

**CULTURA INFORMACIONAL, SAÚDE
MASCULINA E HOMENS EM CONSTRUÇÃO:
modos de viver e ver**





Programa
de Pós-Graduação
em **Ciência**
da **Informação**
UFMG

U F *m* G

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ALBERTH SANT'ANA COSTA DA SILVA

CULTURA INFORMACIONAL, SAÚDE MASCULINA E HOMENS EM CONSTRUÇÃO: modos de viver e ver

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito final para obtenção do grau de doutor.

Linha de pesquisa: Memória social, patrimônio e produção do conhecimento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alcenir Soares dos Reis
Coorientador: Prof. Dr. Wagner Vasconcelos

Belo Horizonte
2021

S586c Silva, Alberth Sant'Ana Costa da.
Cultura informacional, saúde e homens em construção [recurso eletrônico] : modos de viver e ver / Alberth Sant'Ana Costa da Silva. - 2021.
1 recurso online (229 f. : il., color.) : pdf.

Orientadora: Alcenir Soares dos Reis.
Coorientador: Wagner Vasconcelos.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação.
Referências: f. 190-202.
Apêndice: f. 203-225.
Anexo: f. 226-229.
Exigência do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Ciência da informação - Teses. 2. Cultura - Teses. 3. Saúde - Aspectos sociais - Teses. 4. Construção civil – Teses. 5. Brasília (DF) - Teses. I. Reis, Alcenir Soares dos. II. Vasconcelos, Wagner. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Ciência da Informação. IV. Título.

CDU 613-055.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TESE

Às 13:30 horas do dia 20 de dezembro de 2021, realizou-se a sessão pública para a defesa da Tese de ALBERTH SANT'ANA COSTA DA SILVA. A presidência da sessão coube a Dra. Alcenir Soares dos Reis - Orientadora. Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: Dr. Wagner Robson Manso de Vasconcelos (Fiocruz Brasília), Prof(a). Regina Maria Marteleto (IBICT/UFRJ), Dra. Ivette Kafure Muñoz (UnB), Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento (UFMG), Dr. Rodrigo Moreno Marques (UFMG). A defesa contou com a participação especial da Dra. Jacquelyn Burkel (Faculty of Information & Media Studies) que supervisionou o aluno Alberth Sant'Ana durante o doutorado sanduíche enquanto esteve no Canadá. Em seguida, o candidato fez a apresentação do trabalho que constitui sua Tese de Doutorado, intitulada: "*CULTURA INFORMACIONAL, SAÚDE MASCULINA E HOMENS EM CONSTRUÇÃO: modos de viver e ver*". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar aprovada a Tese de Doutorado. A Comissão Examinadora considerou a qualidade do trabalho, destacando o processo metodológico e sugeriu a publicação dos resultados. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2021.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Alcenir Soares dos Reis, Professora Magistério Superior - Voluntária**, em 20/12/2021, às 19:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wagner Robson Manso De Vasconcelos, Usuário Externo**, em 28/12/2021, às 10:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Moreno Marques, Professor do Magistério Superior**, em 28/12/2021, às 14:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ivette Kafure Munoz, Usuária Externa**, em 28/12/2021, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Roberto Afonso do Nascimento, Chefe de departamento**, em 29/12/2021, às 17:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Regina Maria Marteleto, Usuário Externo**, em 30/12/2021, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1148328** e o código CRC **2DEBED7D**.

ALBERTH SANT'ANA COSTA DA SILVA

**CULTURA INFORMACIONAL, SAÚDE MASCULINA E
HOMENS EM CONSTRUÇÃO:
modos de viver e ver**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito final para obtenção do grau de doutor.

Defesa, 20 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Alcenir Soares dos Reis

Escola de Ciência da Informação — UFMG
Presidente - Orientadora

Dr. Wagner Vasconcelos

Fiocruz Brasília
Coorientador

Dr.^a Jacquelyn Burkell

Supervisora do Estágio de Doutorado Sanduíche
Faculty of Information of Information & Media Studies — Western University
Convidada Especial

Dr.^a Ivette kafure

Faculdade de Ciência da Informação — UnB

Dr.^a Regina Maria Marteleto

Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) — UFRJ

Dr. Adriano Roberto Afonso Nascimento

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas — UFMG

Dr. Rodrigo Moreno Marques

Escola de Ciência da Informação — UFMG

Dr.^a Maria Aparecida Moura

Escola de Ciência da Informação — UFMG
(suplente)

Dr.^a Ana Paula Silva

Prefeitura de Belo Horizonte
(suplente)

Aos trabalhadores da Construção Civil, pela generosidade em compartilhar suas vidas e experiências cotidianas.

Aos meus pais, Afonso Sant'Ana e Maria Fátima Costa, pela vida e pelo amor de cada dia.

Ao meu querido avô João Longuinho, de 1920, como gosta de se apresentar aos novos amigos, pela inspiração mais que centenária