis invertido e os ovários eram considerados os testículos femininos.

Martins (2004) chama a atenção para o fato de que a diferença entre os sexos só ocorreu em meados do século XVIII. Com a documentação médica e jurídica surgia a preocupação em definir especificamente qual era o sexo verdadeiro de cada pessoa. Até o século XIX, houve grande produção científica voltada para as evidências das diferenças sexuais. Nesse período predominava a ideia de que as diferenças dos corpos determinavam o ser homem e o ser mulher. O corpo feminino passou a ser visto como materialização do conceito de feminilidade, marcada pelo significado de fragilidade física, beleza e delicadeza materializadas em seus corpos, com ossos mais finos, crânios pequenos e diferenças anatômicas.

Assim, como lembra Laqueur (2001), com a inversão dos sexos, os órgãos que eram associados, como ovários e testículos, passaram a ser linguisticamente diferenciados e aqueles que não tinham um nome específico, como a vagina, passaram a tê-lo. Estruturas comuns a homens e mulheres foram diferenciadas

para corresponder ao homem e à mulher no plano cultural. Essas considerações históricas exemplificam que, em cada época histórica, são construídos valores e expectativas de modelos aos quais os sexos devem se ajustar para posição social.

Já a análise dessas diferenças entre homens e mulheres passou a ser feita sob a perspectiva de gênero pelo movimento feminista, no século XX, para dar conta das diversas formas de interação humana no cenário da legitimação e da construção das relações sociais. Gênero passou a ser uma categoria de análise que designa a organização social das relações entre os sexos, indicando, basicamente, uma rejeição ao determinismo biológico presente no termos “sexo” e “diferenças sexuais”.

Segundo a lógica do movimento feminista, gênero implica duas pressuposições fundamentais. A primeira refere-se à concepção de que essa expressão é constitutiva das relações sociais ancoradas nas diferenças percebidas entre os sexos, enquanto a segunda diz respeito ao fato de o gênero ser o primeiro campo no qual o poder se articula.

Segundo Gomes e Nascimento (2008), gênero refere-se a papéis socialmente construídos e a definições e expectativas, consideradas apropriadas por uma sociedade, para o ser homem e o ser mulher. Scott (1990) ainda endossa que o uso do termo enfatiza todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade.

A gênese dos estudos sobre a saúde dos homens deu-se no final da década de 70 do século passado nos Estados Unidos. Esses estudos, que estavam centrados quase sempre no déficit de saúde, não obtiveram muito êxito em suas divulgações. Talvez porque os achados apresentavam certa contradição que poderia ser interpretada de maneira errônea: Se, como grupo, os homens estavam em desvantagem na comparação com as mulheres em termos de taxas de morbimortalidade, em contrapartida eles detinham mais poder do que elas em todos os níveis de classes socioeconômicas (COURTENAY; KEELING, 2000)

Para responder a essa e a outras questões, foi necessário ampliar a discussão da temática para além das explicações puramente biológicas ou epidemiológicas. A partir dos anos 90 essa discussão passou a refletir a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos, sem desconsiderar a perspectiva relacional de gênero, buscando o entendimento de

uma saúde mais integral do homem (COURTENAY, 2000a; GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005).

No Brasil, como na América Latina, esses estudos surgem inspirados pelas teorias de gênero. Configura-se a emergência do Programa de Treinamento em Pesquisa sobre Direitos Reprodutivos (PRODIR) na América Latina e Caribe, sediado na Fundação Carlos Chagas (FCC), entre 1990 e 2003.

Resultado da movimentação de vários atores coletivos – setores da sociedade civil organizada, sociedades científicas, pesquisadores acadêmicos e agências internacionais de fomento à pesquisa –, a PNAISH foi instituída a partir da Portaria nº1994, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), e identifica os agravos à saúde dos homens como verdadeiros problemas de saúde pública.

Segundo o seu documento-base, a PNAISH possui como principal objetivo:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009, p. 36).

A PNAISH vem sendo mencionada como uma política pública de vanguarda no cenário mundial, sendo a primeira política pública de saúde voltada especificamente para os homens na América Latina e a segunda no continente americano, depois do Canadá. Dada a sua recente institucionalização, a PNAISH ainda se encontra em processo de implantação e implementação no território nacional (CARRARA *et al.*, 2009).

No campo da saúde, ao contrário do que se verifica na maior parte das restantes esferas sociais, são, sobretudo, os homens que configuram as trajetórias mais desfavorecidas. A situação da saúde masculina no Brasil segue uma mesma tendência da saúde dos homens, em geral na esfera internacional. Os homens morrem e adoecem mais que as mulheres se se compararem em diferentes idades e por diversificados motivos.

Nos Estados Unidos (EUA), em média, os homens morrem seis anos mais jovens do que as mulheres. Homens possuem taxas de mortalidade mais altas que as mulheres em todas as faixas etárias e por todas as 10 causas de morte mais comuns nesse país (*DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - DHHS*, 2000). Os homens americanos possuem taxas de mortalidade por doenças

cardiovasculares duas vezes mais altas que as mulheres. Por exemplo, aproximadamente três entre quatro pessoas com idade inferior a 65 anos que morrem de infarto agudo do miocárdio são homens. Quanto ao desenvolvimento de neoplasias, um em cada dois homens e uma em cada três mulheres apresentarão a doença em sua vida.

Os óbitos masculinos segundo grupos etários, analisados em série histórica de 1980 a 2000 no Brasil, mostram dois aspectos importantes: em primeiro lugar, há expressiva redução da participação do grupo de menores de cinco anos, de 27,8 para 7,3%, respectivamente, em 1980 e 2001; o outro ponto é o aumento da mortalidade proporcional entre os idosos, isto é, de indivíduos de 60 anos e mais, de 28 para 35% e de 7,7 para 15,2%, nos grupos 60 a 79 anos e 80 anos e mais, respectivamente, nos dois anos. O mesmo aconteceu com as mulheres, porém nessas houve redução proporcional mais significativa do que a dos homens. (LAURENTI *et al.*, 2005)

Ao analisar os coeficientes específicos de mortalidade por grupos etários, constata-se que a razão de sexo entre eles atinge valores altos, dos 10 aos 39 anos. Essa situação se deve ao predomínio das causas externas nessas idades. Nos óbitos em adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 39 anos), sua presença foi, respectivamente, de 77,8% (menos de um quarto dos óbitos apresentam outras causas básicas) e 64,8% (LAURENTI *et al.*, 2005).

Em relação ao perfil de mortalidade, são seis as principais causas de óbitos na faixa de 20 a 59 anos em todo o país: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias. A posição muda conforme a faixa de idade:

- a) Entre os mais jovens (20 a 29 anos), as três primeiras são causas externas de morbidade e mortalidade; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- b) entre 30 e 39 anos de idade: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho digestivo; e algumas doenças infecciosas e parasitárias;

- c) entre 40 e 49: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores);
- d) e 50 a 59 anos: neoplasias (tumores); doenças do aparelho circulatório e causas externas de morbidade e mortalidade (SCHWARZ *et al.*, 2012).

Quanto à morbidade, sete causas respondem pela internação da maioria dos homens, em ordem decrescente de ocorrência: lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho circulatório; algumas doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; transtornos mentais e comportamentais; e neoplasias. As lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas são a primeira causa de internação de homens entre 20 e 49 anos de idade e a terceira daqueles entre 50 e 59 anos; as doenças do aparelho digestivo são a segunda causa para todas as faixas etárias; a terceira causa são algumas doenças infecciosas e parasitárias para homens de 20 a 29 anos, transtornos mentais e comportamentais entre 30 e 39 anos e doenças do aparelho circulatório entre 40 e 49 anos. Para os homens de 50 a 59 anos, a principal causa de internação são as doenças do aparelho circulatório (SCHWARZ *et al.*, 2012).

As maiores prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis são: insuficiente atividade física no tempo livre (IAFTL) e baixo consumo de frutas, legumes e verduras, seguidos por excesso de peso, consumo de gorduras saturadas e de refrigerantes, baixo consumo de feijão, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e diabetes. Após ajuste para anos de estudo, é significativo o aumento da prevalência de obesidade, excesso de peso, IAFTL, sedentarismo, hipertensão e diabetes com o aumento da idade. A prevalência de diabetes é 14,6 vezes maior entre homens de 50 a 59 anos de idade, quando comparados aos mais jovens. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas, de gorduras saturadas e de refrigerantes diminui nas idades mais avançadas. Tabagismo, baixo consumo de frutas, legumes e verduras e o baixo consumo de feijão não sofrem alteração com a idade (SCHWARZ *et al.*, 2012).

A saúde da população masculina vem ganhando notoriedade e espaço nos últimos anos, seja devido à maior divulgação e exploração dos dados dos

sistemas de informações epidemiológicas ou da produção científica, seja pela criação de estratégias públicas específicas para essa população (SCHWARZ *et al.*, 2012).

A hipótese de que o comportamento dos homens em relação à saúde é o maior contribuidor para a diminuição de sua longevidade começou a ser estabelecida nos meados da década de 70 nos EUA (GOLDBERG, 1976; HARRISON, 1978; WALDRON, 1976).

Extensas pesquisas sobre a prevenção das doenças desenvolvidas a partir da década de 80 trouxeram resultados que embasavam tal hipótese. Outros estudos alguns anos depois (BRENER; COLLINS, 1998; KANDRACK; GRANT; SEGALL, 1991; COURTENAY, 2000a) evidenciaram que os homens tendem a se engajar menos na busca pela prevenção dos agravos e em atitudes promotoras de saúde, como: prática de exercícios, dieta adequada, realização de exames regulares, etc. Outra forte evidência foi que os homens tendem a assumir um comportamento de risco que influencia diretamente nos seus modos de adoecer e morrer. Esses riscos incluem: evitar acompanhamentos periódicos da saúde, envolvimento em agressões físicas, comportamentos de risco no trânsito, uso excessivo de bebidas alcoólicas e outras drogas e práticas sexuais sem cuidados adequados (MAHALIK; LAGAN; MORRISON, 2006).

A variável cultural gênero é reconhecida como um dos principais motivos que dificultam ou impedem os homens de cuidarem melhor de sua saúde. De acordo com Mosse (1996), a construção histórica do estereótipo de masculinidade fornece as bases para o modelo hegemônico e normativo do “homem de verdade” ocidental. Esse ideal a ser alcançado é parte integrante do funcionamento da sociedade e valoriza as seguintes características: ser viril e conquistador, ter sucesso e poder, ser forte e agressivo, ter honra para lutar por um ideal maior, ter coragem para assumir riscos, dar proteção aos mais fracos, ser leal com os companheiros, ter força de vontade e autocontrole emocional (KIMMEL, 1997; MOSSE, 1996; SABO, 2000).

Os valores construídos socialmente sobre o homem ideal tendem a gerar modelos auto-opressivos de comportamentos, por terem que cumprir coerentemente os *scripts* rígidos de serem fortes sociais, emocional e fisicamente, e, portanto, colocando-os em situações de não reconhecimento de fragilidades e necessidades de cuidado e vulnerabilizando-os aos adoecimentos e aos agravos

de saúde. As construções das masculinidades são definidas em oposição aos comportamentos positivos em saúde, na medida em que os homens afirmam suas concepções do que é ser homem quando negam suas necessidades de cuidados de saúde (COURTENAY, 2000a). Segundo esse autor, muitas vezes os homens compreendem doença como um sinal de fragilidade e julgam-se invulneráveis, levando-os a cuidarem menos de si e se expondo a situações de risco.

Outro comportamento masculino comum, já elucidado em outros estudos (CONNEL & HUGGINS, 1998; GAST; PEAK, 2010; SCHOFIELD *et al.*, 2000; WILSON, 2000), é o de não procurar o serviço médico rapidamente frente a alguma alteração física ou mental no organismo (dores, desconfortos, mal-estar). Os homens menosprezam o aparecimento dos primeiros sintomas e só procuram atendimento quando seu estado já se agravou. Pinnock e Marshal (1999) afirmam que essa é a maior barreira para a melhoria das condições de saúde dos homens. E que tal atitude revela o conhecimento deficiente sobre saúde e está intimamente relacionada à construção de um ideário de homem forte capaz de suportar a doença sem ajuda.

Outros estudos já revelam que quando os homens procuram os serviços de saúde aparece a figura feminina, seja da esposa, noiva, namorada ou até amiga, como elemento incentivador e algumas vezes até como elemento definitivo para essa busca, remetendo à ação materna na infância de cuidado (GAST; PEAK, 2010; SEYMOUR-SMITH; WETHERELL; PHOENIX, 2002). Outro fator que influencia positivamente o homem a procurar atendimento é quando alguém próximo do seu convívio (amigo, colega de trabalho, familiar, etc.) adoece e apresenta piora significativa da saúde (AOUN *et al.*, 2002).

Os aspectos relacionais de gênero contribuem também com maneira de organização e gestão dos serviços de saúde, bem como o processo de trabalho dos profissionais de saúde. Seymour-Smith, Wetherell e Phoenix (2002), ao analisarem os discursos e as práticas dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento a homens no âmbito da atenção primária na Inglaterra, salientam que, embora para os profissionais seja consensual a ausência dos homens nesse âmbito, quando esses homens decidem procurar atendimento enfrentam atitudes que reforçam a visão hegemônica masculina de um homem forte, viril e que não se cuida.

Na realidade brasileira, tal situação não é diferente. Schraiber *et al.* (2010) perceberam que o discurso dos profissionais de saúde não consegue se descolar do senso comum em que os sujeitos são vistos muito mais pela doença que lhes acomete do que pelo seu gênero.

Há também dimensões institucionais que dificultam a adesão dos homens. Os programas e ações de saúde (estratégias) privilegiam crianças, adolescentes, mulheres e idosos, não contemplando, dessa forma, as necessidades dos homens. A estrutura de funcionamento dos serviços também dificulta a participação dos homens nos serviços de saúde. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) opinam que homens se queixam da dificuldade para marcação de consultas, visto que as filas são comumente extensas e as unidades funcionam apenas no mesmo horário de trabalho.

Além de correr o risco de prejudicar-se no trabalho com o atraso ou a falta, ainda muitas vezes não tem suas demandas resolvidas em uma única consulta. Nessa mesma perspectiva, Figueiredo (2005) argumenta que os serviços de saúde são percebidos por muitos homens como espaços feminilizados e destinados às mulheres, crianças e idosos, provocando-lhes a sensação de não pertencimento àquele espaço. Segundo Jorge Lyra (2008), os serviços de saúde não estão preparados para identificar e responder às demandas dos homens; e profissionais de saúde têm admitido encontrar dificuldades em obter a empatia e cumplicidade dos homens que frequentam os serviços públicos de saúde.

Nota-se a “generificação” dos espaços de atendimento facilitando a desigualdade do acesso e a “invisibilidade” das necessidades e demandas masculinas de saúde, não se esquecendo, contudo, de que estas passam pelo crivo dos próprios homens, expostos aos estereótipos sociais de gênero, a um tipo de masculinidade que os representa como menos propensos aos problemas de saúde. Isso contribui para a caracterização dos serviços da atenção primária em saúde (APS) como espaços feminizados (COUTO *et al.*, 2010).

Atitudes promotoras de saúde e preventivas parecem ser aceitáveis para os homens somente quando estão conectadas com a melhora da *performance* sexual ou endossam a figura do provedor, ou seja, só será aceito para o homem tratar de sua saúde quando esse tratamento o permite ser “mais homem” para a sociedade (O’BRIEN; HUNT; HART, 2005).

De outro modo, os estudos de Freitas, Coelho e Cavalcanti (2007), Gomes (2003), Freitas *et al.* (2009), Paschoalick (2007), Santos (2005), Sutter e Malusche (2008) e Tarowski, Próspero e Elsen (2005), entre outros, indicam um momento de transição entre a masculinidade tradicional e uma nova concepção de homem. Essa transição, de acordo com Sutter e Maluschke (2008) e Batista (2003), decorre da perda da legitimidade do patriarcado em virtude do movimento feminista, da inserção da mulher no mercado de trabalho, do aumento de famílias monoparentais chefiadas por mulheres. Isso tem acarretado uma crise de identidade e, por conseguinte, novas masculinidades, quais sejam, de homens que brincam, que convivem com a mulher independente e com outros modelos de homens, como aqueles que erram, que cuidam dos filhos e dos filhos das companheiras, que choram, que não são os únicos provedores da família, que falam sobre seus sentimentos (BATISTA, 2003).

Tais mudanças na forma de ser homem e a relação com a saúde foi percebida por Silva *et al.* (2013) em seu estudo que buscou escutar homens de 20 a 30 anos acerca de concepções e práticas de cuidado. A autora percebeu que esses homens concebem cuidado de forma significativa. Para eles, o cuidado está na presença, no acompanhar, na preocupação, no zelo, na reciprocidade, no diálogo, no lazer, no convívio com a família e nas atitudes de fé e religiosidade. Isso significa dizer que o cuidado, na perspectiva desses sujeitos, vai além de conceitos preestabelecidos, rompendo, com base nessas atitudes e manifestações, valores e conceitos secularmente instituídos. Silva *et al.* (2013) ainda consideram que pensar cuidado como essencialmente feminino ou fora do universo masculino é fazer generalizações que podem acarretar preconceitos e discriminações.

## **2.2 Cuidado e cultura**

Para Torralba (2005), cuidar é um termo polissêmico e que são esses diversos significados que revelam a riqueza conceitual da palavra. Boff (1999) entende que tudo que se opõe ao descaso e ao descuido é o cuidado e o cuidar, dizendo respeito a uma atitude de preocupação, de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Já para Mayeroff (1971),

cuidado é uma maneira de se relacionar com alguém e cuidar implica ajudar uma pessoa a crescer e a se realizar.

Quando Mayeroff (1971) cita que cuidar é ajudar outra pessoa a crescer, ele quer dizer que o cuidado significa um processo, uma maneira de se relacionar com alguém que requer o desenvolvimento de quem cuida e de quem é cuidado. Ajudar a crescer é ajudar a outra pessoa a cuidar de si mesma.

Para Waldow e Borges (2008), todo ser humano nasce com potencial de cuidado, o que significa dizer que todas as pessoas são capazes de cuidar. E a capacidade de cuidar está relacionada ao quanto e a como essa pessoa recebeu o cuidado.

No entendimento de Boff (1999), o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de *ser-no-mundo*, que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.

É quase intrínseca a relação estabelecida entre a saúde e o cuidado. As inúmeras profissões/disciplinas que fazem parte desse conjunto desenvolveram uma série de tecnologias e aparatos que visam ao cuidado com a saúde, em um projeto de manutenção da vida (FOUCAULT, 2000). José Ricardo Ayres (2004a) define que o cuidado em saúde diz respeito a uma série de procedimentos orientados tecnicamente em vista do sucesso de um tratamento.

Lyra *et al.* (2005) apresentam alguns estudos que reconhecem que as práticas de cuidado devem ser compreendidas dentro de contextos específicos de cada grupo, considerando-se sobremaneira o momento histórico. Para tanto, relatam três fases na discussão histórica sobre a relação entre homens e o cuidado.

Na primeira fase, acreditou-se que os homens não necessitavam de atenção à saúde, porque, considerados símbolos de virilidade, força e racionalidade, não se constituíam alvo para as doenças. Numa segunda fase, passou-se a considerar a importância de o homem se envolver mais na área de saúde e cuidado, porém se enfatizava que trabalhar com esses sujeitos era algo muito difícil, pois os homens eram agressivos, pouco cooperativos e irresponsáveis, tanto com sua saúde como com a de terceiros. Atualmente, na terceira fase, não se negam as dificuldades de se trabalhar com homens no

âmbito da saúde, no entanto, “percebe-se que é preciso compreender como estes são socializados para que, então, seja possível desenvolver uma abordagem nos programas de atendimento à saúde que modifique o que ainda é observado” (LYRA *et al.*, 2005, p. 84).

Ao referir-se à questão da socialização primária, Berger e Lukman (1976 *apud* SILVA, 2009) realçam que é no ambiente familiar que ocorre a primeira socialização e que torna o indivíduo membro da sociedade. De outro modo, sabe-se que a partir do contato com o mundo por meio das relações com os outros em diversos meios pode influenciar e superar a socialização primária.

Nesse sentido, referindo-se à naturalização do cuidado como algo inato à mulher e o não cuidado ou a exclusão deste do universo masculino, Lyra *et al.* (2005, p. 87) comentam que, “felizmente, para uma perspectiva ética que valoriza a flexibilidade e uma abertura para o novo, as pessoas não internalizam os atributos de gênero e os modelos hegemônicos como uma produção em série”. De outra forma, constata-se que as mulheres, observando seu lugar na sociedade, dão início aos movimentos que criticam relações de poder, reivindicando seu espaço no mercado de trabalho, transformando a vivência da sexualidade e da estrutura familiar. Da mesma forma, os homens também percebem a existência das masculinidades que estão se construindo ao redor do modelo hegemônico.

Dessa forma, concorda-se com Lyra *et al.* (2005), para quem os homens poderão reverter esse papel que a sociedade tenta impor, tendo em vista que observam, em suas experiências no cotidiano, crescente interesse de jovens por uma mudança na qual os homens também sejam fontes de cuidado. Para isso, segundo eles, é necessário discutir e rever as formas de socialização. Nas relações sociais cotidianas, a cultura é elemento fundamental que permeia e integra as ações humanas.

Nessa conjuntura, Helman (2009, p. 12) define cultura como:

Um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma certa sociedade, os quais mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural.

A formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, contudo, a cultura na qual o indivíduo nasce ou vive não é a única influência, é

apenas uma das diversas influências sobre as crenças e os comportamentos relacionados à saúde. Assim, devem-se levar em conta também os fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais (HELMAN, 2009).

Nessa perspectiva, concorda-se com o autor que as culturas não são homogêneas, sendo necessário evitar generalizações quando se vai explicar as crenças e os comportamentos das pessoas. “É preciso diferenciar as regras de uma cultura, que estabelecem como uma pessoa deveria pensar e comportar-se e o modo como as pessoas de fato se comportam na vida real” (HELMAN, 2009, p. 14).

Portanto, conforme Silva (2010), pensar o cuidado como essencialmente feminino, ou fora do universo masculino, é fazer generalizações. E as generalizações tendem a se tornarem perigosas porque podem levar ao desenvolvimento de estereótipos, preconceitos e discriminações. Também, porque a cultura nunca é estática, ela é geralmente influenciada por outros grupos ao seu redor, devendo, portanto, ser considerada dentro de um contexto particular. Nesse sentido, é imprescindível retomar as afirmações feitas atualmente nos meios de comunicação de que os homens vivem menos do que as mulheres porque não cuidam da própria saúde e refletir em que concepções se pauta a PNAISH, se de autocuidado ou cuidado de si.

No campo da saúde pública brasileira, os debates acerca do cuidado surgiram tardiamente e no ensejo da reforma sanitária. Esse movimento foi orientado por um duplo interesse: de um lado, a demanda por uma atenção integral à saúde e, de outro, a necessidade de humanização das práticas que devem responder a tal demanda (AYRES, 2004b).

Assim como Ayres (2004a), Mary Jane Spink (2010) propõe outras formas na relação de produção dos cuidados em saúde. Essa autora acentua a centralidade dos processos de interação dialógica em que se possa ressignificar o cuidado não mais de maneira unidirecional, mas como um espaço que fomente tanto o cuidado do outro como o cuidado de si, em uma política de existência.

Na literatura acerca dos cuidados em saúde, estes são muitas vezes compreendidos como um empreendimento existente nos serviços de saúde ou relacionados aos profissionais, desconsiderando os cuidados com a saúde produzidos nas práticas cotidianas.

Existem saberes de/sobre saúde que circulam nas conversas cotidianas, nas relações familiares. Saberes e fazeres tradicionais como chás, efusões, remédios caseiros, dialogando ou não com os serviços oferecidos pela rede de saúde (MACHADO; RIBEIRO, 2012), são práticas cotidianas dinâmicas. Estão em constante transformação, levando à construção de uma realidade composta por diferentes narrativas, contextos e linhas de força, em sua complexidade e singularidade. Isso porque nos processos de saúde-doença-intervenção, a subjetividade e a objetividade do cuidado estão em mutação. Transformam-se os programas de saúde que os provêm, assim como os sujeitos que os operacionalizam (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Kleinman (1980) sugeriu que, ao examinar qualquer sociedade complexa, podem-se identificar três setores sobrepostos e interconectados de cuidados de saúde: o setor informal, o setor popular ou *folk* e o setor profissional. Cada setor tem seus próprios modos de explicar e tratar a má saúde, definir quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e especificar como se dá essa relação em seu encontro terapêutico.

O subsistema informal é a arena da cultura popular, do conhecimento leigo, não profissional, não especialista, em que as doenças são primariamente identificadas e enfrentadas. Esse subsistema inclui o indivíduo, a família, a rede social e os membros da comunidade próxima. É nesse subsistema que são tomadas as decisões sobre a entrada nos outros subsistemas e decidido, após o retorno a ele, o seguimento ou não das recomendações. Essas decisões são ancoradas em orientações cognitivas e de valores da cultura familiar. Apesar de ser o subsistema no qual é realizada a maioria das atividades de cuidado à saúde, é o mais pobremente estudado. Envolve crenças, escolhas, decisões, papéis, relacionamentos, locais de interações e instituições (KLEINMAN, 1980).

Nesse subsistema, a doença é vista como uma desordem na vida habitual e para a qual deve ser encontrada uma explicação. Não há preocupação com a comprovação, mas sim em encontrar significado para o que está acontecendo com a pessoa (VASCONCELLOS, 2000).

O subsistema popular ou *folk* consiste de especialistas em cura, não profissionais, não reconhecidos legalmente e com registros limitados de seu conhecimento. Esses especialistas têm amplo reconhecimento pela sociedade, geralmente estão fortemente ligados ao sistema popular. Apesar das inúmeras

tentativas da Biomedicina de ignorá-lo ou de eliminá-lo, o subsistema folclórico tem se mostrado cada vez mais forte e vem ampliando sua área de atuação. Esse subsistema é frequentemente denominado de leigo quando do uso de ervas, cirurgias espirituais, tratamentos manipulativos, exercícios especiais; e denominado de sagrado em relação ao xamanismo e rituais de cura, porém mais recentemente tem sido registrado aumento de estudos das práticas ditas leigas (KLEINMAN, 1980, 1988).

O subsistema profissional compreende as profissões de cura organizadas, legalmente sancionadas como a Medicina científica ocidental moderna. Ele inclui não somente médicos de vários tipos e especialidades, mas também outros profissionais da saúde reconhecidos, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, etc. A Biomedicina tem dominado não somente o campo profissional, mas também procurado controlar os demais subsistemas. Tem-se utilizado de mecanismos legais e políticos para dominar o campo da assistência à saúde, forçando todas as outras tradições de cura a submeterem a seu controle e conseguindo levar, em algumas situações, os outros cuidados exercidos nos subsistemas folclóricos e popular à marginalidade e ilegalidade. Essa organização profissional tornou-se fonte de poder social, dando orientação para as pesquisas na área da saúde, limitando os problemas de pesquisa àqueles definidos pela Biomedicina (KLEINMAN, 1980).

É importante compreender que, com todo o seu poder e prestígio, a Biomedicina ocidental fornece apenas pequena proporção dos cuidados de saúde na maior parte do mundo. Deve-se considerar também que o acesso ao subsistema profissional nem sempre foi fácil no Brasil. Estava regulado pela condição trabalhista e somente a partir da década de 90 é que passou a ser um direito de todos os cidadãos, porém os recursos médicos ainda são escassos e problemas na acessibilidade fazem com que os cuidados em saúde ocorram em outras arenas.

Os estudos antropológicos têm procurado demonstrar que o sistema de saúde é uma construção social o qual depende não só dos profissionais e das instituições de saúde, mas também dos usuários dessas instituições. Vale destacar que essas pessoas produzem cuidados com a saúde segundo suas próprias definições e percepções sobre saúde e doença (QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Consta na atualidade um *boom* de informações, produtos e ações voltadas especificamente para o público masculino que possui íntima relação com a produção de cuidado. Os homens passaram a ocupar nas duas últimas décadas considerável parcela de consumidores de produtos e ações que anteriormente estavam restritos ao público feminino, tais como cosméticos, publicidades e atividades físicas.

No cenário atual, percebe-se que significativa parcela dos homens vem se tornando mais vaidosa, mais aberta à possibilidade de expressar sentimentos, emoções, aparentemente fugindo de um padrão imposto culturalmente de que o masculino deve ser rude, ou seja, rompendo em certa medida com a visão hegemônica e também muitas vezes machista de que o “homem que é homem deve ser casca grossa”. O termo “casca grossa” refere-se a atitudes rudes, insensíveis, muitas vezes preconceituosas e escatológicas preconizadas como sinônimo de masculinidade (GARCIA, 2005).

Para estabelecer uma relação do homem narcísico com seu corpo, com o uso de cosméticos e cuidados com a aparência, foi necessário vencer obstáculos extremamente fortes e profundamente enraizados na tradição, na dicotomia entre o que é do homem e o que é da mulher. Esse é um grande campo de investimento da publicidade, derrubar a tradição para abrir um amplo mercado na relação do homem com o seu corpo (COUTO, 2003)

A associação entre a produção de imagens corporais pela mídia e a percepção dos corpos/construção de autoimagem, por parte dos indivíduos, se faz de maneira imediata. Isso é comprovado pelo aumento da procura de recursos para esculpir ou desenhar o próprio corpo de acordo com o padrão global estabelecido pelo mercado ou “indústria do corpo”. Não é o prolongamento da vida humana que se busca, e sim sua potencialidade.

Conforme Lipovetsky (2007), à medida que a sociedade de consumo avança, ela “constrange”, “incomoda” e “agride” modelos de masculinidade e feminilidade ainda vigentes, porque dá visibilidade a outras possibilidades de construção do masculino e do feminino.

As gerações mais atuais foram mais expostas às informações, aos serviços de saúde e a toda essa “indústria da saúde”, de forma que as atitudes de homens jovens poderão ser diferentes ou não de homens mais velhos. Padrões de masculinidades e padrões de cuidado com a saúde, que são social e

historicamente construídos e compartilhados, vêm sofrendo, conforme exposto, transformações substanciais, o que se apura ao analisá-los sob a perspectiva do estudo de gerações (ALVES, 2009).

### 2.3 O estudo das gerações

O termo gerações tornou-se popular na denominação de manifestações culturais ou políticas (geração *hip-hop*; geração caras pintadas) ou de desenvolvimentos tecnológicos (geração Y; geração Net), atribuídos, sobretudo, pelos meios contemporâneos de comunicação. No entanto, muitos estudos são desenvolvidos a partir de uma perspectiva que contempla determinada geração de forma isolada, como uma espécie de unidade desconectada de outras gerações e de seu tempo histórico. Percebe-se certa inflação do conceito seguida da destituição de seu sentido teórico na medida em que o termo geração passou a ser utilizado, muitas vezes, como sinônimo para denominar uma faixa etária ou um grupo com características específicas (CORSTEN, 2010).

Gerações definem-se primeiramente por compartilharem uma posição biológica – nascimento e morte, sem que possam ser, todavia, reduzidas a isso. Sua articulação social é obviamente decisiva. As gerações são ainda mera “potencialidade”, possibilidade apenas, sem que a elas corresponda uma consciência, tais quais as classes, que não se tornam necessariamente “para si”. (DOMINGUES, 2003)

Na perspectiva de Abrams (1982), gerações é o lugar em que dois tempos diferentes, o do curso da vida e o da experiência histórica, são sincronizados. O tempo biográfico e o tempo histórico fundem-se e transformam-se, criando, desse modo, uma geração social.

A experiência geracional ganha significado como forma de aglutinar os indivíduos em torno de redes de pertencimento e de reciprocidade marcadas pelo ideário da “livre escolha”, para além dos vínculos que estabelecem com a família e com o Estado, os quais são vistos como laços obrigatórios (MANNHEIM, 1928 *apud* DOMINGUES, 2003).

Dessa forma, o presente estudo entende geração sob a perspectiva apresentada das ciências sociais, ou seja, uma geração não pode ser definida em

quantidade de anos, mas como reunião de indivíduos que compartilharam momentos históricos semelhantes e que partilham características comuns do ponto de vista de suas subjetividades (DOMINGUES, 2003). Para Motta (2004), a geração, embora tenha um componente obrigatório, isto é, ela pressupõe o compartilhamento de um momento histórico, tem, por outro lado, caráter de escolha nela embutido: para ser de uma mesma geração não basta uma idade aproximada, mas é necessária a reunião de condições subjetivas que permitam a participação do indivíduo na produção dos mesmos códigos de entendimento.

Ao longo dos séculos, além dos profissionais de Sociologia como Auguste Comte (1972) e John Stuart Mill (2000), que foram os precursores no estudo das gerações com base em infindáveis tentativas de compreender a sociedade e os padrões das ações humanas, Chiuzzi, Peixoto e Fusari (2011) ainda citam outros autores, como: Gasset (2003) e Rudolf Steiner (1995), entre tantos outros, se empenharam em compreender o desenvolvimento humano e tentaram traçar um mapeamento cultural das gerações, dividindo a população por parcelas de idades.

O estudo de gerações ganhou destaque e foi amplamente utilizado nos estudos de administração e negócios, em que procuram estabelecer uma relação entre a geração a que o indivíduo pertence e seus aspectos de liderança, relações interpessoais e forma de trabalho (CHIUZZI; PEIXOTO; FUSARI, 2011).

Ao contrário desses estudos, nas ciências sociais os estudos geracionais não procuram enquadrar os indivíduos em determinada geração para análises subsequentes, mas procuram problematizar como o compartilhamento de eventos sociais e históricos de determinado grupo influencia sua maneira de viver e produzir.

Ainda são escassas as produções científicas que relacionam os conceitos teóricos de geração e masculinidades. No entanto, destacam-se os estudos de Cunha, Rebello e Gomes (2012) e Conejo (2014). No primeiro, os autores realizaram investigação científica entre homens que tiveram iniciação sexual nos anos de 1970 e 1990, buscando identificar se houve mudanças em relação aos cuidados em saúde entre os dois grupos geracionais. A pesquisa detectou permanências e rupturas de padrões hegemônicos de masculinidade entre os grupos estudados de diferentes gerações. Já no segundo estudo a autora investigou a produção de cuidado e a circulação de saberes entre três gerações de homens dentro de uma mesma família. Foi observado o modo como a

circulação de noções de cuidado com a saúde apresenta continuidades e mudanças nas gerações dos avós, pais e jovens. Conejo ainda pondera que a interação entre os membros da família, mulheres e homens, é primordial para a constituição da noção de saúde e cuidado.

Este trabalho pretende contribuir para o entendimento da relação entre gerações e a produção de cuidado entre os homens. Trata-se de um esforço em procurar entender esse homem não como um ser genérico, grande, mas um ser encarnado em suas possibilidades concretas e mais próximo do seu tamanho real.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo principal**

Analisar como homens de dois diferentes intervalos geracionais relatam cuidar de sua saúde.

### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar os cenários, personagens e enredos relacionados ao cuidado de cada geração estudada.
- b) Identificar as práticas e atitudes de cuidado relatadas pelos sujeitos da pesquisa.
- c) Relacionar os padrões de cuidado à saúde com os padrões de masculinidades de cada geração estudada.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Natureza da pesquisa

Trata-se de uma investigação qualitativa de caráter exploratório e descritivo embasado no referencial teórico-metodológico da dialética. A escolha deste referencial se justifica por se acreditar que a sociedade vive em constante movimento, bem como pela construção histórica e pela capacidade de transformação e superação a partir da práxis.

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa foi escolhida por proporcionar melhor visão e compreensão do contexto do problema, pois, de acordo com Minayo (2004), aplica-se ao estudo da história, dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes e das representações, correspondendo a um espaço mais profundo das relações. Também, porque permite desvelar processos ainda pouco conhecidos no que se refere a grupos particulares. É exploratório descritivo, porque tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação (GIL, 2009)

A pesquisa qualitativa tem como pressuposto fundamental, segundo Chizzotti (2005), a investigação de fenômenos humanos, os quais são repletos de singularidades. Permite aos indivíduos atribuir significados aos fatos e às pessoas em interações sociais que podem ser descritas e analisadas e não mensuradas quantitativamente. Dessa forma, a pesquisa qualitativa trabalha com o mundo dos significados, desejos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos (GOLDENBERG, 2000; MINAYO, 2004). A pesquisa qualitativa adota, nesse sentido, uma perspectiva de análise de fenômenos que reconhece a pluralidade cultural e a relevância dos sujeitos, incluindo a voz dos atores sociais (CHIZZOTTI, 2005).

Compreende-se que o objeto deste estudo não é único, sendo construído mediante múltiplos olhares, interpretações e reinterpretações. A dinamicidade da realidade e sua complexidade não permitem explicações únicas e só permitem que os achados sejam apresentados na sua transitoriedade.

## 4.2 Sujeitos

A seleção dos sujeitos foi realizada mediante o critério de universos familiares (VAITSMAN, 1994; VELHO, 1999), em que pessoas conhecidas do pesquisador indicaram outras a serem entrevistadas e estas, por sua vez, indicaram novos entrevistados. Ao realizar tal estratégia, tinha-se a premissa de procurar e escutar os homens fora dos serviços de saúde, abordando-os nos diversos espaços que se dão à vida. Essa escolha se justifica na medida em que se entende que existem outros aspectos da produção de cuidado e a relação com a saúde que se dão no cotidiano fora dos serviços de saúde. Outro aspecto que motivou essa busca para além dos serviços de saúde foi constatar certa escassez na literatura desta temática de investigações fora dos serviços de saúde.

Neste estudo utilizou-se uma amostra de conveniência, ou seja, aquela que não apresenta rigor estatístico e na qual o pesquisador seleciona os sujeitos aos quais tem acesso (GIL, 2009). Os sujeitos foram escolhidos de forma intencional, uma vez que se pretendeu selecionar indivíduos que tinham certas características comuns.

Foram estabelecidos dois grupos geracionais distintos considerando-se como ponto de partida o pertencimento dos sujeitos a uma mesma geração, ou seja, os sujeitos desses grupos devem ter vivido em determinada época ou tempo social e ter aproximadamente a mesma idade e de certa forma compartilhar de experiências ou vivências comuns (ALVES, 2009).

No grupo 1, foram incluídos homens que nasceram entre os anos de 1950 e 1960 e residiam em Belo Horizonte durante a fase de coleta dos dados, a qual aconteceu no período de junho a agosto de 2014. Esse grupo foi composto de oito homens entre 53 e 58 anos de idade; quatro deles possuíam ensino superior completo, três ensino médio completo e um cursou até a quinta série do ensino fundamental; sete eram casados e apenas um divorciado. A renda mensal dos entrevistados variou de dois a 25 salários mínimos, considerando o salário mínimo no período da entrevista de R\$ 724,00. As atividades por eles exercidas foram bastante heterogêneas, destacando-se: motorista, gestor, assistente administrativo, pastor, empresário e segurança. Apenas um declarou ser aposentado por motivo de invalidez e não exerce qualquer tipo de atividade remunerada.

Já o grupo 2 foi composto de 13 homens nascidos entre os anos de 1985 e 1995 e que residiam em Belo Horizonte durante o referido período de coleta. Nesse grupo as idades variaram de 20 a 29 anos, cinco deles cursaram ensino médio completo e oito possuíam ensino superior completo; a maioria era solteira e três eram casados. Quanto à ocupação, esse grupo mostrou-se menos heterogêneo que o outro. Em sua maioria foi composto de estudantes (graduação e pós-graduação), além de outras atividades, como: policial, vendedor, psicólogo e *designer* gráfico.

### **4.3 Coleta de dados**

Os sujeitos indicados pelos contatos do pesquisador foram contatados por telefone a fim de serem convidados a participar da pesquisa. Nesse contato foram explicados os objetivos da investigação e a forma de participação do indivíduo, ressaltando que todos os aspectos éticos foram respeitados.

Estabelecido o contato, foi agendado o encontro com os sujeitos da pesquisa em local e horário escolhidos por eles, a fim de que estivessem mais à vontade durante as entrevistas.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) conduzidas pelo pesquisador. Essa estratégia permite participação ativa do pesquisador, que pode ultrapassar o roteiro de questões norteadoras, caracterizando-se, por isso, como técnica flexível e com mais liberdade de intervenção. É permitido ao pesquisador, segundo Minayo (2004), fazer perguntas adicionais a fim de aprofundar a reflexão, compreender melhor o contexto ou esclarecer questões, caso seja necessário. Buscou-se por meio das entrevistas evidenciar aspectos subjetivos das vivências e das masculinidades dos homens e as relações envolvidas na dinâmica do cuidado em saúde.

De acordo com Triviños (1999, p. 112) na entrevista semiestruturada o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal estabelecido pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A respeito da entrevista, afirma Minayo (2004, p. 109-110):

[...] o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Conforme Minayo (2004), a entrevista pode ser de vários tipos, desde uma conversa informal até um questionário padronizado. Neste estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada, tipo narrativa, a qual contém questões norteadoras que levam os sujeitos a contar como aconteceu determinado acontecimento, narrar sua vivência, narrar histórias que ouviu ou de que participou (SILVA; TRENTINI, 2002).

Para a obtenção das narrativas, seguiram-se as orientações de Lyra, Catrib e Nations (2003), que descrevem as principais fases para sua aquisição: a fase de preparação; de iniciação; a narração central; fase de perguntas.

Na fase de preparação, buscou-se estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre os sujeitos e o pesquisador. Para que isso se concretizasse, por meio de um diálogo informal, foram explicados aos sujeitos o cenário da investigação, o problema que motivou o estudo, bem como o objetivo e sua relevância. Ainda nessa fase, obtiveram-se dos sujeitos os dados socioeconômicos como idade, escolaridade, ocupação, estado civil e renda familiar, dados relevantes que permitiram traçar as características dos sujeitos.

Quando se verificou que os sujeitos estavam mais à vontade com o pesquisador e este para com os sujeitos, solicitou-se a narrativa a partir do roteiro de entrevista semiestruturado, caracterizando a fase da iniciação (APÊNDICE A).

Na fase de narração propriamente dita, atentou-se para não interromper, procurando encorajar os homens de forma não verbal, inclusive, respeitando o silêncio quando os mesmos buscam organizar suas ideias ou lembrar fatos e acontecimentos.

A etapa de entrevistas foi finalizada com a saturação dos dados, avaliada desde o início do procedimento de coleta em processo contínuo de análise. Como observa Minayo (2004), a saturação ocorre quando um número suficiente de dados é capaz de suscitar a reincidência das informações, sem desprezar conteúdos que possam ser significativos. A constatação das recidivas dos

discursos determinou o término da coleta de dados e o início do processo de análise.

As narrativas foram gravadas por meio de gravador digital e transcritas posteriormente, com o intuito de evitar a perda de informações necessárias ao processo de exploração do material.

#### **4.4 Tratamento e análise dos dados**

Os dados obtidos na entrevista com os sujeitos da pesquisa a partir do roteiro semiestruturado foram submetidos à análise de narrativas proposta por Gomes e Mendonça (2002). Segundo os autores, nesse tipo de análise busca-se desvendar aspectos estruturais das narrativas por meio de uma análise hermenêutico-dialética. Numa primeira etapa, o pesquisador procurou compreender o panorama dos relatos relacionados à produção de cuidado em saúde no cotidiano dos homens entrevistados. Em seguida, procurou desvendar aspectos estruturais da narrativa (sentidos atribuídos aos cuidados cenários; personagens; enredo e pelos narradores). Por último, pretendeu-se elaborar uma síntese interpretativa, dialogando dados revelados pelas narrativas com o referencial teórico.

De acordo com Rodrigues e Limena (2006), o método hermenêutico-dialético é um dos que possibilitam interpretação próxima da realidade, reconhecendo que o real se revela e se esconde na comunicação e a marca de seus construtores, que se funde na trama das relações sociais.

A hermenêutica é considerada a disciplina que se dedica à arte de compreender textos. Entende-se texto, num termo amplo, como biografias, narrativas, entrevistas, livros, entre outros. No estudo dessa disciplina destacam-se as contribuições fundamentais de Gadamer (1999) com a obra “Verdade e Método”. Para Gadamer, considerado um dos mais importantes estudiosos do assunto, a hermenêutica baseia-se na compreensão como um movimento abrangente e holístico do pensamento humano. O referido autor considera que compreender “jamais é apenas um comportamento subjetivo frente ao objeto dado, esse movimento pertence ao ser daquilo que é compreendido” (GADAMER, 1999, p. 19). Nessa perspectiva, para se compreender um texto é necessário o

movimento de compreendê-lo a partir do mundo daquele que produz o texto, suas intenções e contexto, não a partir do olhar de quem interpreta. Nesse momento nasce a necessidade de uma hermenêutica (GADAMER, 1999).

O entendimento que “o outro” tem sobre determinado objeto e coloca como verdade será a matéria-prima da hermenêutica. Esse saber, conhecido como senso comum, segundo Gadamer, dirige-se para o verdadeiro e para o correto. Busca aquilo que é coerente e prático se se baseia nas vivências e não em fundamentações racionalistas.

As vivências são ideias importantes para essa compreensão, pois elas expressam o movimento de interpretação da realidade fornecido pelos sujeitos. De igual maneira, outro elemento fundamental para a análise hermenêutica serão os símbolos. Eles serão importantes não somente pelo seu conteúdo, mas por serem entendidos como unidade de imagem e significado do real compartilhados por determinado grupo.

Já a dialética é uma corrente de pensamento que em sua história apresenta dois momentos, o primeiro, desde os pré-socráticos até Hegel; e o segundo, de Hegel até a atualidade. Na Antiguidade, a dialética era um método de dedução racional das ideias pela formulação de perguntas. Significava a arte de discutir, de separar as ideias para melhor analisá-las. O conhecimento nascia desse encontro, da reflexão coletiva, da disputa e não do isolamento. A partir de Hegel, a dialética recebeu tratamento mais amplo e aprofundado para além da dimensão metodológica. O referido autor considerava que no processo racional de busca pela verdade, as contradições não seriam consideradas ilógicas ou empecilhos, mas um verdadeiro motor do pensamento, ao mesmo tempo em que é o motor da história, pois a história é o pensamento que se concretiza (GADOTTI, 1988).

Segundo Lakatos e Marconi (2010), a dialética é metodologicamente o estudo da oposição das coisas entre si, é uma forma de abordagem que considera que cada coisa é um processo, um caminho ou um tornar-se. Cada fenômeno traz em si sua contradição, sendo levada a se transformar em seu contrário. Nesse processo de transformação as mudanças são quantitativas e concomitantemente qualitativas num processo dinâmico e não repetitivo e circular.

Dessa forma, a escolha da hermenêutico-dialética como orientação teórica para a análise dos dados é um processo ao mesmo tempo reflexivo e crítico de análise da realidade social, possibilitando uma reflexão que se funda na práxis.

Além de tudo, a hermenêutica e a dialética são possibilidades por meio das quais ocorre uma reflexão sobre a questão do método, transcendendo a fragmentação dos procedimentos científicos em geral.

Conforme observa Habermas, a razão humana pode mais do que simplesmente compreender e interpretar. Ela possui capacidade de exercer críticas e superar prejuízo. “A mesma razão que compreende, esclarece e reúne também contesta e dissocia” (HABERMAS, 1987, p. 20).

Conforme já mencionado, os relatos gravados foram transcritos na íntegra, logo após a sua realização, para evitar perda de dados significativos. Nesse momento, também foi feita a identificação dos informantes e buscou-se manter todas as impressões percebidas durante a entrevista, como os momentos de silêncio, risos e dúvidas. Após a transcrição, foi feita uma última escuta das gravações, com leitura simultânea da transcrição para garantir fidelidade às informações obtidas.

#### **4.5 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi desenvolvido respeitando-se as recomendações da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais – CAAE 25730013.8.0000.5149 (ANEXO A) e somente após sua aprovação a coleta de dados foi iniciada. Os sujeitos da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que lhes foi entregue após receberem explicação verbal e por escrito, em linguagem acessível, sobre a pesquisa, os objetivos, o método, os benefícios e os possíveis riscos. Além disso, foram orientados quanto à privacidade e ao sigilo das informações, enfatizando a voluntariedade de sua inserção no estudo.

O retorno social da pesquisa ocorrerá sob a forma de divulgação dos resultados, por meio de publicação em periódicos, eventos e outros meios considerados pertinentes e que possam contribuir para o avanço nas ações em saúde e políticas públicas voltadas para o público masculino.

## 5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Na apresentação dos resultados deste trabalho optou-se por identificar com o mesmo nome todos os homens de cada grupo, diferenciando-os apenas com um número (Ex: Jose 1, José 2,...). Os homens do grupo 1 serão chamados de José e os do grupo 2 de Bruno. A escolha aleatória desses nomes se justifica por encontrar no meu universo familiar muitos homens nascidos na década de 50 chamados José e muitos jovens com a mesma idade dos sujeitos da pesquisa com nome Bruno. Há de se considerar que, dessa maneira, o anonimato dos relatos foi mantido.

A opção de dar o mesmo nome aos sujeitos dentro do grupo estudado se justifica na medida em que os homens pertencentes a uma mesma geração compartilham experiências, vivências e construções semelhantes devido ao aspecto cultural e social onde nascem e crescem. Em nenhum momento esse movimento pode ser entendido como uma tentativa de uniformização das falas e relatos, uma vez que se entende que cada sujeito fala do seu mundo a partir de suas singularidades.

Na construção das narrativas, num primeiro momento optou-se por apresentar o mundo (contexto sócio-histórico) dos Josés e dos Brunos. A partir daí, em um segundo momento, narrar como as experiências e concepções de cuidado em saúde vão se arquitetando no cotidiano desses homens. Personagens, cenários e espaços evocados vão se diferenciando durante as narrativas de cada grupo.

Ao final, num terceiro momento, apresenta-se o enredo hegemônico das narrativas. Os aspectos das masculinidades e sua relação com os cuidados em saúde destacam-se como principal enredo nas narrativas dos dois grupos, demonstrando que o padrão social de ser homem atravessa gerações e influencia na maneira do homem se cuidar.

## 5.1 O mundo de José

José nasceu entre 1950 e 1960, em um pequeno município de Minas Gerais. A maioria passa a infância e adolescência no interior do estado e com seus 20 e poucos anos muda-se para a capital mineira à procura de melhores oportunidades de trabalho e para dar continuidade aos seus estudos. Esse movimento expressa um processo chamado de desruralização, presente no estado de Minas Gerais e que, em certa medida, reflete um fenômeno nacional (PORTES; SANTOS, 2012). A população rural do estado que na década de 50 era de aproximadamente 70% diminuiu para 45% na década de 80. Já a população urbana subiu de aproximadamente 30 para 55% no mesmo período (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2005).

As limitadas condições de sobrevivência no campo, no que diz respeito principalmente ao trabalho e à produção, contribuíram para a desvalorização e o empobrecimento da sua população, a expropriação de seus direitos e, conseqüentemente, para sua saída dos espaços rurais. A isso se associa “a pouca integração da industrialização brasileira e mineira com o setor primário, que não foi capaz de harmonizar as relações campo-cidade” (CAMARANO; ABRAMOVAY, 1999, p. 10).

O período em que José nasceu foi marcado no Brasil por experiências de presidentes com discursos e práticas políticas que priorizavam a importância do desenvolvimento econômico e industrial. A historiografia sobre o intervalo entre a queda do Estado Novo de Getúlio Vargas e o golpe que instaurou o regime militar em 1964 apresenta aspectos de uma época na qual nacionalismo, democracia, desenvolvimento econômico e a definição das funções do estado estavam em ampla discussão (MUNIZ, 2013).

Há de se considerar que a atenção à saúde até meados dos anos 50 esteve prioritariamente condicionada à inserção dos indivíduos no mercado de trabalho formal. Esses indivíduos estavam ligados aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) de sua categoria profissional, em que eram oferecidos os serviços médicos e de assistência social. Os indivíduos que não estavam incluídos no mercado de trabalho formal eram tratados como indigentes e estavam à mercê do atendimento das Santas Casas ou outros serviços voluntários.

No período em questão, a vigência desse modelo determinou a vinculação dos direitos de cidadania ao lugar ocupado pelos indivíduos no processo produtivo. Segundo Santos (1987), o que se tem nesse período é uma concepção de cidadania regulada, entendida como uma modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal.

Na década de 50, com maior intervenção do poder público na sociedade e na economia, eram adotadas medidas para diversificação de fontes energéticas e modernização dos transportes. Houve iniciativas de reformas sociais e medidas como a estatização do petróleo e a criação de empresas públicas. Vargas também destacava o desenvolvimento como peça importante para a superação dos problemas sociais do Brasil (MARANHÃO, 1994).

A máxima do desenvolvimento via planejamento se materializou com a criação do Plano de Metas do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1961), que pretendia aprofundar as relações entre o Estado e a economia, valorizando a indústria de base (MARANHÃO, 1994). O lema “50 anos em cinco” de JK era a expressão do nacional-desenvolvimento, que na visão do Presidente deveria conciliar com abertura ao capital estrangeiro (KROPF, 2009).

Se nas décadas de 30 e 40 as políticas sociais e de saúde não foram citadas, na maioria das vezes, entre as prioridades dos governos, observa-se que na década de 50 as políticas de saúde foram influenciadas pelo lema do desenvolvimento. A primazia da modernização e da industrialização teve fortes reflexos na área da saúde pública. Apesar de não constar como meta ou prioridade nos planos governamentais desse período, os serviços de saúde no Brasil também foram incorporados na agenda desenvolvimentista. Esse período foi caracterizado como um “otimismo sanitário”, devido aos incrementos tecnológicos e à descoberta de novos medicamentos nos anos posteriores à Segunda Guerra Mundial (BENEVIDES, 2002).

Como defende Muniz (2013), nessa concepção o controle das doenças infectocontagiosas resultava no que seria não apenas um gasto governamental, mas simbolizaria um investimento no “capital humano”, gasto fundamental para o progresso do país. Medidas para promover a saúde rural, por exemplo, passaram a ser justificadas como capazes de proporcionar o aumento da produtividade do trabalho sertanejo. Dessa forma, pleno de concepções do “otimismo sanitário”

vivido à época, o presidente JK baseou seu plano de ação prioritariamente no combate às endemias rurais, por ele chamadas de “doenças de massa” (tuberculose, lepra, doenças gastrintestinais, boubá, tracoma, malária) e outras doenças que pudessem ser debilitantes da força de trabalho (HOCHMAN, 1998).

De variadas formas a saúde pública foi apropriada como instrumento de desenvolvimento. O governo via na possibilidade do controle das endemias rurais e da erradicação das “doenças que pegam” a criação das condições para a melhoria da vida do trabalhador do campo e da cidade e, portanto, de um incremento produtivo para o crescimento do país. Não se discutia, no entanto, estabelecimento de serviços em larga escala, uma rede permanente de atendimento ou investimentos em centros de referência para a maior parte das regiões do país, apenas o controle das doenças (MUNIZ, 2013).

Essa ausência de serviços de saúde próximos do espaço domiciliar é expressa por José ao narrar o movimento necessário que as pessoas faziam em sua infância para um atendimento especializado em saúde. Os quadros de enfermidade que se agravavam nem sempre eram devidamente tratados, culminando muitas vezes em morte.

[...] eu sou do interior de uma cidade muito pequena e lá na realidade nós não tínhamos acesso à saúde, quando se buscava médicos hospitais era no último caso, então nós tínhamos acesso à saúde. Isso nos grandes centros hoje ficou mais fácil de... das pessoas virem para os grandes centros, naquela época era também muito difícil. A realidade é que morriam pessoas por falta de assistência. [...] muitas pessoas morriam por falta de atendimento com certeza. De fato que eu lembro é da minha vó que morreu em casa, o médico indo lá depois de vários dias que ela estava doente, você tinha que buscar um médico a uns 200 quilômetros de distância, então um fato que eu me lembro é minha vó morrendo em casa depois de ter sido atendida por um médico 10, 15 dias depois do início da doença (JOSE 3).

Lá a cidade era pequena e você tinha que correr para uma cidade maior, um centro maior. Por exemplo, minha cidade era pequena tem 15.000 habitantes não tinha um posto de saúde ou uma Santa Casa, então assim a gente às vezes não cuidava tanto, mas qualidade... Por exemplo, você machucava... naquela época você não ouvia falar de ir pra hospital... não sei se precisava, se preocupava (JOSE 5).

Percebe-se que, frente à enfermidade, procurar pelos serviços de saúde não era uma primeira opção das pessoas, dadas as dificuldades de acesso da população a esses serviços. Dessa forma, o cuidado se dava primeira e prioritariamente no cenário familiar por meio de práticas não científicas

patenteadas pelo senso comum e saber da comunidade. Nota-se que, mesmo acessando com dificuldades os serviços de saúde, as práticas de cuidado não científicas eram utilizadas, denotando a crença das pessoas na sua efetividade.

Mas naquela época, para tudo se tinha um remédio no mato. Então até os 16 anos eu nunca tomei uma injeção ou um comprimido. Eu não tenho histórico de enfermidade e não me lembro de alguém que teve que fazer alguma coisa para cuidar. As pessoas envelheciam, morriam, mas dentro daquele padrão, padrão de mato, de natureza mesmo, das coisas simples. Sempre tinha um recurso caseiro para tudo. A não ser em casos extremos. Por exemplo, cortou uma perna vai para algum lugar, às vezes até não, amarrava-se alguma coisa em volta da perna lá e mantinha depois de um jeito o sujeito estava andando (JOSE 6).

[...] tinha muito essas coisas do pessoal da roça, tinha chá e algumas coisas fantasmagóricas, fantasiosa. Sempre tinha alguma planta que era bom pra isso ou para aquilo (JOSE 4).

A utilização de plantas medicinais para o tratamento de enfermidades no Brasil está arraigada às culturas do europeu, do negro e do índio, resultando em uma produção multicultural que, de acordo com Ferreira (1998), foi durante muito tempo a principal forma de cura utilizada, sobretudo pela população rural. Como afirma Sérgio Buarque de Holanda (1996), com os saberes sobre a natureza, os índios indicaram aos colonizadores as plantas que poderiam servir de alimento e remédio. Com o avanço da colonização, médicos, mezinheiros, jesuítas, barbeiros, cirurgiões e boticários incorporaram o uso da “botica da natureza” (HOLANDA, 1996).

Conforme observa Soares (2000): "todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela, e vice-versa". Assim sendo, de forma paralela ao modelo biomédico, a Medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo do que é concebido como ideal. Essas práticas são, geralmente, trabalhadas no âmbito familiar e, quase sempre, repassadas entre diferentes gerações (QUEIROZ, 1991).

Achados semelhantes foram encontrados por Fontenelle (1959 *apud* VILARINO, 2008) em seu estudo intitulado “Aimorés: análise antropológica de um programa de saúde”, cujo objetivo foi estudar a questão da saúde, doença e seu

tratamento no município localizado na fronteira de Minas Gerais e Espírito Santo na década de 50.

Fontenelle investe a maior parte de seu estudo sobre Aimorés-MG em levantar o emprego da Medicina popular pela população local, constatando diferentes entendimentos, condutas e procedimentos entre os segmentos daquela sociedade, entretanto aproximados pela reação idêntica ao aparecimento da doença: “o que interessa na população é parar a dor” (FONTENELLE, 1959 *apud* VILARINO, 2008).

O autor identifica que, apesar da divulgação de um conjunto de conhecimentos modernos, que facilitavam a criação de uma mentalidade inclinada à acolhida de ideias renovadoras ou de mudança, observou-se entre os mais velhos desse segmento social a permanência de vestígios do uso da Medicina popular para a cura de certos agravos em saúde ou o seu uso complementar às prescrições médicas. Nesses casos, os chás eram reconhecidos como remédios para doenças que se imaginavam sem gravidade (resfriado, gripe, infecção de garganta, tosse, dor de barriga, verminose), e os ingredientes de sua preparação estavam ao alcance do usuário na horta ou na vizinhança. Também permaneciam certos tabus alimentares e de comportamento, como a classificação de certos alimentos e o cuidado com a ingestão de “misturas”.

Oberg (1956 *apud* VILARINO, 2008), ao estudar aspectos culturais, geográficos e ecológicos de uma comunidade rural localizada perto da cidade de Governador Valadares, identificou aspectos sanitários e da Medicina popular dessa comunidade que vão ao encontro dos relatos de José.

O cotidiano da vida rural é amplamente apresentado neste estudo, em que é possível estabelecer relações entre o modo de vida da população rural com limitadas condições de higiene e centrado no trabalho da terra e a saúde da comunidade. O conceito moderno da saúde como um estado de bem-estar social e individual não existia entre a população, o conceito vigente relacionava a saúde num lado oposto à doença. Dadas as condições de vida das populações, estar doente nem sempre era encarado como um problema, conforme o trecho a seguir de JOSE 05, registrando-se que há certa naturalização das doenças, classificando algumas até como “doenças da criança”, dada a elevada ocorrência nos primeiros anos de vida.

As doenças tinham, os tétanos tinham, mas parece que era menos naquela época. Eu imaginava isso, hoje parece que é vírus para todo lado. Vírus que está surgindo. A minha infância foi tranquila. Lógico que tive aquelas doenças de menino, né: coqueluche, pneumonia, caxumba. A gente sempre teve isso! (JOSE 05).

Medidas curativas eram tomadas somente quando a doença e os males se manifestavam. Acreditava-se que existiam causas físicas e espirituais, boas e más, que traziam a saúde ou a doença. Buscava-se o recurso da magia, da oração e remédios “do mato”, recorrendo-se aos peritos nesses campos: os benzedeiros e os curandeiros. Não era incomum acreditar em bruxarias e contra perigos sobrenaturais muitos moradores usavam amuletos protetores. Nessa perspectiva, como refere Vilarino (2008), Oberg identificou algumas doenças que somente seriam curadas por fórmulas mágicas, segundo o costume local: quebranto, cobreiro, hemorroidas, espinhela caída, vento virado, tirar o sol da cabeça, íngua e berruga (OBERG, 1956 *apud* VILARINO, 2008). O autor reporta que algumas dessas doenças não ocorriam na lista de um médico moderno, portanto, reforça-se a concepção popular da existência de “doenças que não são pra médico”.

Nessa comunidade, embora se buscasse a cura sobrenatural por meio de magia e orações, eram de uso comum os chás de ervas e outros remédios, além de recursos de fabricação caseira. Consultas aos poucos médicos existentes na sede do município, Governador Valadares, eram raras: geralmente possível para os fazendeiros e/ou seus familiares ou em casos muito graves que a “Medicina” caseira não resolvia. Os moradores menos abastados eram encaminhados à cidade. Merecem atenção as observações sobre o fato de que as famílias somente recorriam aos médicos em casos difíceis (OBERG, 1956 *apud* VILARINO 2008).

Os estudos de Fontenelle (1959) e Oberg (1956), que apresentam aspectos da Medicina popular, mostram a existência de um conjunto de ideias e conceitos sobre saúde e doença que giram em torno de princípios comuns àqueles evocados nas narrativas de José: a doença é encarada por suas manifestações evidentes; a expectativa de cura em breve tempo é acentuada; faz-se vinculação das doenças a hábitos alimentares e atitudes comportamentais; aceita-se a feitiçaria como fator de persistência de feridas ou enfermidades; a crença na motivação sobrenatural para certos males é respeitada; a crença nas benzeções e

nas fórmulas mágicas para cura de doenças “que não são pra médico”. A centralidade desses princípios não impedia modos distintos de intervenção ou busca pela cura, embora com a mesma finalidade: existia uma variedade de chás receitados para os mesmos males e rezas ou benzeções, conforme o “rezador” ou curandeiro, para o mesmo incômodo.

Diante dos quadros de enfermidades, além das práticas caseiras de cuidado no cenário familiar mencionadas, José apresenta um personagem responsável pelos cuidados e tratamento das enfermidades nesse contexto: o farmacêutico.

Eu tive muito problema na minha infância de infecção de garganta e eu lembro muito da farmácia por isso. Em Betim tinha um farmacêutico chamado Sr. Alcides Brás, ele além de ser um farmacêutico ele era um médico da cidade, então toda vez que você estava com a garganta inflamada você ia lá. Então você ia várias vezes lá, pois o tratamento era paliativo, ele curava a inflamação naquela hora. Ele tinha lá um pozinho que ele soprava na garganta da gente e melhorava, você ficava bom naquela hora, mas voltava. Outro problema que tive muito foi infecção de ouvido, que também era tratada com medicamento que o farmacêutico pingava uma gotinha de remédio passava a dor e aí acabou (JOSE 1)

O farmacêutico era alguém que pertencia ao cotidiano das pessoas e que estaria entre a comunidade com seus saberes populares e o hospital com seu saber científico da Medicina. O acesso a esse profissional era mais fácil, por estar localizado na comunidade e não necessitar de transpor tantas barreiras geográficas para o atendimento. Suas práticas diferiam daquelas caseiras por utilizarem certa metodologia e um conhecimento mais elaborado materializado no uso de drogas e fármacos. A necessidade de procurar cuidados médicos também era indicada por esse profissional. Dessa forma, eles realizavam um trabalho terapêutico e de aconselhamento às pessoas.

A gente sempre tinha... a gente nem sempre ia para o médico. Tinha o farmacêutico que cuidava. Por exemplo, onde eu morava tinha um farmacêutico lá que era... Acontecia essas doenças e ele resolvia, não era o médico. Se ele te indicasse o médico, "olha, isso aí tem que para um centro maior: um Pouso Alegre ou um São Paulo da vida", então tinha que ir, mas a maioria resolvia na própria cidade (JOSE 5).

[...] muitas pessoas eram atendidas por farmacêuticos locais, com certeza tinha muitos erros e tinha acertos. [...] o meu pai que teve tétano e ele quase morreu, ficou 14 dias em coma, porque demoraram descobrir, foi tratando com os farmacêuticos primeiro e foi agravando. Quando chegou a ir para um hospital que estava a mais ou menos 200 quilômetros de distância, ele já estava com a doença muito avançada e quase morreu (JOSE 6).

A figura desse farmacêutico remonta à figura dos boticários presentes no Brasil desde o Período Colonial. Os boticários chegaram ao país nas naus portuguesas em meados do século XVI e foram responsáveis, até o século XIX, pela comercialização e preparo de medicamentos para toda a população. Ao longo da história assiste-se aos esforços do Estado para a regulamentação e controle dessa atividade, que não necessitava de educação formal para seu exercício, a formação se dava na prática do trabalho. Em 1832, o Estado brasileiro promulgou uma lei que exigia que ninguém poderia “curar, ter botica ou partejar” sem ter diploma reconhecido por Faculdade de Medicina. Segundo Edler (2006), apesar de tal legislação, o que se presenciou no país durante muito tempo foi que as boticas ou farmácias, mesmo nos centros urbanos, acabavam funcionando como locais de assistência médica e farmacêutica, incluindo a prescrição e manipulação dos medicamentos e, provavelmente, a aplicação de procedimentos terapêuticos usuais.

Recuperando os pressupostos de Kleinman para se analisar os setores de cuidado em saúde (informal, *folk* e profissional) em uma sociedade complexa, nota-se que as primeiras práticas de cuidado vivenciadas por José transitam entre os subsistemas informal, materializado nas práticas caseiras e no subsistema popular pelas práticas de cuidado ligadas ao uso de ervas, benzeções e rezas.

Além dos cenários e personagens evocados no cuidado em saúde, José refere que essa época foi marcada pela ausência de divulgação de informações e “modelos” de cuidado em saúde, como ocorre nos dias atuais. A divulgação de informações é justificada pela escassez e limitação do alcance dos meios de comunicação. José ainda indica que o comportamento “não cuidadoso” das pessoas seria algo rotineiro e comum, diferente do comportamento “ideal” divulgado nos dias atuais, que prioriza ações de cuidado com alimentação, exercícios físicos e realização de exames periódicos.

Quando eu tinha lá mais ou menos 15 anos, 14 anos eu não ouvi muito nesse aspecto de cuidar da saúde não. A gente sempre deparava com parentes, com vizinhos que bebiam, fumavam, comiam muitas gorduras, feijoada e tudo. Então, assim, exemplo para cuidar da saúde eu não tive não, eu tive uma visão pessoal, pois eu sempre fui assim preocupado (JOSE 2).

Era meio precário, não tinha esse... vamos dizer... essa propaganda, essa divulgação que existe hoje. Eu acho que hoje os médicos, a Medicina conhece mais o ser humano, o corpo humano e ver as necessidades que o homem precisa para envelhecer com saúde (JOSE 4).

Acho que seria mais por causa da divulgação, a mídia, a televisão a imprensa em si fala mais de saúde do que se falava no passado, então acredito que as pessoas naquele tempo há 30 40 anos atrás e até mais elas não tinham tantas informações (JOSE 2).

Mesmo com todas as ausências e limitações mencionadas, José, ao recordar desse momento, acredita que aquela era uma época com mais qualidade de vida. Essa qualidade de vida não estaria relacionada aos aspectos materiais e financeiros, que poderiam gerar mais bem-estar e melhores níveis de saúde, mas estaria relacionada a um padrão de vida “mais natural”, sem a interferência da urbanização e todos seus prejuízos para a saúde das pessoas. A preservação da saúde se daria aos hábitos de vida mais simples de uma população distante dos processos de industrialização e outras tecnologias. Como exemplo, destaca-se a relação expressa entre saúde e alimentação. José entende que a alimentação daquilo que se plantava ou cultivava seria um fator de proteção para a saúde, uma vez que os alimentos estariam “descontaminados” de processos químicos utilizados na agricultura prejudiciais ao organismo.

Olha, na verdade, às vezes era até mais saudável, porque se alimentava melhor, se dormia melhor. Se comia produtos mais naturais. Eu, por exemplo, sou do interior, nasci no interior e fiquei até meus 10, 12 anos, mas tive uma base muito sólida, por quê? Porque fui criado com leite de vaca e comidas naturais, vinda da própria terra sem nenhum processos químicos. Então quando se vai para a cidade você começa a ter um desgaste muito maior. Você tem um estresse muito elevado, tanto na empresa, quanto no trânsito, quanto no dia a dia de notícias ruins, então você acaba usando isso tudo e seu desgastes é muito maior (JOSE 07).

Então, rapaz, a minha infância foi meio atípica, né, como filho abandonado eu cresci no mato, então o cuidado não tinha essa visão de cuidado com a saúde, a visão era viver no mato, viver a natureza por forças das circunstâncias. Então eu entendo que eu cuidei muito bem da minha saúde, sem querer, de maneira natural. A alimentação era tudo natural, comia o que se plantava então automaticamente minha saúde foi preservada nesse tempo, longe de agrotóxico, longe dessas coisas embutidas, enlatadas. A minha infância e até os 16 anos eu vivi isso, então era uma coisa meio atípica. A minha saúde foi preservada, pois quando você se alimenta bem você praticamente não adocece, né? Não existia enfermidade (JOSE 06).

Ao narrar sobre a época, existe uma impressão de não existência das doenças ou naturalização das mesmas. Vê-se que as enfermidades e os agravos em saúde faziam parte do cotidiano das pessoas e eram encarados como algo inerente a cada ciclo de vida.

[...], mas olha isso aqui (mostra cicatrizes e marcas nas pernas e braços) é tudo de infância, você machuca e pra gente tudo era normal, tudo acontecia. As doenças tinham, os tétanos tinham, mas parece que era menos naquela época. Eu imaginava isso, hoje parece que é vírus para todo lado. Vírus que está surgindo. A minha infância foi tranquila. Lógico que tive aquelas doenças de menino, né: coqueluche, pneumonia, caxumba. A gente sempre teve isso! (JOSE 05) .

Consta-se que o mundo em que José nasceu e construiu suas primeiras experiências de cuidado em saúde e relação com as doenças é pouco medicalizado e marcado pelos saberes da Medicina popular. As pessoas enfrentavam os males do corpo de maneira profundamente diferente dos dias atuais, na qual o acesso aos serviços de saúde e desenvolvimento tecnológico foram ampliados. Essa construção e contexto de vida influenciarão diretamente na maneira com que José, hoje com seus 50 anos, cuida e se preocupa com sua saúde. O resgate desse momento de vida de José possibilitou identificar continuidades e rupturas nas ações de cuidados evocadas pelos dois grupos, revelando que essas ações estão imersas no âmbito cultural dos homens deste estudo.

## **5.2 O mundo de Bruno**

Após a década de 50, brevemente apresentada no capítulo anterior, o país passou por profundas transformações na sua conjuntura social, econômica e

política. Em meados da década de 60 assumiram o controle do país num cenário marcado pela Guerra Fria e por uma crise econômica que lhes conferia o apoio de segmentos da iniciativa privada e dos setores médios urbanos. Entre os anos de 1964 e 1985 os militares foram se alternando no controle do Estado brasileiro e adotaram o planejamento como instrumento capaz de equacionar e dar encaminhamentos à resolução dos problemas acarretados pelo subdesenvolvimento, que sacrificava a população e minava o orgulho nacional. Nessa perspectiva, a retórica ufanista, que caracterizou boa parte da propaganda do movimento militar, aliou-se a uma sucessão de planos que buscavam alavancar a economia e atacar os obstáculos estruturais que se interpunham ao desenvolvimento (PONTE, 2010).

Favorecido pela grande disponibilidade de recursos financeiros na economia mundial, o desenvolvimento nacional ganhou forte impulso, atingindo o seu auge na primeira metade da década de 1970, período do “milagre econômico”, em que taxas de crescimento alcançaram patamares superiores a 10% ao ano, chegando a 14% em 1973 (ABREU, 2014). A aceleração da economia não significou, no entanto, melhor distribuição de renda entre a grande parte da população do país, que contava com pouco mais de 90 milhões de habitantes. Conforme observa Almeida (2004), o referido período foi marcado por intenso processo de concentração de riquezas expresso pela formação de grandes conglomerados nacionais, pela crescente presença de multinacionais na economia, bem como pela substituição da agricultura familiar e da existência de projetos agroindustriais voltados para a exportação.

O desenvolvimento proporcionado pelo incentivo ao setor agroexportador aliado à abertura de mercado de trabalho nas grandes cidades funcionou como uma fonte de atração da mão de obra proveniente dos contingentes marginalizados pelo processo de mecanização e extensão da atividade agrícola. A conjugação desses fatores gerou aumento populacional nos centros urbanos, que experimentaram crescimento sem precedentes (CAMARANO; ABRAMOVAY, 1999).

Dividida entre a saúde pública e a Medicina previdenciária, a área da saúde encontrava-se extremamente fragilizada e com escassas possibilidades de responder às novas e graves demandas que o modelo de desenvolvimento econômico trazia para o setor (PONTE, 2010).

Como já exposto, foi nesse quadro que José se mudou para a capital mineira e que Bruno ali nasceu em meados da década de 80 e início da década de 90, período substancialmente diferente daquele em que a geração de José nasceu. O Brasil, a partir do ano de 1985, vivia um período de intensa mobilização social, a partir da abertura política, com o fim do regime de ditadura militar enfrentado nas décadas anteriores.

Esse período da história brasileira se caracterizou por várias mudanças, tanto de ordem social quanto econômica, com algumas transformações no campo da saúde no Brasil. O país passava por momentos de grande crise econômica, paralela a profundas mudanças no modelo político vigente à época; a conquista da democracia após um extenuante período de represálias.

O país vivia um quadro político e econômico marcado por dificuldades no panorama nacional e internacional, caracterizado por um processo inflacionário e crise fiscal sem controle, ao lado do crescimento dos movimentos oposicionistas e de divisões internas nas forças que apoiavam o regime. A derrota do governo nas eleições de 1982, agregada ao crescimento do processo recessivo, "quebrou a coesão interna do regime, determinando um redesenho de seus pactos". Tiveram início nesse momento os movimentos em direção ao processo de redemocratização do país.

Com a abertura política, a população descontente voltou a se mobilizar, e a reivindicar mais atenção do estado para com as questões sociais, principalmente a saúde. Nessa área, os gastos se apresentavam concentrados quase exclusivamente na área curativa, reforçando a política individualizada de atendimento e ficando a área preventiva relegada a iniciativas próprias de alguns poucos municípios. Em meio à crise previdenciária e à caótica situação de saúde, o regime militar começou a perder forças diante dos intensos movimentos populares organizados compostos de vários segmentos sociais descontentes. Consciente de seus direitos a sociedade começou a se mobilizar, fugindo ao controle do estado e identificando o regime com o fracasso nas políticas sociais.

Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), a década de 1980 iniciou-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. Em 1985, a nomeação de representantes do Movimento Sanitário para importantes cargos de direção do Ministério da Saúde possibilitou, segundo Escorel (2008, p.427), "uma inflexão dos rumos da política nacional de saúde".

Com as eleições de 1986 avançou o processo de abertura democrática e foram renovados o Congresso Nacional e a Presidência. Iniciaram-se as discussões para a promulgação da Constituição de 88 e a saúde passou a ocupar espaço como temática central nas políticas sociais. O cenário composto para a aprovação das propostas é misto entre integrantes do Movimento Sanitário (progressistas) e neoliberais (conservadores) comprometidos com o modelo privatista (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Existia a proposta de unificação do sistema de saúde e a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, que encontrou muitas divergências. Assim, a solução encontrada foi convocar a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, definida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Para Lima, Fonseca e Hochman (2005), o movimento sanitário trouxe à cena a crítica ao modelo de abordagem biológica da Medicina e passou a discutir as práticas de saúde numa perspectiva “histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade”. Foi com base nessas premissas que tanto a formação como as práticas de saúde passaram a ser questionadas e a incorporação social se impôs como fundamental para pensar os processos de mudança. Foi nesse cenário que se constituiu, também, a emersão de um novo campo de práticas e conhecimento: a saúde coletiva (LIMA; NORONHA; MACHADO, 2008).

A sustentação desse novo campo se dava pela ampliação do conceito de saúde para além da ausência de doenças fortemente presentes no mundo de José, conforme mencionado, incorporando situações relacionadas às condições e qualidade de vida. Passou também a incorporar e agregar outros campos de

conhecimento e práticas, como a política de saúde, as ciências sociais e a epidemiologia social, constituindo-se, dessa forma, em um campo interdisciplinar. (LIMA; NORONHA; MACHADO, 2008)

Para Paim (2008), foi a conquista da democracia, em 1985, que possibilitou a realização da 8ª CNS, um marco e divisor de águas no que diz a respeito à formulação de políticas públicas para a saúde. A Conferência teve como um dos desdobramentos a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que, a partir das ideias defendidas na conferência, subsidiou os debates da área, definindo atribuições e responsabilidades que posteriormente foram empenhadas pela Constituição de 1988.

A 8ª CNS constitui também a base para a construção de todo o arcabouço jurídico-legal, que incluiu a saúde, na Constituição de 88, como um direito de todos e dever do Estado de garantir o acesso universal e gratuito a toda a população e recuperação. Estavam assim formados a base e os fundamentos para a implementação de uma política social de caráter público: o Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2008).

O SUS, em seu arcabouço jurídico-ideológico definiu como princípios doutrinários: a universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a equidade; e como princípios organizativos: a descentralização, a hierarquização, a regionalização, a participação social, a resolutividade e a complementaridade das ações. O SUS se institucionalizou num cenário bastante adverso, em que muitos países capitalistas, inclusive o Brasil, adotavam uma reprodução do modelo neoliberal (FLEURY, 2009).

Após a garantia constitucional da implantação de um sistema de saúde, foi aprovada a Lei 8.080/90, que criou o SUS. Essa lei acabou sendo complementada, ao final do mesmo ano, pela Lei 8.142/90, sendo então garantida a participação popular no processo decisório. As duas leis, chamadas de “Leis Orgânicas da Saúde”, dispõem sobre os princípios e diretrizes do novo sistema e especifica uma série de atribuições ligadas à saúde, abrangendo fundamentalmente: ações de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; ordenação de recursos humanos na área, ações de vigilância nutricional e outras.

A primeira e maior novidade do SUS foi o conceito de saúde. Esse “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e

políticos, como visto anteriormente, trouxe consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão desse quadro extrapolava os limites restritivos da noção vigente. Encarar saúde apenas como ausência de doenças levou a um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional (SCOREL, 2008).

Esse conceito ampliado de saúde, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora: meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos, etc.); garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Ou seja, para se ter saúde, é preciso possuir um conjunto de fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. A saúde se expressa como um retrato das condições de vida (SCOREL, 2008).

Além dessa mudança conceitual, a partir do nascimento do SUS observa-se um esforço governamental, a partir de normas operacionais e portarias, para estender a rede de serviços de saúde e implementar ações em saúde que sejam mais contextualizadas e que de fato dialoguem com as necessidades das pessoas. O serviço de saúde e seus profissionais que outrora se encontravam a alguns quilômetros do ambiente familiar e nem sempre eram acessados agora estarão próximos da realidade de uma dada comunidade.

Scorel, Nascimento e Edler (2005) ressaltam que as décadas de 80-90 compareceram, em meio aos avanços e inflexões, como marco na inclusão de novos atores na arena política, na formulação de novos fundamentos para as políticas públicas de saúde e no surgimento de um novo modelo de atenção e na tentativa de reorientar os modelos tecnoassistenciais de saúde na atenção básica. Os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) implantados em 1994 e, posteriormente, desdobrados em Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornaram-se instrumentos estratégicos para se universalizar o acesso aos serviços de saúde aos segmentos populacionais socialmente vulneráveis, devido à pobreza em que vivem e onde vivem (COHN, 2005).

Expressões como promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância de condições de saúde passaram a fazer parte do vocabulário do setor saúde e são

divulgadas para a população por meio de programas e ações, contribuindo para uma mudança no imaginário social do conceito de saúde e na maneira de se cuidar.

O nascimento de Bruno é contemporâneo ao nascimento do sistema de saúde brasileiro, entre 1985 e 1995. Assim nascia uma maneira diferente de se pensar e fazer saúde. Bruno nasceu em uma cidade grande, com amplas possibilidades de acesso aos meios de comunicação (rádio, televisão, jornais, internet, etc.), à educação formal e aos serviços de saúde. Trata-se de um período de aumento da conectividade entre as pessoas e fluxo das informações com a comercialização e popularização da internet.

A ampliação do acesso aos serviços de saúde e as mudanças na forma de relacionar-se com a saúde são reveladas nas narrativas de Bruno ao mencionar a época da infância.

[...] eu tinha sinusite quando era pequeno e gerava mais as minhas idas no hospital, e aí tinha que ir nas crises e fazer um acompanhamento bem de perto, porque se não piorava (BRUNO 09).

Eu tinha asma e normalmente fazia acompanhamento no posto de saúde, na rede pública mesmo. Nos momentos de crise num serviço de emergência, aí era hospital mesmo (BRUNO 13).

O acesso a esses locais se dava diante das enfermidades e também para os casos de acompanhamento das condições de saúde. Esses cenários são evocados no momento em que Bruno resgata as primeiras experiências com o cuidado em saúde. Os serviços de saúde são acessados para a cura dos males e também para ações de prevenção de agravos, tendo como personagem principal por esse cuidado o médico. As ações desse personagem são marcadas por um saber especializado e com metodologia científica.

As narrativas que se seguem marcam a importância desse personagem para a manutenção da boa saúde, o médico. Agora próximo dos contextos familiares, é capaz de julgar a condição de saúde das pessoas e prescrever os cuidados necessários.

Tive pneumonia. A gente precisa de cuidar da saúde! A gente precisa de cuidar da saúde! Isso era muito forte, tanto na esfera médica, quanto na esfera familiar e dizer que estava saudável, era dizer que não estava indo ao médico (BRUNO 04).

Eu tinha quadros graves de pneumonia, que eram muito recorrentes, então eu precisei de fazer muito tempo acompanhamento para bronquite, bronquite asmática, essas “ziquiziras”. Então isso requeria um cuidado mais intensivo, mas isso passou também. Ia sempre no médico para esse acompanhamento, mas depois passou! (BRUNO 13).

Bom, a minha mãe ela sempre foi muito presente, ela sempre foi bem conscientizada em relação a esse cuidado preventivo mesmo. Ela sempre me levava ao médico preventivamente, periodicamente, respeitava os prazos de cada exame, então eu fui crescendo nessa cultura de estar sempre cuidando, sempre estar buscando auxílio e não deixar de ir ao médico só quando estava passando mal, gripado, por exemplo (BRUNO 09).

A infância de Bruno foi marcada pelas consultas médicas periódicas como forma de se cuidar da saúde. A figura materna está associada à responsabilidade pelas idas frequentes aos consultórios ou serviços de saúde, bem como à execução dos cuidados prescritos. Em nenhuma das entrevistas foi identificada a relação da figura paterna com essa ou outras ações de cuidados na infância, corroborando a cultura que relaciona cuidados como algo do universo feminino.

Mesmo acessando o saber médico para as práticas de cuidado na infância, Bruno declara que outros métodos eram utilizados no ambiente domiciliar para se cuidar da saúde.

Bem, na minha infância e adolescência era muito senso comum, não se utilizava muito técnica ou não se dava importância para conhecimento científico não. Por exemplo, viroses que eu pegava: xarope era administrado. Indisposição estomacal: chá de boldo; está com febre, camomila; gripou toma AS [ácido acetilsalicílico] e mesmo sem ter um conhecimento mais aprofundado da causa dessa indisposição orgânica. Qualquer sintoma que anteriormente tinha sido tratado de alguma forma era só repetido ou se estivesse com muita dor ou passando muito mal que era procurado atendimento médico. Era muito de senso comum. Muito de homeopatia, muito chá, muito de remédio que avó fala, muito de repouso disso, remedinho acolá (BRUNO 11).

Eu normalmente ia no centro de saúde, era na rede pública mesmo. Ou no momento de crise num serviço de emergência ou no centro de saúde o cuidado mesmo. Eu fui em benzedor também, sabe, essas coisas assim e isso ajudou bastante, eu acho que mais que o tratamento convencional na verdade. [...] benzedor tem toda uma coisa da religião, da fé e aí eram pessoas que faziam orações e recomendavam tratamentos alternativos com plantas e tal. Faziam aquelas medidas corporais, para ver se a espinhela está quebrada, esses trem. E funcionava, de vez em quando não, mas era legal essa forma de cuidado. [...] É uma coisa de tradição familiar, minha vó conhece muitas plantas e muitas coisas, então a gente recorria a esses conhecimentos como forma de cuidado em saúde também. Para ter uma saúde legal! (BRUNO 13).

Tais práticas de cuidado realizadas no ambiente familiar remontam àquelas práticas evocadas por José, mostrando que os saberes e procedimentos populares de cuidado fazem parte do arcabouço cultural de uma sociedade e se difundem entre as gerações. Conforme observa Ruth Benedict (2013), a história de vida da pessoa é, primeiro, e acima de tudo, uma adaptação aos padrões e critérios tradicionalmente transmitidos de uma geração para outra na sua comunidade. A autora ainda acrescenta que “desde o nascimento do indivíduo, os costumes da sociedade em que ele nasce moldam sua experiência e seu comportamento” (BENEDICT, 2013, p. 14).

Dessa forma, observa-se que mesmo nascendo num panorama de ampliação dos serviços de saúde e melhoria do acesso às ações em saúde, as práticas de cuidado realizadas na infância de Bruno nem sempre serão aquelas exercidas por profissionais de saúde, evidenciando que o ato de cuidar está imerso em construções e práticas históricas e culturais dos sujeitos. As práticas caseiras foram citadas como a primeira escolha para se curar ou aliviar os males do corpo. Esses procedimentos são muitas vezes utilizados juntamente com as terapias prescritas pelos profissionais, ressaltando a crença na efetividade desses.

Ah, era assim, se está gripado faz um chá, se está tossindo dá uma amoxicilina, se está com dor de cabeça pinga umas gotas de dipirona, ou toma neosaldina ou aspirina, é sempre assim desse jeito (BRUNO 7).

Eu lembro de muito xarope, um AAS. Comprimidos não eram muitos, eram comprimidos que vendiam em supermercado mesmo. Muito chá de boldo, para dor de barriga. Tinha chá de alecrim. Para gripe tinha vários, folha de mamão, tinha um horrível que eu nunca vou esquecer com gengibre, depois que eu cresci eu nunca mais tomei, porque quando você é pequeno é obrigado a tomar, quando você é grande você diz: Não [risos], ninguém vai me obrigar a tomar isso. Eu lembro que uma vez a minha avó me fez mascar alho para a garganta. E outros chás com raízes (BRUNO 1).

Nota-se que o uso de medicamentos, assim como de plantas medicinais, é considerado algo do ambiente doméstico nem sempre atrelado à consulta médica. Esses medicamentos passam a ser encontrados a partir da década de 80 em outros espaços comerciais (mercados, padarias, armazéns, etc.) para além das farmácias, transformando-os de insumos médicos em elementos da feira. A utilização dos fármacos passou a ser mais uma alternativa utilizada anterior à procura dos serviços de saúde.

A procura de recursos no ambiente domiciliar para o cuidado em saúde é algo que se apresenta como continuidade ao se observar as gerações de José e Bruno. O que se apura é que o costume de remediar e aguardar a melhora dos quadros permanece mesmo após as distâncias e barreiras de acesso aos serviços de saúde serem diminuídas.

As primeiras práticas de cuidado são carregadas de saberes e experiências transmitidos pelas gerações dos pais e avós de Bruno e são também influenciadas pela ampliação da oferta e cobertura dos serviços de saúde. Nas narrativas apreendidas verifica-se que tais práticas de cuidado, evocadas pelas duas gerações de homens aqui estudadas, muitas vezes reforçam a busca tardia pelos serviços de saúde na medida em que são utilizadas exaustivamente antes de os homens procurarem ajuda profissional.

Essa busca tardia aos serviços de saúde é amplamente discutida em alguns estudos (CONNEL & HUGGINS, 1998; GAST; PEAK, 2010; WILSON, 2000; SCHOFIELD *et al.*, 2000) acerca da saúde do homem. Esses autores salientam que os medos e os conhecimentos ineficientes dos homens seriam a justificativa para essa demora na busca por ajuda e que isso acabaria trazendo um impacto negativo na saúde dos homens. Porém, a partir das narrativas dos homens nesta pesquisa, constata-se que os medos e inseguranças não são os únicos a contribuir para a procura tardia aos serviços. Há de se considerar que o costume de procurar cuidados em saúde no ambiente domiciliar faz parte de um arcabouço histórico e cultural e que circula entre as famílias, praticado tanto por homens ou mulheres quando necessitam de cuidados em saúde.

### 5.3 E agora, José?: os sentidos de saúde e cuidado para José

Os discursos de Bruno e José sobre a produção de cuidados nos seus cotidianos é o momento de encontro dos nossos sujeitos. A partir das narrativas sobre as práticas e espaços de cuidado é possível identificar as similitudes e diferenças entre as duas gerações. As ações de “des” cuidados são também identificadas nas falas dos sujeitos e fazem íntima relação com o entendimento desses sujeitos acerca da saúde e com o enredo hegemônico das narrativas.

As noções de cuidado estão em consonância com a noção de saúde dos sujeitos. Ao se perguntar o que os sujeitos entendiam sobre cuidados em saúde, o conceito de saúde logo era evocado.

As práticas de cuidado emergem nas narrativas quando os personagens falam das ações que fazem no seu dia a dia para cuidar da sua saúde. É narrando o cotidiano que os personagens vão apresentando suas escolhas, justificativas e atitudes de cuidado de si. Essas práticas transitam entre as dimensões técnicas e não técnicas, revelando que os sujeitos cuidam de sua saúde de diferentes formas a partir do seu entendimento acerca de saúde e contextos em que estão inseridos. Os modos de cuidar de si perpassam as questões geracionais e as questões de gênero.

Para Scliar (2007), o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural e não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais e concepções científicas, religiosas, filosóficas. Dessa forma, José e Bruno apresentam compreensões diferentes sobre saúde e cuidado e que serão influenciadas pelas vivências e cultura que compartilham.

A noção de saúde para José está ligada à ausência de doenças e ao funcionamento adequado do corpo para as atividades da vida diária, com destaque para o trabalho. Estar saudável é estar em plenas condições físicas para desempenhar todas as funções do dia a dia. A doença aparece como uma desordem nesse corpo-máquina, que impossibilitaria o sujeito em suas atividades e funções na família e no trabalho.

Segundo Batistela (2007), esse entendimento de saúde expresso por José é largamente difundido no senso comum, porém não está restrito a essa dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa ideia não só é afirmada pela Medicina,

como tem orientado a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente aquelas referentes aos avanços na área de diagnóstico.

Com o advento da Medicina moderna nos meados do século XIX, a doença começa a ser acompanhada estatisticamente e o hospital transforma-se em espaço de produção de conhecimento e ensino, onde os doentes são classificados para os tratamentos prescritos pelos médicos. A clínica passa a buscar uma linguagem objetiva, capaz de descrever o “signo original” de forma menos abstrata possível. O sintoma passa a representar a linguagem primitiva do corpo (BATISTELA, 2007).

Os fenômenos passam a ser explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de doença, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje.

O filósofo norte-americano Christopher Boorse (1997) foi um dos primeiros a se esforçarem por conceituar a saúde dentro dos marcos da Medicina moderna. O autor entende saúde como objeto teórico e que representa o estado de ausência de doença. O conceito de doença está relacionado ao cumprimento deficiente de uma função biológica comprometida porque um dos componentes dessa função encontra-se fora da normalidade estatisticamente definida (BOORSE, 1997).

Boorse (1997) define funcionamento normal pela referência ao termo eficiência, tomando a análise da população como base para sua definição de “normalidade estatística”. Aplica esse construto tanto para doenças que se manifestam como enfermidade quanto para aquelas condições latentes ou assintomáticas. Utiliza o conceito de função para definir saúde, propondo como alternativa o conceito de funcionamento normal capaz de tornar o funcionamento orgânico em estado ou condição de normalidade.

Segundo Almeida Filho e Jucá (2002), Boorse termina seus estudos indicando que, além da inexistência de doença, o conceito de saúde poderá implicar simplesmente normalidade, sempre no sentido de ausência de condições patogênicas.

No debate contemporâneo, diversos autores têm criticado essa definição negativa de saúde, que emerge com a Medicina moderna. Para Almeida Filho e Andrade (2003, p. 101), “em uma perspectiva rigorosamente clínica [...] a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’. [...] os estados individuais de saúde não são excludentes *vis à vis* a ocorrência de doença”.

Essa definição limitada de saúde contribui para a compreensão de mesmo tamanho acerca de cuidado em saúde expressa por José. Apesar de sua infância ser afastada dos recursos médicos, ele entende que cuidar da saúde é realizar uma série de práticas e medidas para evitar a condição de doente. Cuida-se para manter o pleno funcionamento e normalidade do corpo, ou seja, o cuidado estaria ligado aos aspectos funcionais do organismo.

Cuidar da minha saúde é alimentar bem, praticar exercícios regularmente e fazer *check-up* com os médicos compatíveis da minha idade [...] (JOSE 04).

Bom, para mim cuidar da saúde é: manter os *check ups* pelo menos anuais, mantenho semestralmente, fazer exercício físico e procurar ter uma boa alimentação, o melhor possível, dentro das nossas condições de vida do dia a dia. Fazer tudo pra não ficar doente, né? (JOSE 06).

Nota-se que cuidado com a saúde, para essa geração, envolve inúmeras práticas que devem ser necessariamente realizadas, rotineira ou esporadicamente, mas que requerem organização e disponibilidade de tempo, como as consultas médicas e a realização de exames. Outras práticas, além desse aspecto, exigem a adoção ou mudanças de comportamentos, como a alimentação saudável e a prática de atividades física.

Essa concepção de saúde e cuidado foi também encontrada nos estudos de Telleria (2003), Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Silva e Silva (2014). Esses estudos, que também escutaram outros Josés em contextos diferenciados, relataram que discursivamente os homens marcam uma diferença entre o que deveria ser e como é o cuidado em saúde. Mencionam que a situação ideal seria cuidar de maneira integral de sua saúde, porém não o fazem devido a questões de comportamentos machistas socialmente valorizados e devido às responsabilidades com o trabalho e com a família.

Nessa concepção, a prática de cuidado em saúde que ganha destaque nas falas de José é a realização dos “*check-ups*”. Esses *check-ups* são entendidos como exames e consultas que fornecem resultados objetivos da condição de saúde e assim são importantes para “saber se vai tudo bem” ou “se você anda mal”. Nas narrativas que se seguem é possível identificar essa lógica.

Então, como te falei eu faço *check-up* de seis em seis meses, eu já saio de um *check up* com pedidos de exames para fazer daqui seis meses. Daqui seis meses a minha médica já me passou tudo que eu preciso e eu cumpro isso à risca de seis em seis meses eu vou ao médico. Procuo obedecer, se tenho que tomar alguma coisa eu tomo mesmo. Eu cuido da minha saúde como te falei além de fazer isso eu sou muito simples no meu dia a dia nas minhas atividades (JOSE 06).

Bom, na minha idade é muito importante se preocupar em fazer os exames de sangue: hemograma, PSA [antígeno prostático específico], colesterol, triglicérides, glicose. Um *check-up* geral nesse sentido de sangue e urina para ver se está tudo bem (JOSE 04).

O *check up*, embora carregue a noção de ser um conjunto de exames e procedimentos que visam a detectar os fatores de risco ou as doenças em uma fase assintomática, resume-se, para o nosso personagem, a um conjunto de exames de análises clínicas, sem incluir nesse conjunto outras avaliações clínicas e de imagem necessárias. O conjunto de exames realizados foi compreendido como um fim em si mesmo e não como ferramenta para indicar novas possibilidades de vida.

O termo *check-up* remonta à ideia de um procedimento largamente utilizado nos setores de indústria, comércio e serviços, o qual permite a conferência de determinados padrões ou parâmetros para o correto funcionamento de algum processo ou máquina. Como José compreende o corpo como máquina e a doença como deterioração dessa máquina, os exames seriam a possibilidade de averiguar o funcionamento das engrenagens e detectar algum possível problema. Esses devem ser realizados de acordo com os prazos estabelecidos pelo profissional de saúde, visto nessa concepção como aquele que conhece o corpo-máquina.

Percebe-se que há uma preocupação com a dimensão objetiva da vida a partir dos índices e sinais que o corpo emana, capazes de serem quantificados, medidos e comparados, sem se atentar para questões subjetivas e emocionais. José pouco fala de práticas que trabalhem com os aspectos subjetivos e emocionais da vida, corroborando o achado de outros estudos que identificam a

pouca adesão de homens a práticas alternativas ligadas às dimensões emocionais, sociais e espirituais da vida (FREITAS *et al*, 2007; GOMES; ZAZA, 2009; SABÁ, 2001; SALLES-COSTA *et al.*, 2003; WANKEL, 1993).

Paradoxalmente, os *check-ups* e as consultas podem contribuir para um distanciamento do ser cuidado (José) e do cuidador (médico), uma vez que mais se fala do sangue, da urina, de algum índice do que se dialoga com o sujeito do sangue e da urina inserido em determinado cenário com suas necessidades. Podem ainda causar certa redução do homem em determinado órgão ou doença, dificultando os homens de demonstrar suas fragilidades e medos para o outro. Conforme sugerem Schraiber, Nemes e Mendes Gonçalves (1996), o reconhecimento das necessidades dos sujeitos tem se dado na modernidade a partir da medicalização da doença, sem considerar os aspectos de sociabilidade e das produções que ocorrem no cotidiano dos indivíduos.

Esse reducionismo do homem é também encontrado na própria PNAISH, pois, embora tenha trazido uma proposta de melhoria das condições de saúde da população masculina mediante a ampliação do acesso aos serviços da saúde, apresenta como um de seus indicadores o número de prostatectomias suprapúblicas realizadas (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). A política propõe estabelecer um diálogo mais ampliado, mas vai se reduzindo até a próstata, ou seja, outros aspectos da vida dos homens não detectados em índices, exames ou *check ups* deixam de ser escutados e avaliados.

Apesar de acreditar na importância dos exames, José assume que nem sempre cumpre com os prazos determinados e estabelecidos pelos médicos. José compreende as orientações dadas na consulta como ordens a serem obedecidas, mas nem sempre as segue como deveria. A resistência para a realização dessa prática é justificada por questões da vida cotidiana, que acabam atrapalhando-o de colocar a saúde em primeiro lugar.

O homem eu acho que... o brasileiro... eu acho que ele deixa tudo para a última hora. Você precisa correr atrás de seus periódicos, apesar da empresa pedir. Você tem que fazer um *check up*, cuidar da sua saúde melhor. Tem que fazer seus PSA da vida, fazer seu controle cardíaco de seis em seis meses, que era para eu já ter feito e eu não fiz. Estou esperando para fazer agora mês que vem, a gente vai tudo adiando e isso é ruim para a gente. Tem que colocar a saúde em primeiro lugar (JOSE 05).

Eu sou hipertenso desde os 35 [anos] e hoje tenho 55 anos, então tem 20 anos que sou hipertenso. Vou às vezes ao cardiologista, no máximo uma vez por ano, o que eles pedem que eu vá duas vezes, então eu não cuido como deveria (JOSE 03).

No discurso de José, o trabalho tem relação ambígua com os cuidados em saúde: ora apresentado como fator impeditivo para se cuidar, ora como determinante para a busca por cuidados. Saúde e trabalho agregam um conjunto de crenças e trazem consigo uma série de prescrições: “um homem trabalhador deve...”, “cuidar da saúde é uma responsabilidade do cara...”. É importante cuidar-se para ter condições adequadas de trabalhar.

É muito importante para o cara estar com a saúde em dia, estar em boas condições para o dia a dia do trabalho, das obrigações, das coisas da vida (JOSE 05).

[...] você precisa de entender que cuidar da saúde como um dever, pois precisa de estar bem para trabalhar, para o vaivém da vida (JOSE 01).

A “saúde tem que estar em dia”, pois para José o trabalho possibilita as condições necessárias para o cumprimento de seus deveres e obrigações, possibilitando, dessa forma, que consiga assumir suas responsabilidades de manter, proteger e cuidar da família.

Porém, o trabalho também foi citado como empecilho para seguir o rol de práticas de cuidados evocadas. As jornadas e as condições de trabalho foram expressas como dificultadoras para uma organização do tempo e adoção de medidas para um cuidado integral.

Acredito que estou só cuidando no aspecto da minha alimentação, porque devido à minha profissão [motorista] eu não faço muito exercício, pois não tenho muito tempo e ando pouco, pois trabalho no trânsito, né? Nesse aspecto eu não estou muito pontual com a saúde não (JOSE 02).

Tem que fazer os periódicos, né, que a empresa exige, mas também os outros exames e as consultas! Mas você sabe, né, no corre-corre do trabalho a gente acaba não tendo tempo [...] (JOSE 05).

Storino (2013), ao estudar as necessidades de saúde de homens em uma unidade básica, obteve dados semelhantes aos deste estudo. O trabalho revelou-se como central para a determinação das necessidades de saúde e influenciou a maneira como os sujeitos se relacionam com a dinâmica dos serviços de saúde.

Keijzer (2003) apregoa que a razão para a forte relação entre trabalho e saúde tem a ver com a centralidade do trabalho na constituição da identidade masculina. Por meio do trabalho, os homens podem adotar determinadas condutas e atitudes que o impulsionam para o reconhecimento social de provedor da família (NOLASCO, 1995; SARTI, 2005).

Esses dados corroboram as conclusões de outros autores acerca do papel do trabalho na construção da identidade masculina. O estudo de Oliveira (2005), realizado com amostra de 2.000 indivíduos maiores de 18 anos, em 24 estados brasileiros, constatou forte associação da função de provedor à figura masculina. Da mesma maneira, a avaliação de Figueiredo (2005) com homens usuários e profissionais de duas unidades básicas de saúde identificou nas falas desses sujeitos que o trabalho confere uma virtude moral dignificante.

Além do trabalho, o envelhecimento foi mencionado por José como fator determinante para a mudança de atitudes e entendimento da noção de cuidado em saúde.

Faço alguns tratamentos por causa da idade, por exemplo, eu tomo medicamento para pressão, tomo medicamentos para o estômago, para o intestino. Diante disso, por eu ter essa predisposição a ter gastrite e essas coisas eu procuro ter uma alimentação mais restringida em alguns tipos de alimentos. Não uso esses temperos prontos como sazón, caldo knorr. Eu entendo que... a gente lê muito sobre isso e vê que esses temperos não fazem bem. Tudo que eu posso evitar... Não deito de dia para dormir, não gosto, levanto de manhã e tenho horário para almoçar e não passo de uma hora sem almoçar. Procuro também não jantar tarde (JOSE 06).

Olha, quando você é mais jovem você não liga muito não, você não se importa muito não. Você come e bebe à vontade, bebe em excesso e assim eu digo bebe em excesso constante, entendeu? Hoje não, eu me alimento melhor, eu como mais salada, como menos carne, mais peixe. Verduras, frutas, bebem muito água e procuro fazer hoje em dia uma alimentação saudável, evito jantar à noite, mais um lanche leve à noite. Eu acho que os problemas de saúde que vão aparecendo, eu acho também que é pela idade, pelas experiências, você começa a ler mais, a se preocupar mais. Igual, por exemplo, até os 40 anos eu nem sabia o que era dor de cabeça! Aí você começa a ter certos problemas de saúde que você começa a ver, a coisa não é bem assim, eles não estão exagerando e que se você não se cuidar... Igual o meu caso eu parei de beber já algum tempo, parei de fumar há mais de 20 anos. Que é uma das principais [causas] que mata o homem hoje em dia: é o álcool e o cigarro. Você eliminando essas duas coisas no seu dia a dia bem antes dos 40, eu acho que você vai ter uma vida mais saudável na velhice (JOSE 04).

Para José, o aparecimento de condições crônicas como a “pressão alta”, “o açúcar alto no sangue” e outras acarretadas pelo envelhecimento provoca mudanças no corpo que demandam a adoção de medidas e práticas de cuidado para a preservação e proteção da saúde. Essas medidas muitas vezes serão mudanças de comportamentos, como abandono de certos vícios e restrições na alimentação ou incorporação de novos hábitos de vida. Os problemas e limitações da saúde passam a ser sentidos na própria pele e fazem com que José comece a adotar uma postura mais cuidadosa no seu cotidiano. Essa realidade foi também encontrada em outros estudos (LIMA; BUENO, 2009; MARTINS *et al.*, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2011), que evidenciaram que com o avançar da idade os homens, que geralmente não se ligam às questões de saúde, passam a adotar práticas que minimizam os efeitos de uma vida sem muitas regras.

De acordo com Lima e Bueno (2009), com o envelhecimento, o passar dos anos se traduz em preocupação, o que torna as pessoas mais vulneráveis aos transtornos de saúde, com conseqüente cuidado em vários aspectos.

Um das posturas de cuidado com a saúde declaradas por José é com a sua alimentação no dia a dia. Nos relatos que se seguem observa-se a maneira como José compreende alimentação saudável e de que maneira a faz no seu cotidiano a fim de cuidar de sua saúde.

Eu procuro cuidar mais na alimentação: comer... tipo assim, fazer uma boa alimentação. O que eu chamo de boa alimentação? Evitar aquelas gordura que eu comia antes, essas feijoadas que eu comia antes, então assim é um queijinho magrinho, um leite desnatado, uma fruta, uma banana, uma maçã (JOSE 05).

Tive que mudar, aquelas gorduras, aqueles churrasco, feijoadas, refrigerantes, doces eu cortei tudo. Agora parece que eu dei uma folgadinha, entendeu? Fazia tempo que eu não comia uma feijoada, sabe? Você tem que mudar seu hábito alimentar. Você acaba de fazer uma cirurgia e volta a fazer as coisa que você fazia antes, então isso é prejudicial. O médico fala: você não pode fazer isso! Você vai fazer, então você está sujeito a passar pelas mesmas coisas que passou anteriormente: artérias e veias entupidas, vai subir uma escada e você sente falta de ar, você agacha para fazer algo... É isso, muda o modo de vida (JOSE 08).

Eu preocupo muito com minha alimentação, eu não como gordura de linguiça, não como pele de frango, não bebo, não como muitos doces, então eu cuido muito bem da minha saúde nesse aspecto. Não como coisas salgadas, evito muito coisas que possam alterar a pressão, o coração, colesterol, eu tenho muito cuidado com alimentação (JOSE 02).

Eu preocupo com a saúde em cada coisa que eu vou tomar ou beber. Não sou muito de salgado, de coisas de festa. Você sabe os médicos falam e a gente tem que ficar de olho (JOSE 03).

Nota-se que esses cuidados com a alimentação apresentam um teor prescritivo e diretivo, em que os indivíduos devem evitar certos alimentos que, embora sejam saborosos e causem prazer, podem causar danos ao corpo e precisam ser banidos da dieta. Alimentar-se bem passa a ser entendido como uma prescrição médica e todas as vezes que transgredida expõe o sujeito a uma situação de risco, como referido na fala anterior de JOSE 08. Alimentar-se bem é entendido mais como uma obrigação do que uma escolha e, dessa forma, passível de transgressões no dia a dia.

A relação de cuidados em saúde e alimentação foi também encontrada por Costa e Silva e Menandro (2014) ao analisarem as representações sociais de saúde e de seus cuidados para homens idosos. Esse grupo ressaltou, de forma semelhante a José, os hábitos alimentares, sendo, para eles, o fator mais importante quando se trata de cuidar.

Esses achados fazem coro a conclusões de certos estudos epidemiológicos da saúde do homem. Na realidade brasileira, Schwarz *et al.* (2012), a partir da análise de dados secundários do Ministério da Saúde (Sistemas de Informação sobre Mortalidade e Hospitalar, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), identificaram que a prevalência de diabetes é 14,6 vezes maior entre homens de 50 a 59 anos de idade, quando comparados aos mais jovens. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas, de gorduras saturadas e de refrigerantes diminuiu nas idades mais avançadas. Richardson (2004) encontra esse mesmo movimento de mudança de comportamento alimentar no cotidiano dos homens na Irlanda na medida em que estes envelhecem.

O'Brien, Hunt e Hart (2005), ao estudarem as perspectivas de saúde e cuidado entre diversos grupos de homens na Inglaterra, captaram que entre os homens com doenças crônicas as práticas de cuidado estavam marcadas por uma lógica prescritiva e focada em atividades que auxiliariam a prevenção de doenças e de complicações das condições crônicas.

Outra prática fortemente influenciada pela condição de saúde e idade de José é a prática de atividade física. Essas práticas seguem a mesma guisa da

alimentação, sendo compreendidas como prescrições médicas para o cuidado com a saúde. José compreende que a prática de exercícios físicos auxilia na prevenção de doenças e no controle daquelas já instaladas. Institucionaliza-se a prática de atividades físicas como medicamento, fundamentadas no tratamento moralista da promoção da saúde focada no risco (CASTIEL; FERREIRA; MORAES, 2014).

Eu estou tentando cuidar da saúde [risos], mas eu normalmente deixo a saúde em segundo plano. Hoje eu estou procurando fazer uma academia, pois sou hipertenso. Tô procurando fazer academia [...] academia é muito recente, na verdade, faço por sugestão médica (JOSE 03).

Hoje eu pratico meu esporte sozinho, de vez quando nado, pratico minhas corridas e aí ajuda muito a saúde. Para mim ajuda muito aliviar os nervos! (JOSE 08).

Comecei fazer umas caminhadas, pois sempre o médico me falava que era bom, né? A caminhada faz muito bem para o corpo né!? E você sabe que eu preciso de voltar a fazer (JOSE 05).

Nas narrativas de José capta-se que a prática de atividade física visa muito mais a suprir uma demanda médica do que uma necessidade cotidiana. Assim, as “caminhadas” são definidas no mesmo patamar das medicações e alimentação, ou seja, precisam ser realizadas conforme a prescrição para fugir da zona de risco com a saúde. O discurso do risco funda-se na mudança individual de comportamento, com transferência de responsabilidade para os indivíduos: exercício do biopoder nos corpos individuais e sociais com a indução de hábitos saudáveis como praticar atividade física, aderir a dietas, parar de fumar, entre outras ações. Essas estratégias visam à promoção da saúde, ensinando aos doentes crônicos a auto-observação e o autocontrole (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Outra dimensão abordada por José a respeito da prática de atividades físicas foge do aspecto prescritivo apresentado e repousa na potencialidade dessas práticas em fornecer sensação de bem-estar, na medida em que proporcionam aumento da interação social com os colegas e amigos e são uma alternativa para a redução do estresse ocasionado pelo cotidiano. Destacam-se as partidas de futebol ou, popularmente conhecidas, “as peladas” de final de semana como atividade física que carrega essa dimensão não prescritiva apresentada.

[...] eu jogo futebol e estou em pleno campeonato, então isso me faz que me preocupe em me cuidar. [...] Eu acho que a pelada me ajuda muito, porque ali estamos sempre correndo e movimentando. É bom também para estar com os amigos, o time é muito bom, sabe? Tem gente que joga comigo há muito tempo, então a gente acaba conhecendo a esposa, os filhos, a família. Isso é muito bom (JOSE 07).

O futebol, embora uma atividade física, aqui não faz parte do conjunto de práticas prescritas para o controle da saúde. De certa maneira, ele foi revelado como atividade capaz de contribuir para a melhoria da saúde, não por estar focado apenas na dimensão física do corpo, mas por possibilitar um momento de lazer para os homens. Essa atividade é culturalmente reconhecida como do universo masculino e agrega valores como força, competitividade e destreza, que são socialmente relacionadas ao homem.

Outro aspecto relevante é que para José o futebol possibilita a criação e manutenção de amizades e relacionamentos com outros homens e com suas famílias, o que confere à prática uma dimensão social.

Apesar da diferença na prevalência de prática de atividade física entre homens e mulheres, no Brasil são poucos os trabalhos que integram o conceito de gênero, como destacado por Salles-Costa *et al.* (2003). Neste estudo, os autores destacaram que, além dos resultados revelarem a prevalência elevada de inatividade física entre mulheres, estas referiam mais chance de se engajarem em atividades individuais, que requeriam do corpo menos força física, como a dança, ginástica, caminhada e hidroginástica. E os homens citaram a prática de atividades físicas coletivas e de caráter competitivo, como futebol, corrida, musculação, lutas, bicicleta e natação. O futebol foi também lembrado como atividade mais comum entre homens em outro estudo de base populacional na cidade do Rio de Janeiro (SÁ SILVA; SANDRE-PEREIRA; SALLES-COSTA, 2011).

#### **5.4 Cuidado e saúde para Bruno**

De forma diferente, a compreensão de Bruno sobre saúde é mais ampla e reúne aspectos da vida para além do sentido físico ou da doença. Não se pode negar que esse sentido ainda está presente no imaginário social, porém o que se

infernere é que o estado de saúde é entendido como um atributo multidimensional que reúne domínios sociais, espirituais, físicos e mentais.

Eu acho que saúde é você estar bem em todas as áreas, sabe, com sua mente, com seu corpo e onde você vive (BRUNO 04).

Acredito que de acordo com aquilo que eu tenho vivido saúde é bem-estar, bem-estar psíquico, físico. É biopsicossocial, então acho que é zelar pelo bom funcionamento do organismo, junto com o psíquico (BRUNO 11).

Olha, o conceito de saúde ele é muito amplo, agora eu não me lembro exatamente sobre a definição. Ele fala sobre o bem-estar físico, social, espiritual, então para me cuidar da minha saúde é ter meu corpo em funcionamento perfeito, é fazer por onde com que ele funcione bem naquilo que dependa de mim, estar me relacionando bem com a sociedade que estou inserido e estar feliz espiritualmente (BRUNO 03).

Nesse último relato, pode-se perceber que a ampliação da noção de saúde faz com que a compreensão de cuidado também se amplie, cuidar da saúde não será somente cuidar do corpo, mas buscar o estado de bem-estar em outros domínios da vida.

Esse conceito ampliado de saúde foi primeiramente elaborado pela Organização Mundial de Saúde, em meados do século XX, que definiu saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, bastante criticado, pelo seu caráter utópico. Esse conceito foi reiterado na Constituição Brasileira de 1988, representando uma conquista social importante para o país, fruto de intensa mobilização. Essa mobilização estabeleceu-se em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde.

O amadurecimento desse debate se deu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que culminou com o texto constitucional. Assim, em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. O texto defende, ainda, como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade,

a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social (BRASIL, 1988, p. 4).

Para Buss (2000), essa nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido.

Segundo Almeida Filho (2011), a potência desses postulados procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades, contrapondo-se à concepção biomédica baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

Com concepções diferenciadas acerca da saúde, as noções de cuidado de Bruno também trilham um caminho diferenciado daquele evocado por José, compreendendo que o cuidado não é algo exclusivo do feminino e que é composto de ações que vão além da prevenção de doenças. Há de se considerar que, de forma semelhante, Gomes e Nascimento (2008) fazem a mesma observação ao escutar outros jovens no seu estudo.

Foi possível apreender três sentidos da noção de cuidado em saúde a partir das falas de Bruno. O primeiro e o segundo sentido se relacionaram à dimensão do bem-estar físico, demonstrando que ainda a doença está no lado oposto da saúde e, dessa forma, deve ser evitada e combatida. Já o terceiro sentido evocado esteve relacionado às dimensões social, mental e espiritual da saúde.

O primeiro sentido mencionado por Bruno é que cuidar da saúde seria prevenir doenças ou os males do corpo físico, com base em ações que permitam a avaliação da condição de saúde por meio de dados e índices que emanam do corpo físico.

Evitar que índices de alguma... evitar coisas... por exemplo colesterol, pressão, glicose saia fora do padrão. Controlar também a questão da obesidade, estar prudente com questões de saúde, questões genéticas, por exemplo, a incidência de câncer, incidência de cardiopatia na família, controlar para que essas questões não aconteçam (BRUNO 11).

Bom, eu vejo cuidar da saúde como uma manutenção preventiva e meu bem-estar. Estar fazendo exames periódicos, fazendo *check-up* para se agir preventivamente e não reativamente. Estar num bom funcionamento do meu corpo, saber o que tem acontecido, prever alguma coisa que está de ruim e estar caminhando de forma positivamente (BRUNO 09).

Esse sentido central nas falas de José aqui apresenta certo espaço nas falas de Bruno, demonstrando mais uma vez que as concepções acerca da saúde estão imersas na cultura dos sujeitos. O entendimento dos sujeitos está diretamente relacionado aos contextos em que estão inseridos e àquilo que aprendem com os mais velhos. Embora Bruno consiga construir uma noção mais ampliada de saúde, a doença ainda esta localizada em um lado oposto ao da saúde.

A cultura, conforme observa Laraia (2007), é a lente por meio da qual os homens enxergam o mundo. O referido autor ainda ressalta que a herança cultural, desenvolvida por inúmeras gerações, sempre condiciona a adotar medidas e posturas no cotidiano. Dessa forma, esse primeiro sentido evocado nas falas de Bruno apresenta certo eco das falas de José.

Conforme exposto, outro sentido da noção de cuidado em saúde também está relacionado ao aspecto biológico da vida. Nessa concepção, cuidar da saúde seria realizar uma série de ações que possibilitem a melhor *performance* ou funcionamento do organismo. Entre essas ações destacam-se a preocupação com uma alimentação mais saudável e a prática de atividades físicas.

Manter as atividades físicas regularmente, tentar não ser sedentário sempre, ter uma alimentação melhor, uma alimentação balanceada, não ficar comendo muita besteira, claro que quando comer deixar para o final de semana. Manter regularidades na alimentação e nas atividades físicas. Isso aí é um princípio para ter uma saúde boa (BRUNO 06).

Cuidar da saúde acho que é saber cuidar do seu corpo, ter uma boa alimentação, você saber que o seu corpo precisa, qual é o limite do seu corpo. Praticar exercício físico, fazer aquilo que você gosta, estar bem, estar saudável, cuidar do seu corpo. Eu acho também que é não abusar também, bebida para quem toma, estraga o corpo, né? (BRUNO 08).

As práticas evocadas a partir desse sentido, como se pode perceber, estão intimamente relacionadas aos cuidados com o corpo físico. Há uma importância em se manter a “boa” forma pelo constante movimento do corpo e com aquilo que se ingere, a fim de se evitar o sedentarismo e a obesidade. Se para José a prática de atividades físicas e a adesão a uma dieta controlada é encarada como

prescrição para o controle de condições crônicas, para Bruno, que se considera saudável, essas práticas não perdem o teor prescritivo, mas já começam a fazer parte do seu cotidiano e não são realizadas somente para prevenir os males, mas para promover a saúde. Essas práticas são compreendidas como ações rotineiras que se encaixam na dinâmica de responsabilidades e ações diárias dos jovens. Esses aspectos atualmente são veiculados pelas mais diversas mídias como um “estilo de vida saudável” e estão cada vez mais relacionados ao padrão de corpo belo, uma vez que, praticando exercícios e mantendo uma dieta equilibrada, a estética corporal é algo inevitável (CASTIEL; DIAZ, 2009).

As atividades físicas mais citadas foram: prática de esportes, corrida e prática de musculação em academias, com destaque para esta última:

[...] mas hoje em dia para mim eu vejo que para uma vida saudável seria academia. Às vezes eu também faço uma corrida de manhã, para manter a boa forma, seria isso. Todo santo dia saio do trabalho e já vou [academia]. Gosto muito. Sabe, quero ter um corpo bacana, não grande, mas assim, sabe, bem malhado (BRUNO 10).

[...] estou voltando para academia para voltar a saúde do corpo mesmo, deixar de ser sedentário, você sabe, né, não rola ficar parado! (BRUNO 06).

A construção de um corpo bem delineado ou atlético, assim como toda a cultura que envolve frequentar academias e clubes esportivos, faz parte de um processo de construção de um eu que se vê como saudável, belo, atraente e sedutor (HANSEN; VAZ, 2004). É nessa imagem de sucesso e potência que se radica a construção do corpo. Dito de outra forma, “ser veloz e saudável é aqui conjugado com a necessidade de ser produtivo, descontraído e sexualmente feliz” (SANT’ANNA, 2000, p. 243). Dessa forma, a academia é compreendida para essa geração como um local de cuidados, uma vez que é onde o corpo físico será aquecido, trabalhado e moldado. Um corpo “malhado” é sinônimo de estar saudável. Os objetivos estéticos são o foco para essa geração, pois têm seus resultados demonstrados em curto e médio prazo, tendo o espelho e as medidas de avaliação funcional como parâmetros (LOVISOLO, 2009). Cuidar da saúde está intimamente relacionado a cuidar do corpo. A partir da fala de BRUNO 06, percebe-se que a saúde é compreendida como finalidade e não como meio.

No universo das academias, o culto do corpo engendra incansável busca trilhada por meio de uma árdua rotina de exercícios a partir dos quais se pretende

superar os próprios limites em nome de contornos corporais concebidos como ideais. É nesse sentido que as práticas corporais como a musculação e as mais diversas modalidades de ginástica passam por um processo de esportivização. As semelhanças com as modalidades esportivas podem ser evidenciadas na grande dedicação de tempo, nos sacrifícios autoimpostos e ainda na vigilância do corpo pelas balanças, adipômetros, fitas métricas e, no caso das academias de ginástica e musculação, essencialmente pelos espelhos (HANSEN; VAZ, 2004).

Apesar da maior parte dos trabalhos sobre padrões estéticos corporais até então estar focada no corpo feminino, uma vez que esse foi sempre o alvo das indústrias e propagandas ligadas à aparência física, há ultimamente estudos que tratam com igual alcance os corpos masculinos. Cita-se, como exemplo, o de Sabino (2002), que descreve o cotidiano de uma academia de ginástica e musculação, mostrando as hierarquias presentes nesses espaços. O autor analisa como homens praticantes de musculação compensariam sua baixa autoestima referente às suas relações pessoais e profissionais, escondendo-se na “carapaça de músculos que a associação com as drogas produz” (SABINO, 2002, p. 169). Ainda segundo Sabino (2002), os rituais ao corpo nas academias ganham popularidade entre homens, pois o constante trabalho do corpo pode contribuir para certo reconhecimento do sujeito como forte, saudável e viril, endossando a imagem socialmente construída do homem “perfeito”. Nessa mesma direção, concorda-se com a análise de Ceccheto *et al.* (2012, p. 3):

[...] O corpo musculoso é visto como um ícone da masculinidade. Ser maior, mais forte ou usar a força para resolver conflitos e vencer os outros são características frequentemente valorizadas, ao passo que ser menor, ter uma compleição física pequena, ou fazer uso da palavra no lugar de músculos não são em geral atributos masculinos enaltecidos.

Os cuidados com a alimentação identificados nas narrativas de Bruno estão igualmente imersos na valorização da estética e *performance* do corpo físico. Nos trechos que se seguem nota-se a preocupação de Bruno em evitar certos tipos de alimentos em sua dieta para o benefício de sua saúde.

Eu evito muito comer gordura. Por exemplo, na alimentação eu separo bem, carne gordurosa eu não como. Muito doce, eu trabalho no comércio e assim eu fico do lado de doce o dia inteiro e não como. Eu não sou de comer essas coisas fora de horário ou muitas vezes até no horário eu não como. Tento alimentar bem para a saúde do corpo mesmo! (BRUNO 02).

[...] gosto de ter uma alimentação saudável, às vezes a gente dá uma escapulidinha [risos], mas normalmente eu procuro estar tendo um equilíbrio na minha alimentação, mas basicamente é isso, não correndo muito risco com a saúde. Ah, eu evito no meu dia a dia comer fritura, muita gordura, gosto de comer uma comida acompanhada com salada, coisas assim que não prejudicam no meu colesterol, tomar um suco fruta de (BRUNO 09).

A alimentação saudável para Bruno, assim como José, é entendida como a priorização de alguns alimentos (frutas, vegetais, fibras, etc.) e exclusão, ou pelo menos tentativa, de outros (gordura, doces, massas) na dieta cotidiana. A alimentação saudável continua a ser vista nessa geração como algo prescrito e rígido a ser incorporado no dia a dia dos sujeitos, que algumas vezes dão as “escapulidinhas” do roteiro prescrito.

Apesar de uma compreensão similar de alimentação saudável entre José e Bruno, nas narrativas dos jovens foi possível detectar que estes conseguem, em alguns momentos, transpor o discurso da alimentação saudável para ações práticas que materializam esse discurso de cuidado, revelando certo avanço nessa geração.

[...] então, se você toma refrigerante, deixa para tomar no final de semana, comida gordurosa evita de comer durante a semana, no serviço agora estou procurando comer fruta eu levo, tem aquele negócio de comer de três em três horas que falam que é o ideal, então tentando comer de três em três horas comer uma fruta um negócio assim. [...]. Lá no serviço, como eu trabalho o dia todo, trabalho sentado, aí eu levo e deixo na gaveta lá, levo um biscoito, uma maçã, uma manga picada. Eu almoço normal, a empresa dá pão como de manhã e à tarde. Então tô sempre me alimentando nada muito pesado não (BRUNO 08).

A alimentação ainda é revelada por Bruno como mecanismo adicional para os objetivos estéticos com o corpo, funcionando como mecanismo aditivo às atividades físicas. Nesse âmbito, há uma preocupação com a ingesta adequada de cada elemento (proteínas, carboidratos, lipídios e vitaminas) na dieta a fim de auxiliar o trabalho de modelagem do corpo físico e, dessa forma, contribuir para a imagem do sujeito.

Então eu sempre busco ter uma vida saudável, buscar meios, por exemplo... proteínas, saber o que comer, saber a hora de comer, isso é uma coisa muito importante. Buscar o que é melhor para o seu corpo, entendeu? Nosso corpo precisa de proteína, principalmente a pessoa que faz academia ela tem essa necessidade de ingerir proteína pós-treino. Então sempre eu busco nas minhas alimentações tanto ingerir carboidratos, mas uma quantidade maior em proteína (BRUNO 10).

Você pode fazer o treino mais pesado do mundo, mas se não souber comer, a única coisa que irá acontecer é a perda de massa muscular (BRUNO 06).

O estudo de Araújo, Andreolo e Silva (2002) encontra resultados semelhantes aos aqui obtidos. Para os frequentadores de academia há uma constante preocupação em conciliar a alimentação aos programas de treinamento físico no almejo dos objetivos com o corpo. Bastante citado nos estudos (CECHETTO *et al.*, 2012; GOLDENBERG, 2002; SABINO; LUZ; CARVALHO, 2010) dessa temática, o uso de suplementos nutricionais, bastante comum na dieta dos frequentadores de academias, aqui não foi mencionado pelo sujeitos.

O último sentido de cuidado em saúde evocado nas falas de Bruno relacionou-se ao cuidado com aspectos psicológicos, espirituais e sociais da vida. Esse sentido é expresso por ações que vão além da dimensão física e que permitem aos sujeitos se relacionarem com suas subjetividades e com a coletividade na qual estão inseridos.

Bom, para mim cuidar da minha saúde é fazer um conjunto de coisas que favoreçam o meu bem-estar. Então, por exemplo, na medida em que eu vou na minha psicoterapia ou que eu tenha acesso a momentos de lazer, essas são ações que favorecem o meu cuidado de saúde sabe! Então, cuidar da minha saúde, são ações que eu faço para que eu adquira um bem-estar, sabe? (BRUNO 13).

Entendo a saúde como um termo amplo, ela não se limita à parte fisiológica da coisa. Acredito que num cuidado espiritual, familiar, o uso de uma boa alimentação, atividade física, acho que isso tudo compõe um cuidar da saúde (BRUNO 04).

Acho também importante sair com os amigos, dar uma relaxada, tomar uma [cerveja], relaxar mesmo, isso pra mim é cuidar da saúde. Porque é muito estresse e correria o dia a dia (BRUNO 11).

Nesse sentido, as ações de lazer, como sair com os amigos e familiares, ir ao cinema, teatros, *shows*, *hobbies* e atividades religiosas, foram compreendidas como práticas de cuidado, uma vez que permitem aos sujeitos a promoção de bem-estar para além dos aspectos biológicos e distante dos serviços de saúde ou

de seus profissionais. Essas ações podem ser até contraindicadas pelos profissionais de saúde, a exemplo da saída com os amigos para “tomar uma”, porém são compreendidas pelos sujeitos como necessárias para enfrentar as tensões do dia a dia.

Este último sentido de cuidado apresentou certa aproximação com aquele almejado pela reforma sanitária, um sentido que busca romper com o modelo biomédico, mecanicista e focado na doença, mas compreendido como um processo de produção social que inclui dimensões sociais, espirituais e físicas da vida (CARTA DE OTTAWA, 1986 *apud* SANTOS; WESTPHAL, 1999; MENDES, 1996).

Essas últimas práticas de cuidado relatadas chamam a atenção pelo seu teor não prescritivo e por apresentarem sua centralidade na sensação de bem-estar, no prazer e na alegria que acarretam para os sujeitos. Elas recuperam a noção cunhada por Merhy (2002) e Ayres (2004a) acerca de cuidado. Para esses autores, as ações de cuidado relacionam-se à promoção de bem-estar para além da mera correção de distúrbios do organismo.

Tais práticas aproximam-se muito mais do campo da promoção da saúde do que do campo hegemônico da assistência em saúde ou da prevenção das doenças, tão evocado nas práticas de cuidado de José. Czeresnia (2003) e Czeresnia e Freitas (2003) descrevem que a prevenção, com base no conhecimento epidemiológico moderno, tem como objetivo “o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos”. Assim, como assinala Buss (2003, p. 33), para “a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doença seria um objetivo suficiente”.

A promoção, por sua vez, vai além da prevenção de doença e envolve “o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionamentos” (CZERESNIA, 2003, p. 47). As ações de promoção de saúde baseiam-se em uma lógica segundo a qual é importante garantir “mais fortaleza estrutural, mais capacidade funcional, mais sensações subjetivas de bem-estar e objetivos de desenvolvimento individual e coletivo” (BUSS, 2003, p. 33). Freitas (2003) afirma que a promoção da saúde costuma ser vista como a nova espinha dorsal da saúde pública. Já Silva (2009) assinala que o modelo da promoção da saúde visa a superar os vazios do modelo biomédico por meio da

articulação de toda sociedade em favor da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do coletivo. A autora ainda opina que se trata de um desafio a construção de um novo paradigma sanitário que considere os acontecimentos cotidianos dos indivíduos e das coletividades nos modos de vida, bem como as expressões singulares e subjetivas na determinação da saúde e da doença (SILVA, 2009).

As práticas de cuidado por Bruno que se aproximam desse campo indicam um caminho não tão novo, porém pouco explorado pelos profissionais de saúde nas ações voltadas para o público masculino. As ações que acontecem no dia a dia dos homens e que são compreendidas como formas de se cuidar podem mostrar uma direção para o êxito em programas e atividades voltadas para o público masculino.

Como se abstrai, os modos de cuidar de si entre os homens das duas gerações estudadas foram marcados por similitudes e diferenças justificadas devido aos contextos sócio-históricos diferenciados com que cada uma nasce e produz a vida cotidiana. Houve mudanças substanciais no modo de vida das pessoas no intervalo geracional analisado que contribuíram para alterações na maneira de o homem relacionar-se com sua saúde. Salientam-se a ampliação do acesso aos serviços de saúde, acumulações de tecnologia e conhecimento no campo da saúde, transformações econômicas e sociais, etc.

A permanência de práticas que buscam prevenir as doenças e agravos como forma de cuidar da saúde revela que, embora haja um avanço conceitual do entendimento acerca da saúde entre as duas gerações, o sentido positivista da saúde como ausência da doença ainda é presente tanto no imaginário dos homens jovens quanto dos mais velhos. A geração de Bruno revelou outros modos de cuidar de si que estão relacionados muito à realidade dos jovens e sua socialização com o mundo contemporâneo, aparecendo novas maneiras de se relacionar com a saúde e cuidar de si.

Porém, se até aqui foi possível manter distância das falas de Bruno e José quanto aos contextos históricos e os pensamentos a respeito de saúde e cuidado das duas gerações, ao se analisar o enredo das narrativas observa-se um ponto de encontro desses dois personagens. O enredo das narrativas estudadas é marcado por um discurso hegemônico que coloca o homem em uma posição

superior e de poder na sociedade e, dessa forma, pouco sujeito a adoecer ou a buscar por cuidados em saúde.

### **5.5 Aspectos da masculinidade hegemônica como enredo**

Embora as narrativas de José e Bruno sejam diversas e marcadas por um aspecto geracional, elas apresentaram um enredo estruturante que as aproxima. O encontro discursivo de José e Bruno se dá a partir do momento em que falam da sua condição de homem, a partir de uma perspectiva de gênero na sociedade e como essa condição interfere na busca por cuidados em saúde.

Durante as entrevistas buscou-se discutir com os homens sobre a sua relação com os serviços de saúde e com as formas de cuidado mencionadas. Nos dois grupos foram encontrados homens que procuram menos os serviços de saúde e são menos cuidadosos com a saúde no seu dia a dia. No entanto, principalmente no interior do grupo dos jovens (BRUNO), alguns fizeram críticas a tal fato, argumentando que todas as pessoas – homens e mulheres – deveriam ser responsáveis por sua saúde e, logo, procurar pelos serviços de saúde. Nas falas que se seguem comprova-se que os jovens reconhecem esse paradigma que foi criado ao redor dos homens no tocante à busca por cuidado, porém não o colocam como justificativa para as ações de não cuidado com a saúde.

Olha, eu acho que tanto homens, quanto mulheres hoje em dia estão passando pelos mesmos problemas, já não existe essa questão de dividir em gênero. Um gênero frágil e um gênero forte, então pelo menos na juventude hoje em dia não tem essa diferença de não vou cuidar da minha saúde porque sou homem. Acho que tem a mesma relação entre mulher e homem e as coisas que eles sofrem no dia a dia (BRUNO 12).  
Creio que não, na verdade, se a gente for olhar de modo geral é meio que fato que as mulheres se cuidam mais, elas têm essa preservação do corpo muito mais que o homem. Isso não justifica o fato de eu ser homem, que eu não vou cuidar da minha saúde, que eu não vou cuidar do meu corpo e não vou preocupar com minha saúde, não, jamais, pelo contrário, eu tenho como uma das minhas prioridades de vida mesmo é ter uma saúde em dia, saber se cuidar, saber se alimentar e sempre está praticando algum esporte, então assim isso faz parte da minha vida, além das minhas outras rotinas (BRUNO 10).

A maior parte dos entrevistados, porém, revelou que existem diferenças na forma de homens e mulheres cuidarem de sua saúde. Essa diferença seria

justificada por aspectos intrínsecos do corpo feminino e masculino e pelo papel que homens e mulheres exercem na sociedade. Muitos entrevistados afirmaram acreditar que as mulheres são mais frágeis que os homens e por isso dependem mais de ginecologistas, o que indicou que, para eles, a maior fragilidade das mulheres foi associada ao seu aparelho sexual e reprodutivo. Os homens, por sua vez, precisam ir ao médico apenas uma vez por ano, e mesmo assim apenas se estiverem doentes.

Infelizmente não deveria ter diferença, todos deveriam ser iguais. A mulher está sempre indo ao ginecologista, está sempre indo ao “Papanicolau” [exame preventivo de câncer de colo de útero], fazer Papanicolau, não sei como funciona isso, mas... câncer de mama, colo do útero, exame de sangue é tanta coisa que acredito que a mulher se preocupa mais com isso. Agora o homem não está preocupado com o câncer de próstata, não está preocupado com o colesterol, eu acho que a cultura masculina ainda está muito machista. Eu, graças a Deus, minha esposa não toma remédio nenhum com 51 anos, vai duas vezes por ano fazer exame de colo de útero, de mama e constantemente correndo atrás da saúde (JOSE 02).

Muito, acho que tenho aquele desleixo por ser do sexo masculino. Eu acho que se eu fosse do sexo feminino eu procuraria mais, teria aquele acompanhamento todo ginecológico, aqueles exames maiores, aquele acompanhamento maior. E acho que por ser homem não tenho essa preocupação toda. Mulher tem que fazer aqueles exames de mama, preventivo, né? (BRUNO 01).

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

Outra justificativa alegada pelos homens deste estudo para que as mulheres se cuidem mais diz respeito à socialização que elas fazem com os serviços de saúde desde novas. Essa socialização precoce com os serviços de saúde faz com que fiquem mais familiarizadas e menos inseguras para procurar por ações de cuidado preventivo ou quando necessitam. E os homens se consideram mais assertivos, mais fortes e mais tolerantes, uma vez que acumulam os problemas para resolvê-los todos de uma vez, aguentam mais a dor e vão ao médico só quando realmente necessitam.

Não sei se é machismo ou se isso vai muito de criação. Acho que porque a mulher já cresce indo ao médico, indo ao ginecologista, desde a puberdade. E a gente não, só vai ao médico quando estamos passando mal mesmo. Acaba que... não sei se posso dizer, mas acho que somos mais resistente, mas se tiver uma dor ele consegue levar mais com ela do que a mulher. A mulher tem a questão da gestação, faz acompanhamento com outros especialistas como o dermatologista e outros vinculados à saúde. Então acaba que elas já estão mais habituadas a essa área. Elas não veem como bicho ou com restrição, como a gente vê por ser desconhecido. Por a gente não ter esse tipo de hábito, e eu não tenho, a gente acha que não tem essa necessidade. Então a gente fica meio desleixado, porque a gente já cresce meio desleixado mesmo. Igual lá na minha casa sou eu, mais dois irmãos e uma irmã. Eu tenho 23, meus irmãos são mais velhos dois anos cada um e minha irmã tem 18 anos. Ela já foi mais ao médico que nós três juntos, eu para te falar a verdade não lembro qual a última vez que tive uma consulta. E a dela eu lembro de marcar ginecologista há dois dias atrás e clínico também, pois ela que fazer exames, está preocupada com um trem na pele e tal, quer ver o que era. [Risos]. Só para você ter uma noção, eu nem me lembro da minha última consulta e ela já teve duas (BRUNO 08).

Essa explicação reforça o verificado em outros estudos (COUTO *et al.*, 2010; GOMES; NASCIMENTO, 2008; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), de que “homens não foram criados para se cuidar”. Essa afirmação está ancorada na ideia de que a socialização das mulheres desde cedo se volta para a reprodução e para a consolidação de papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviço aos outros (LYRA; CATRIB; NATIONS, 2003). Assim, “o cuidado de si e dos outros e a preocupação com a saúde não são tidos como atribuições masculinas” (COSTA, 2003, p. 84).

Os corpos das mulheres, marcados pelo gênero, aparecem nas falas dos entrevistados como mais frágeis, mais propensos a doenças, mais vulneráveis e problemáticos que os corpos dos homens. Considera-se que tal concepção dos entrevistados reflete, ao mesmo tempo em que afirma, o processo de medicalização do corpo feminino. Segundo Vieira (1990), no Brasil, desde o século XIX, a concepção médica do corpo feminino implica que uma vida saudável para as mulheres se estabelece a partir do casamento com finalidades reprodutivas: “[...] a história da medicalização do corpo feminino se estabelece no século XIX em meio aos discursos de exaltação da maternidade, que se torna então objeto da Medicina” (VIEIRA, 1990, p. 62).

De acordo com Rohden (2001), na formação da Ginecologia, no século XIX, destaca-se a preocupação com a definição da diferença entre homens e mulheres

e o predomínio da função reprodutiva para a vida das mulheres. Marques (2005) mostra como a Medicina procurou, desde o século XVIII, controlar os corpos das mulheres de maneira a assegurar o nascimento de crianças saudáveis e adequadas às normas sociais, dentro de um processo de higienização social. A preocupação com a saúde das mulheres sempre esteve expressa na atenção com a reprodução biológica, visando à adequada reprodução social. Assim, cuidados com a gravidez e o parto somavam-se às preocupações com o aleitamento materno e a educação das crianças, tendo os médicos desempenhado a função de educadores físicos e morais. Para Marques (2005), esse processo de medicalização da mulher, presente nas falas dos homens deste estudo, não se deu de forma avassaladora, mas esse processo se deu muito lentamente com ações que procuravam aumentar o nível de confiança e a entrega das mulheres ao médico.

A maior frequência das mulheres aos serviços de saúde ainda foi interpretada como prova de que elas são mais inteligentes e espertas; os homens, ao se comportarem como “machões”, agindo de forma desleixada, acabam não sendo inteligentes, pois consideram que nada vai acontecer com eles e assim não cuidam de sua saúde. Essas opiniões ilustram as diferentes interpretações que uma mesma atitude pode suscitar: a pouca procura de cuidados médicos por parte dos homens pode ser vista como sinal de força e assertividade, consideradas próprias da masculinidade, ou como sinal de falta de inteligência e esperteza, determinada por um comportamento “machista”.

[...] eu acho que a mulher cuida melhor que o homem, a mulher já começa desde nova. Mulher é mais esperta, se previne mais. O homem não é como eu falei com você, ele começa numa idade que ele já vê que começa a prejudicar, porque ele extrapola muito, na bebida e comida em excesso. Adora um churrasco, adora uma gordurinha, então aí começa ter uns problemas de saúde e começa a dar uma cuidada. Uns não, né? (JOSE 04).

[...] a gente [homens] não é “muito de médico”, homem principalmente não é muito de ir ao médico e eu não sou diferente. As mulheres são mais fiéis nesse aspecto, portanto, têm mais mulheres e vivem mais que os homens [risos] (JOSE 02).

A socialização dos homens estaria mais associada a invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura por serviços

de saúde, que colocaria a masculinidade em risco e aproximaria das representações de feminilidade. De acordo com Costa (2003), no imaginário social é comum associar masculinidade a risco. Em geral, os homens não percebem o risco como algo a ser evitado, mas como algo a ser superado cotidianamente por eles.

Entre os mais jovens foi possível perceber que eles entendem que a construção do imaginário social do que é ser homem traz influências na forma de cuidar da saúde. É interessante perceber que mesmo para Bruno, que nasceu num contexto de ampliação das discussões de gênero na sociedade como um todo e de transformações nas relações entre homens e mulheres, a cultura machista ainda é presente e estruturante para a construção dos sujeitos como homens.

Eu acho que sim, acho que é outra coisa cultural, nós homens temos aquela coisa de ser durão, que nunca vamos adoecer, que a gente é mais forte e pode resolver tudo de forma mais simples, se é uma gripe vai passar ou se é uma coisinha vai passar, acho que é nossa cabeça. Acho que influencia, pode não ser diretamente, mas inconsciente eu acabo pensando assim (BRUNO 07).

Acho que é uma questão cultural mesmo, é colocado que o homem tem que suportar, que o homem tem que ser forte, aí a gente acaba despertando esse lado que: tenho que trabalhar, não tem que ter tempo de ir ao médico, homem que é homem não toma remédio, homem que é homem não precisa de se cuidar não precisa de fazer exame. Eu acho que não é ensinado diretamente, mas acho que de pai para filho é passado assim, o filho vê o pai, o pai vê o avô e assim vai (BRUNO 13).

A minha família é uma família tradicional e ir no médico, falar estou indo no médico para cuidar da minha saúde é um tabu. Para mim pesa, por exemplo, meu pai tem 60 anos e até hoje não fez exame de próstata, até hoje. E isso não é só meu pai, meus tios também não fizeram. Meu tio morreu com câncer de próstata e eles não fizeram exame até hoje. Isso é tradição. Por mais conhecimento que eu tenha, por mais racional que eu seja, ainda sim existe aquele vestígio desse preconceito todo. [...] Isso é uma coisa para mim é um tabu, um paradigma, que eu sempre estou quebrando ele. É difícil para mim. Ainda mais para meu irmão que não tem o mesmo conhecimento que eu, é mais novo que eu, é um sacrifício falar com ele para tomar remédio, ele não toma remédio, meu pai não toma remédio (BRUNO 11).

No último trecho (BRUNO 11) nota-se como os comportamentos “masculinos” de invulnerabilidade, força e aversão a atitudes de cuidados circulam entre as gerações. Esses comportamentos vão sendo incorporados pelos mais novos à medida que vão se constituindo como homens. Esta última fala retrata um pouco do choque entre a cultura machista e o discurso medicalizante da saúde na

contemporaneidade. Se, de um lado, há uma retórica da masculinidade hegemônica: “seja homem”, do outro há “seja saudável”, que muitas vezes é interpretada como seja vulnerável e, assim, menosprezada pelos homens.

As relações entre modelos de masculinidade e cuidados de saúde vêm sendo largamente discutidas no campo da saúde pública (COSTA, 2003; COURTENAY, 2000a, 2000b; COURTENAY; KEELING; 2000; GOMES; NASCIMENTO, 2008; GREIG; KIMMEL; LANG, 2000; PAYNE, 2004; SABO, 2000; SCHRAIBER *et al.*, 2010), destacando-se que o modelo de ser homem, além de exercer influência no cuidado do homem consigo mesmo e com os outros, traz implicações diretas na saúde dos que estão à sua volta. Nesse sentido, concorda-se com Gomes (2003) quando afirma que esse modelo de masculinidade tem se estruturado como uma barreira cultural entre o homem e o autocuidado nas negociações de medidas preventivas.

Já outros autores ainda defendem que a adesão ao modelo hegemônico está relacionada a aumento no risco de doenças e dos índices de mortalidade masculina (COURTENAY, 2000A; GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; SABO, 2000). Em revisão de literatura sobre questões concernentes à saúde do homem norte-americano, Courtenay (2000a) e Courtenay e Keeling (2000) verificaram que os homens que aderem ao modelo tradicional têm menos probabilidade de adquirir hábitos de cuidado da saúde; apresentam mais riscos de sofrer depressão e fadiga nervosa e têm mais reatividade cardiovascular em situações de estresse. Além disso, Sabo (2000) mostra que jovens norte-americanos integrados ao modelo de masculinidade hegemônico são jovens em situação de risco e que podem prejudicar as pessoas com quem convivem.

Outra explicação que os homens deste estudo deram para a baixa procura pelos serviços de saúde e por atitudes de não cuidado é o medo de descobrir que algo vai mal. Assim, como o ditado popular “quem procura acha”, alguns sujeitos expuseram seu receio de que ao buscar os serviços de saúde para avaliar sua saúde possam se deparar com diagnósticos de uma doença e ter que se tratar. A partir do relato que se segue, Bruno expõe esse medo de descobrir aquilo de que não se sabe, sendo interessante registrar que esse sentimento não foi apenas direcionado para o médico, mas também para o dentista.

Com certeza, porque a gente [homens] não tem aquela preocupação direta com a saúde. Como te falei, ir ao médico fica uma coisa muito rara e os exames você não tem aquele acompanhamento detalhado. Você não tem uma preocupação. Então acho que influencia muito sim. A gente fica bem relaxado. Você deixa mais o corpo agir, sem procurar o médico. Eu mesmo penso: Ah, por que eu vou procurar o médico, vai ser igual o dentista, ele vai achar coisas que eu não tenho, vai achar doenças em mim que eu não tenho. Vai me dar algum remédio (BRUNO 01).

Outra questão evocada a partir das narrativas e que contribui para a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde para resolução de seus problemas diz respeito à organização dos serviços de saúde. Para os homens, os serviços de saúde, principalmente os de atenção primária, apresentam problemas no acesso, uma vez que às vezes é necessário se dirigir a eles mais de uma vez para a resolução das demandas. As idas e vindas aos serviços acabam sendo encaradas como perda do “valioso” tempo do homem, o qual é dedicado ao trabalho, à família, etc. A ida aos serviços de saúde ainda pode expor o homem a julgamentos da sociedade, pois os serviços de saúde ainda são vistos como espaços femininos, e não masculinos.

Eu acredito que seja pelo fato de não querer perder tempo. De ir lá marcar a consulta, esperar, aí tem que falhar uma manhã no trabalho ou até mesmo o dia inteiro. Fato de ter que esperar a consulta sair, esperar a fila, então homem é muito imediatista. Homem não gosta de esperar, eu não gosto de esperar. Então acredito que isso dificulta muito o homem de procurar o serviço básico de saúde. Questão de tempo, questão de cultura, questão social, o que as pessoas vão pensar, o que normalmente é algo feito com mulher. A cultura também influencia muito essa questão de saúde (BRUNO 10).

A ausência dos homens nos serviços de saúde é também discutida em outros estudos (COUTO *et al.*, 2010; GOMES *et al.*, 2011; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; SILVA; SILVA, 2014; TONELLI *et al.*, 2010). Os autores são unânimes em concordar que os homens ainda não são considerados usuários da atenção primária, dessa forma, qualquer ação oferecida para esse público é oportuna. Outro aspecto é que os serviços ainda estão construídos a partir de uma lógica do senso comum, que por falta de investimentos nas ações voltadas para o público masculino pouco viabiliza a presença mais efetiva dos homens nos serviços de saúde.

Bruno e José acreditam que os homens não são muito atentos aos primeiros sinais de complicações com o corpo ou muitas vezes os relevam por

considerarem pouco graves ou de pouca importância. Para os entrevistados, essa atitude de “esperar até o último momento” acaba prejudicando sua saúde. Nas narrativas detectou-se a existência de uma metáfora com um jogo de futebol ao se falar desse comportamento, expressões como “o homem é mais chutado” e “o homem vai tocando pra frente” revelam como os próprios homens interpretam suas ações.

Já o homem não! O homem vai empurrando com a barriga! Vai chutando pra frente. [...] Muitas vezes homem é preguiçoso, o tempo sobra e quer aproveitar de outras maneiras como lazer, por exemplo, e não preocupa com sua saúde. Um próprio exemplo eu dei, tenho dor de cabeça e não vou ao médico. Coisas assim que eu considero simples, embora possam não ser e eu considero simples eu não procuro uma unidade de saúde não (BRUNO 07).

O homem às vezes ele espera até o último momento para ir, ele só vai no último momento, quando ele não está aguentando e vê que aquilo pode ser uma coisa séria. Mas se aquilo passar ele não preocupa com médico e com mais nada (JOSE 04).

Eu, por exemplo, disse que não gosto de tomar muito remédio. Então se eu tenho uma dor de cabeça assim eu espero passar, porque não é hábito meu tomar remédio, mas, por exemplo... Uma coisa que eu sinto que é mais incomum de acontecer ou de sentir aí sim eu procuro um jeito de marcar uma consulta particular, que na maioria das vezes é muito caro os valores de cada profissional (BRUNO 08).

Para os entrevistados, os homens, por acreditarem que “tudo vai bem” com sua saúde ou por desconsiderarem os primeiros sinais de alarme do corpo, acabam não procurando ajuda ou postergando essa busca, o que foi compreendido como certo comodismo. Bruno e José concordam que os homens acabam se acomodando quando o assunto é saúde, outras demandas do trabalho, estudo e das relações são colocadas à frente da saúde. No relatos que se seguem expressa-se a ação procrastinadora dos homens quanto aos cuidados em saúde.

[...] homem é mais largado, talvez não preocupem com certas coisas assim: Ah, eu tô gripado, não preciso de ir ao médico, isso passa rapidinho! Tenho que ir comprar o remédio, mas vou ficar aqui e daqui a pouco passa, entendeu? (BRUNO 08).

[...] para gente é mais difícil, né? Eu acho que homem, né, lembra de médico só nas últimas, aí procura o pronto-socorro (JOSE 08).

Ah, acho que é comodismo, sei lá, é comodismo. Porque tipo assim, eu quero fazer mês que vem como eu vou tirar férias faço mês que vem, mas por que não faço esse mês já? A gente também mudou o plano de saúde, aí muda médico... Mas isso nada justifica, pois o médico fala de cinco em cinco meses, então tem que ser assim e não deixar para fazer de ano em ano como eu fazia antigamente. Tem que fazer o que o médico pede, pois você está na responsabilidade dele. Você fica muito assim, sabe, acomodado, posso chamar de preguiça também. Você tem que colocar sua saúde em primeiro lugar, lógico, Deus em primeiro lugar, mas depois sua saúde. A gente fica nessa aí, fica adiando, deixa pra depois, ah eu, bem. Caminhada, por exemplo, eu comecei aí começou a chover, acabou o horário de verão, acabou não sei o que e aí você fala: Ah, vou caminhar de manhã! Não, vou caminhar à tarde, aí quando você volta está frio, tá chovendo então não vou caminhar. Então você vai adiando, adiando, adiando e já tem três meses que não caminhou. Eu caminhava, aí você vê que seu organismo... você sente a diferença. Você se sente bem, disposto. Eu já tenho um histórico de saúde, né, então você tem que tomar cuidado, tem que preservar. Então é comodismo (JOSE 01).

A busca por ajuda especializada para tratar os males do corpo é interpretada pelos homens como estar exposto ao poder de um outro e, dessa forma, tornam-se mais vulneráveis. Quando essa busca se dá, são mencionados os serviços de urgências ou até as farmácias, a justificativa é que esses serviços respondam de maneira mais objetiva às suas demandas. Nesses locais, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. Há autores, a exemplo de Pinheiro *et al.* (2002), que asseveram a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) também exibem resultados semelhantes aos deste estudo, em que os homens relutam na procura por cuidados médicos e quando o fazem optam pelas entradas de urgência e emergência.

Durante as entrevistas ou até mesmo após serem encerradas, os homens manifestaram algumas dúvidas e questionamentos relacionados à saúde, uma vez que sabiam que o pesquisador era enfermeiro. O que chamou atenção foi o fato de que tais questões não eram apenas ditas como “masculinas”, que na maioria das vezes são relacionadas à saúde sexual, mas foram relacionadas a outros aspectos da saúde. Muitos expuseram suas dúvidas quanto a tratamentos a que já foram submetidos ou certos sintomas que sentem e para os quais nunca procuraram ajuda. De certa maneira, pode-se dizer que as entrevistas foram além do seu caráter investigativo, possibilitando um momento de escuta e diálogo com os homens em questões referentes à saúde.

O fato de ser homem pode ter ajudado a que os entrevistados expusessem mais seus sentidos e interpretações. Essa consideração foi também abordada por Verdonk, Seesing e Rijk (2010) em investigação de cunho qualitativo junto a homens com idades de 23 a 60 anos. O autor acredita que nos estudos de masculinidades o entrevistador, sendo homem, pode possibilitar mais abertura dos entrevistados e, assim, possibilitar maior imersão no processo de produção de dados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta investigação possibilitou escutar dois grupos de homens distintos acerca de sua relação com os cuidados em saúde e, assim, responder o questionamento inicial desse trabalho. As narrativas compostas pelos sentidos, significados e representações de José e Bruno revelaram que cada geração avaliada compreende e cuida da saúde de forma diferente. Ao reconstruir o contexto de cada um dos personagens, foi possível perceber como os aspectos históricos, sociais e culturais contribuem com a maneira deles se relacionarem com sua saúde.

Há de se considerar que, no tocante à orientação teórico-metodológica, a hermenêutica-dialética possibilitou apreender a prática social empírica dos homens na sociedade em seu movimento contraditório. A hermenêutica possibilitou as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem. Já o método dialético estabeleceu uma compreensão crítica da relação entre homens e cuidado, considerando-se o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação.

A partir das narrativas de José e Bruno, foi possível identificar permanências e rupturas na maneira como os homens entendem e cuidam de sua saúde. Mesmo com as evoluções e melhorias da assistência à saúde das pessoas com ampliação do acesso aos serviços e programas de saúde no país com a consolidação do SUS, observou-se como permanência o entendimento da saúde como ausência de doenças e centrada no discurso médico-hegemônico. Os cuidados em saúde nessa dimensão ainda são relacionados à realização de exames, atividades físicas e controle da alimentação. As ações de cuidados para os homens das duas gerações ouvidas ainda são prioritariamente focadas na dimensão física do corpo.

Embora as ações de cuidado mencionadas tenham sido semelhantes entre os dois grupos e ligadas à dimensão física da vida, os objetivos almejados mostraram-se diferentes entre as duas gerações. Para José, os cuidados com o corpo são importantes para a prevenção de complicações das doenças crônicas, que é uma realidade dessa geração devido ao envelhecimento, e são na maioria das vezes prescritos pelos profissionais de saúde. Já para Bruno, os cuidados

com o corpo físico estiveram atrelados à cultura do *fitness* e ao atendimento dos padrões de estética da contemporaneidade. A realização de atividades físicas e a boa alimentação foram declaradas como estratégias para atingir um corpo saudável, compreendido como não sedentário e equilibrado na sua composição.

Os cuidados com a saúde relacionados aos cuidados com o corpo físico foram compreendidos pelas duas gerações como importantes para garantir condições para as atividades diárias dos homens, principalmente o trabalho.

O trabalho apresenta certa centralidade nas narrativas dos dois grupos e revelou-se como um terreno importante e contraditório na relação com a saúde: ora demonstrado como elemento propulsor para se cuidar: estar bem para trabalhar, ora como elemento impeditivo para se cuidar devido à incongruência entre as jornadas de trabalho e o tempo para desenvolver ações de cuidado. Em consonância com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), é nesse terreno do trabalho que pode morar uma potencialidade para o sucesso de ações em saúde voltadas para o público masculino. Talvez a realização de ações em saúde que considerem de maneira mais ampla os homens em seus ambientes de trabalho possa favorecer a construção de uma relação diferenciada com o setor saúde.

Entre os mais jovens ainda foi possível identificar outras práticas de cuidado que se relacionam a dimensões sociais, religiosas e psicológicas da vida. Tais ações de cuidados são praticadas no cotidiano e evidenciam como a mudança no discurso e na organização do setor saúde, ocorrida nas décadas de 70, 80 e 90, influenciaram a maneira de os sujeitos compreenderem cuidados em saúde para além do uso dos serviços de saúde.

Os aspectos da masculinidade hegemônica revelaram-se como permanência nas marcas identitárias dos homens neste estudo, ou seja, embora haja mudanças substanciais na vida entre as duas gerações, o imaginário do que é ser homem ainda é uma questão bastante sólida e arraigada no imaginário dos homens escutados. Os achados desta pesquisa sinalizam que esse imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo a fraqueza, medos e inseguranças, portanto, aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar dessa masculinidade socialmente instituída.

Como foi visto, os dados desta pesquisa reforçam, de certa forma, a ideia de outras investigações que associam a pouca procura por serviços de saúde por parte de homens a um modelo hegemônico de masculinidade. No entanto, este estudo também sinaliza que os homens compreendem e praticam o cuidado a partir do seu entendimento e de seus contextos de vida. Outro elemento intrínseco nesta análise está na relevância dos aspectos culturais e sociais a que estão os sujeitos expostos e a intensidade como influenciam as práticas de cuidado, ora positivamente, ora negativamente.

Diante dessas constatações apreendidas até aqui, considera-se oportuno refletir acerca das contribuições deste trabalho para os serviços de saúde, Enfermagem e a formação profissional, examinando-se os fatores que os desmerecem ou empanam a ação dos agentes ligados à saúde.

Quanto aos serviços de saúde, acredita-se ser fundamental transcender a visão biologicista e culpabilizante com que a PNAISH vem se estruturando. Com base nesse enfoque, sugerem-se aos gestores e trabalhadores de saúde o planejamento e a implementação de ações centradas nos usuários, permitindo que estes sejam copartícipes dessa construção. E também que se permita que os homens sejam vistos como sujeitos encarnados em suas necessidades, possibilidades e potencialidades, mais do que a sua condição de saúde ou doença. Considera-se que tais questões possam contribuir para que os serviços de saúde se tornem um espaço para os homens e, por consequência, desconstruir sua invisibilidade nos programas de saúde, o que pode afastá-los da condição de cuidadores de si e dos outros.

Para a Enfermagem, este estudo contribui com os primeiros passos para muitos avanços. Olhar o cuidado na perspectiva dos homens é, no mínimo, um grande desafio, uma vez que, comumente, a Enfermagem tende a dirigir suas ações especificamente para mulheres e crianças, desconsiderando os homens em sua plenitude. Assim, frente aos resultados, sugere-se que o profissional enfermeiro procure, por meio de atividades educativas e assistências emancipatórias, estreitar vínculos com sujeitos do gênero masculino e seus familiares, buscando adequar suas ações aos valores, às crenças e às necessidades reais desses sujeitos.

No tocante à formação profissional, abstrai-se que a discussão relacional de gênero ainda está muito aquém nos currículos da área de saúde. Tais cursos

necessitam incluir em seus currículos a temática saúde dos homens, numa abordagem sociocultural que propicie, aos futuros profissionais, as competências e as habilidades necessárias para programar ações de intervenção nos diferentes níveis de atenção à saúde desses sujeitos, identificando as dimensões biopsicossociais e seus determinantes.

Como limite deste estudo pode estar relacionado ao recrutamento dos sujeitos, o qual se deu por meio de universos familiares. Esse limite, incontornável na coleta de dados proposta, incita à reflexão, pois no grupo houve diferenças quanto a escolaridade e classe social, mas homogeneidade quanto à orientação sexual: todos se declararam heterossexuais. Assim, tais aspectos podem ter contribuído para os resultados encontrados.

Para finalizar, reconhece-se a incompletude desta pesquisa e salienta-se que não se teve a pretensão de esgotar a temática, sendo necessário que a Enfermagem e outras disciplinas direcionem e produzam estudos voltados para os homens. Acredita-se que o presente trabalho possa ter contribuído para quebrar “o tradicional hábito masculino de não falar de si” (WEILZER-LANG, 2004) e sinaliza que outras investigações com abordagens diferenciadas possam contribuir para visibilidade entre as masculinidades e saúde, a partir de outros cenários como raça/etnia, nacionalidade e orientação sexual.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P.H. **Historical sociology**. Shepton Mallet: Open Books, 1982.
- ABREU, M.P. **A ordem do progresso**: dois séculos de política econômica no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014
- ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R.F.S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 97-115, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V.J. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 160 p.
- ALMEIDA, P.R. **A experiência brasileira em planejamento econômico**: uma síntese histórica. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.pralmeida.org/05docsPRA/1277HistorPlanejBrasil.pdf>. Acesso em: maio de 2015.
- ALVES, A.M. Fronteiras da relação: gênero, geração e a construção das relações afetivas e sexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 10-32, 2009.
- AOUN, S. *et al.* Preventive care in the context of men's health. **J Health Psychol**, v. 7, n. 3, p. 243-252, 2002.
- ARAÚJO, L.R.; ANDREOLO, J.; SILVA, M.S. Utilização de suplemento alimentar e anabolizante por praticantes de musculação nas academias de Goiânia-Go. **Rev Bras Ciênc Mov**, v. 10, p. 13-18, 2002.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interfac**, Botucatu, v. 8, n. 14, 2004a.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2004b.
- BATISTA, E. L. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. *In*: . *In*: GOLDBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.& GOMES, M.H.A. (Org.) **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.A. (Org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- BENEDICT, R. **Padrões de cultura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 211 p.

BENEVIDES, M.V. O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento. *In*: GOMES, A.C (Org.). **O Brasil de JK**. Rio de Janeiro: FGV, pp.9-22, 2002.

BIRD, C.; RIEKER, P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. **Social Science & Medicine**, n. 48, p. 745-755, 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ. Vozes, 1999

BOORSE, C. A rebuttal on health. *In*: HUMBER, J. & ALMEDER, R. (Eds) **What is disease?** New Jersey: Human Press, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. 2009. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 30 Jun, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília: **DOU**, 1988.

BRENER N, COLLINS J. Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. **Journal Adolescent Health**, v. 22, n. 1, p. 209-213, 1998.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-17, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 15-38, 2003.

CAMARANO, A.A.; ABRAMOVAY, R. **Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CARRARA, S. *et al.* A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A. (2007). **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CASTIEL, L.D.; FERREIRA, M.S.; MORAES, D.R. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasista. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1523-1532, maio 2014.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, dez. 2008.

CECCHETTO, F.R. *et al.* Onde os fracos não têm vez: discursos sobre anabolizantes, corpo e masculinidades em uma revista especializada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 873-893, 2012 .

CHIUZZI, R.M.; PEIXOTO, B.R.G.; FUSARI, G.L. Conflito de gerações nas organizações: um fenômeno social interpretado a partir da teoria de Erik Erikson. **Temas Psicol**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, dez. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2005.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. *In*: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

COMTE, A. **Opúsculos de filosofia social**. São Paulo: EDUSP, 1972.

CONEJO, S.P. **Homens não se cuidam**: isso procede? - práticas discursivas sobre o cuidado com a saúde por homens de três gerações no contexto familiar. São Paulo: PUC-SP, 2014. 231f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

CONNELL, R.W. **Gender and power**. Sydney, Australia: Allen and Unwin, 1995. 275 p.

CORSTEN, M. **Karl Mannheims Kultursoziologie. Eine Einführung**, Frankfurt/Nova York, Campus, 2010.

COSTA E SILVA, S.P.; MENANDRO, M.C.S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde Soc**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 626-640, jun. 2014 .

COSTA, R.G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 1, p. 79-92, 2003.

COURTENAY, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 3, p. 1385-1.401, 2000a.

COURTENAY, W.H. Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. **Psychology of Men and Masculinity**, v. 1, n. 1, p. 4-15, 2000b.

COURTENAY, W.H.; KEELING, R. Men, gender and health toward an interdisciplinary approach. **Journal of American College Health**, v. 48, p. 243-246, 2000.

COUTO, M.T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

COUTO, Y.A. A Motricidade humana na escola: da abordagem comportamental à fenomenológica. **Corpo e Consciência**, Santo André, n. 12, p. 23-37, jul/dez 2003.

CUNHA, R.B.; REBELLO, L.F.E.S.; GOMES, R. Como nossos pais?: gerações, sexualidade masculina e autocuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 973-997, 2012.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 39-53, 2003.

DHHS. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. US. 2000. **Deaths**: final data for 1998. National Vital Statistics Reports, v. 48, n. 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2000.

DOMINGUES, J.M. Gerações, modernidade e subjetividade coletiva. **Tempo Social; Rev Sociol.** USP, S. Paulo, v. 14, n. 1, p. 67-89, maio de 2003.

EDLER, FC. **Boticas & farmacias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil**. Rio de Janeiro, Casa da Palavra, 2006.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.), **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 385-434, 2008.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In*: LIMA, N.T. *et al.* (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-676, 2011.

FERREIRA, S.H. (Org.) **Medicamentos a partir de plantas medicinais no Brasil**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 1998. 131 p.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-976). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Xiv, 382 p.

FREITAS, C.M.S.M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 141-159, 2003.

FREITAS C.M.S.M. *et al.* Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 9, p. 92-100, 2007.

FREITAS, F. M. W.; COELHO, C. A. E; SILVA, M. T. Ana. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de saúde pública** jan. 2007.

FREITAS, F. M. W; et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev Saúde pública** [on line]. 2009

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. Trad. Flávio Paulo Meurer. 3. ed., Petrópolis: Vozes, 1999.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. 4. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 172 p.

GASSET, J.O. **A rebelião das massas**. E-book digital [domínio público]. Disponível em: <http://www.cisc.org.br/portal/biblioteca/rebeliaodasmassas.pdf>. Acesso em: maio de 2015.

GAST, J.; PEAK, T. It used to be that if it weren't broken and bleeding profusely, I would never go to the doctor": Men, masculinity, and health. **Am J Men's Health**, v. 5, n. 4, p. 318-331, 2011.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 6. ed., 2009. 200 p.

GOLDBERG, H. **The hazards of being male**: Surviving the myth of masculine privilege. New York: Plainview, 1976. 329 p.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa quantitativa em ciências sociais. 4. ed., Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOLDENBERG, M. A civilização das formas: o corpo como valor. *In*: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu & vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, p. 19-40, 2002.

GOMES, K.V.; ZAZÁ, D.C. Os motivos de adesão a prática de atividade física em idosas. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 14, n. 2, 2009.

GOMES, R. *et al.* A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4513-4521, 2011.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. *In*: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, 2008.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L.B.; COUTO, M.T. O homem como foco da saúde pública. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 4, 2005.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GREIG, A.; KIMMEL, M.; LANG, J. Men, masculinities & development: broadening our work towards gender equality. **Gender in Development Monograph**, n. 10, UNPD: USA, 2000.

GUERRIERO, I.; AYRES, J.R.C.M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. **Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 50-60, 2002.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**: racionalidad de la acción y racionalización social. Madri: Taurus, 1987.

HANSEN, R.; VAZ, A.F. Treino, culto e embelezamento do corpo: um estudo em academias de ginástica e musculação. **Rev Bras Ciências do Esporte**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 135-152, set. 2004.

HARRISON, J. Warning: the male sex role may be dangerous to your health. **J Soc Issues**, v. 34, n. 1, p. 65-86, 1978.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

HEILBORN, M.L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. *In*: GOLDBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G. & GOMES, M.H.A. (Org.) **O Clássico e o**

**Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento:** as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, 1998.

HOLANDA, S.B. **Raizes do Brasil.** 26. ed., São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 220 p .

HOWE, N.; STRAUSS, W. **Millenials rising.** New York: Vintage BOOKS, 2000.  
IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICO. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?z=cd&o=3&i=p>> Acesso em: 06 fev. 2015.

KANDRACK, M.A.; GRANT, K.R.; SEGALL, A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. **Soc Sci Med**, v. 32, n. 1, p. 579–590, 1991.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina, pp. 137-152. *In: CÁCERES, C. et al. (Coord.). La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina.* Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima, 2003.

KIMMEL, M. **Manhood in America:** a cultural history. New York: Free Press, 1997.

KLEINMAN, A. **Patients and hearles in the context of culture.** Berkley: University of California. 1980

KROPF, S. **Doença de Chagas, doença do Brasil:** ciência, saúde e nação (1909-1962). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2010. 315 p.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo:** corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LARAIA, R.B. **Cultura:** um conceito antropológico. 21. ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. 117 p. (Coleção Antropologia Social).

LAURENTI, R; JORGE, M. P. H. M.; GOTLIEB, D. L. S. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc e Saúde Coletiva.** v. 10. nº 1. p. 35-45. 2005.

LIMA, L.C.V.; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosa no Brasil. **Rev Saúde e Pesquisa,** v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

LIMA, L.D. NORONHA, J.C.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. (p 435-472).

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LIPOVETSKY, G. **A felicidade paradoxal**: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. Trad. Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 402 p.

LOVISOLO, H.R. A evolução faz sentido: inclusive na atividade física? **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 9, p. 114-149, 2009.

LYRA, J; et al. Homens e cuidados: uma outra família? *In: Acosta, R. Ana; Vitale, F.A.Maria. Família, Redes, Laços e Políticas Públicas*. 2ª ed Editora Cortez, 2005.

LYRA, J. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil**: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006). 2008. 263 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2008.

LYRA, V.G.; CATRIB, F.M.A.; NATIONS, K.M. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e métodos. **Rev Bras Promoção da Saúde**. Fortaleza. v. 16, n. 1-2, p. 59-66, 2003.

MACHADO, M.F.; RIBEIRO, M.A.T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 343-356, 2012.

MAHALIK, J.R.; LAGAN, H.; MORRISON, J.A. Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. **Psychol Men Masculinity**, v. 7, n. 1, p. 191-202, 2006.

MARANHÃO, R. **O governo Juscelino Kubitschek**. 6. ed., São Paulo: Brasiliense, 1994. 105 p.

MARQUES, R.C. **A imagem social do médico de senhoras no século XX**. Belo Horizonte: COOPMED, 2005. 179 p.

MARTINS, A.P.V. **Visões do Feminismo**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004

MARTINS, J.J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 265-271, Jun. 2009.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

- MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. *In*: MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 233-300, 1996.
- MERHY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MILL, J.S. **A liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 8 ed., São Paulo: Hucitec, 2004 269 p.
- MOSSE, G.L. **The image of man**: the creation of modern masculinity. New York: Oxford University Press, 1996.
- MOTTA, A.B. Gênero, idades e gerações. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 17, n. 42, set./dez. 2004.
- MUNIZ, E.S. **Basta aplicar uma injeção?**: desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. 104 p.
- NASCIMENTO, A.R.A. *et al.* Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.1, p.182-194, 2011.
- NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Roxo, p. 188, 1995.
- O'BRIEN, R.; HUNT, K.; HART, G. It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. **Social Sci Med**, v. 61, n. 1, p. 503-516, 2005.
- OLIVEIRA, Z.L.C. A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis? *In*: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (Orgs.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, p. 123-47, 2005.
- PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.
- PAYNE, S. Gender influences on men's health. **J Royal Soc Promot Health**, p. 124-206, 2004.
- PINHEIRO, R.S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002.
- PINHEIRO, T.F.; COUTO, M.T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cad História da Ciência Instituto Butantã**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008.
- PONTE, C.F. (Org). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC, 2010.

PORTES, E.A.; SANTOS, A.X.M. Aspectos da educação e do êxodo rural em Minas Gerais (1950-1970). **Cad História da Educação**, v. 11, n. 2, jul./dez. 2012.

QUEIROZ, M. S.; CANESQUI, A. M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-164, 1986.

QUEIROZ, M.S. **Representações de saúde e doença**. Campinas (SP): UNICAMP, 1991.

RICHARDSON, N. **Getting inside men's health**. Health Promotion Department, South Eastern Health Board, 2004.

RODRIGUES, M.L.; LIMENA, M.M.C. **Metodologias multidimensionais em Ciências Humanas**. Brasília, Líber Livro. 2006. 176 p.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na Medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

SÁ SILVA S.P.D.; SANDRE-PEREIRA, G; SALLES-COSTA, R. Fatores sociodemográficos e atividade física de lazer entre homens e mulheres de Duque de Caxias/RJ. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4491-4501, 2011.

SABINO, C. Anabolizantes: drogas de Apolo. *In*: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu & vestido**. São Paulo: Record, p. 139-88, 2002.

SABINO, C.; LUZ, M.T.; CARVALHO, M.C. O fim da comida: suplementação alimentar e alimentação entre frequentadores assíduos de academias de musculação e fitness do Rio de Janeiro. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 343-356, 2010.

SABO, D. **Comprender la salud de los hombres**. OPS: Harvard Center for Population and Development Studies, 2000.

SALLES-COSTA, R. *et al.* Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S325-S333, 2003.

SANT'ANNA, D.B. As infinitas descobertas do corpo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 14, p. 235-249, 2000.

SANTOS, A. L. R. **Homens como agentes comunitários de saúde: trabalhando cuidados e vivenciando gênero**. São Paulo. 2005

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 2. ed., São Paulo: Paulus, 1987.

SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SARTI, C.A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2005.

SCHOFIELD, T. *et al.* Understanding men's health: A gender relations approach to masculinity health and illness. **J Am Coll Health**, v. 48, n. 6, p. 247-56, maio, 2000.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCHRAIBER, L.B. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, 1998.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.) **Saúde do adulto**: programas e ações em unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 108-116, 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SEYMOUR-SMITH, S.; WETHERELL, M.; PHOENIX, A. My wife ordered me to come!: A discursive analysis of doctors' and nurses' Accounts of men's use of general practitioners. **J Health Psychol**, v. 7, n. 3, p. 253-267, 2002.

SILVA, D.G.V.; TRENTIN, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-32, maio-jun. 2002.

SILVA, S.O. *et al.* Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 389-396, Jun. 2013

SILVA, F.A.; SILVA, I.R. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde - UBS. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 417-428, fev. 2014.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 182 f. Tese (Doutorado de Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

SILVA, S.O. **Cuidado na perspectiva de homens: um olhar da enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Santa Maria – RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

SOARES, S.M. **Práticas terapêuticas não alopáticas no serviço público de saúde**: caminhos e descaminhos. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP, 2000.

SPINK, M.J. Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A.G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. 1. ed., Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, v. 1, p. 217-230, 2010.

STEINER, R. **A arte da educação**. 2. ed., São Paulo: Antroposófica, 1995.

STORINO, L.P. **Necessidades de saúde de homens usuários de uma unidade básica de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belo Horizonte-MG: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

SUTTER, C; MALUSCHKE, B. F. N. S. J. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico, Porto Alegre, PUCRS**, v. 39, n.1, p. 74-82, jan/mar.2008

TELLERÍA, J.M. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de La 40Sierra - Bolivia. *In*: CÁCERES, C.F. *et al.* (Ed.). **La salud como derecho ciudadano**: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, p. 165-72, 2003.

TONELI, M.J.F. *et al.* Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010.

TORRALBA, F.R. 1998. **Antropologia del cuidar**. Mapfre Medicina/ Instituto Borja de Bioética. Població: Madrid. Any: 1998. 2. ed., 2005.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed., São Paulo: Atlas, 1999.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais**: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

VERDONK, P.; SEESING, H.; DE RIJK, A: Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. **BMC Public Health**, v. 10, n. 35, p. 712, 2010.

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

VILARINO, M.T.B. **Entre lagoas e florestas**: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce (1942 e1960). Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: UFMG, 2008.

WALDRON, I. Why women live longer than men? Part I. **J Hum Stress**, v. 2, n. 1, p. 2-13, 1976.

WANKEL, L. The importance of enjoyment to the membership and the benefits of physical activity. **Int J Sport Psychol**, v. 24, p. 151-169, 1993.

WILSON, G. **Understanding old age**: critical and global perspectives. London, UK: SAGE Publications, 2000. 478 p.

## APÊNDICES E ANEXO

### APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Identificação:

- Idade:
- Ocupação
- Estado Civil
- Renda Familiar
- Escolaridade

#### Perguntas

- 1) Para você, o que é cuidar de sua saúde?
- 2) Pensando em sua história de vida, em sua infância/ juventude, como se cuidava da saúde naquele tempo?
- 3) No seu dia a dia, como você cuida de sua saúde?
- 4) O fato de você ser homem influencia o jeito de você cuidar de sua saúde?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TÍTULO DA PESQUISA: AINDA SOMOS OS MESMOS?: MASCULINIDADES E PRODUÇÃO DE CUIDADO DE DUAS GERACÕES DE HOMENS

Prezado(a) Sr.(a),

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo da pesquisa é conhecer as vivências e práticas de cuidado desenvolvidas por homens de dois grupos distintos. São eles: grupo 1 (entre 60 e 70 anos de idade) e grupo 2 (entre 20 e 30 anos de idade), residentes em Belo Horizonte. A pesquisa é realizada por mim, mestrando da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Marcelo Augusto de Castro, sob orientação da Professora Doutora Rita de Cássia Marques.

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa por se encaixar no perfil dos homens a serem ouvidos nos dois grupos do estudo. Sua participação na pesquisa faz-se necessária para melhor conhecimento das práticas de cuidado desenvolvidas por homens, a fim de gerar melhorias nas ações em saúde para esse grupo. Para isso, é necessário esclarecer-lhe em relação a alguns procedimentos:

- A entrevista será audiogravada para garantir a reprodução fidedigna de suas opiniões sobre as questões.
- Sua participação não implicará algum tipo de premiação, remuneração ou benefício direto, somente indireto, por meio da divulgação de conhecimentos. Neste estudo, o constrangimento configura um risco passível de ocorrência, mas amenizado por meio do anonimato das informações pessoais e dos dados coletados. Caso não se sinta confortável, você deve relatar ao pesquisador imediatamente para que se faça a suspensão da entrevista. Garantimos que você não terá qualquer tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.
- Serão garantidos, aos participantes, anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos coordenadores da pesquisa, Rita de Cássia Marques e Marcelo Augusto de Castro, que podem ser encontrados na Escola de Enfermagem da UFMG, no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. CEP: 30130-100. Para mais esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6.627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. *E-mail:* coep@prpq.ufmg.br.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro. As gravações estarão seguras, sob a responsabilidade dos coordenadores da pesquisa, e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.

- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa referem-se à possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e a influência na definição de políticas públicas.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento, poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum. Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

**Marcelo Augusto de Castro**

**Rita de Cássia Marques**

Acredito ter sido suficientemente informado sobre o estudo citado. Li ou foram lidas para mim as informações. Discuti com o pesquisador sobre minha decisão em participar do estudo. Ficou claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

**Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.**

Nome/ assinatura do participante

**ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG****UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AINDA SOMOS OS MESMOS?: MASCULINIDADES E PRODUÇÃO DE CUIDADO DE DUAS GERAÇÕES DE HOMENS.

**Pesquisador:** RITA DE CÁSSIA MARQUES

**Área Temática: Versão:** 2  
**CAAE:** 25730013.8.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador principal:** financiamento próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 538.661

**Data da Relatoria:** 20/02/2014

**Apresentação do projeto**

Trata-se de projeto de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e natureza descritiva. O projeto prevê a coleta de informações sobre cuidado de saúde em duas gerações diferentes de homens, os nascidos entre 1950 e 1960 e os nascidos entre 1985 e 1995. A ideia é investigar como a evolução das masculinidades nesse período afeta as percepções da saúde. A amostra será coletada pelo método de universos familiares, em que conhecidos do pesquisador indicam sujeitos de pesquisa, que indicam os próximos sujeitos da pesquisa, que indica o próximo. Os dados serão coletados sob a forma de entrevista semiestruturada.

**Objetivo da pesquisa**

Os autores informam os seguintes objetivos: "objetivo primário: analisar como homens de diferentes intervalos geracionais cuidam de sua saúde. Objetivos secundários: a) identificar os cenários, personagens e enredos relacionados ao cuidado evocados pelos sujeitos da pesquisa a partir de cada geração estudada; b) identificar as práticas e atitudes de cuidado relatadas pelos sujeitos da pesquisa; c) relacionar os padrões de masculinidade com os padrões de cuidado com a saúde de cada geração estudada.

### **Avaliação dos riscos e benefícios**

Identificam como riscos o desconforto e o cansaço ao responder a entrevista. Informam que não há benefícios diretos para os sujeitos da pesquisa.

### **Comentários e considerações sobre a pesquisa**

A pesquisa é relevante e tem potencial para gerar informação científica nova.

### **Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória**

Os autores apresentam folha de rosto devidamente assinada, projeto de pesquisa, TCLE, parecer do Departamento de origem, TCLE. O TCLE tem estrutura de carta, não apresenta logo institucional, mas começa com os contatos. O vocabulário não é coloquial. Há sentenças longas, frases sem sujeito, que requerem interpretação. Há erros de digitação e erros de Português. Informa que as entrevistas serão gravadas e que o sujeito de pesquisa tem o direito de não autorizar sua gravação. Não informa, entretanto, o destino dessas gravações e quem é o responsável pela sua guarda. Informa que a pesquisa não trará benefício financeiro, mas não informa que não acarretará ônus para o sujeito. Como parte da documentação apresentada, não forneceram o roteiro da entrevista semiestruturada.

### **Recomendações**

As recomendações foram atendidas, contudo, é necessário observar no TCLE algumas revisões. Em relação à logo da Universidade, houve um equívoco, pois não deve constar no TCLE. Vide documento anexo.

### **Conclusões ou pendências e lista de inadequações**

Observada a recomendação, somos pela aprovação do projeto "AINDA SOMOS OS MESMOS?: MASCULINIDADES E PRODUÇÃO DE CUIDADO DE DUAS GERACÕES DE HOMENS", da pesquisadora RITA DE CÁSSIA MARQUES

**Situação do Parecer:** Aprovado.

**Necessita de apreciação da CONEP:** Não.

### **Considerações finais a critério do CEP**

Aprovado conforme parecer.



**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6.627 2º Ad SI 2005.

**Bairro:** Unidade Administrativa II      **CEP:** 31270-901

**UF:** MG      **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592      **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 538.661

Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2014

**Assinador por: Maria Teresa Marques Amaral (coordenador)**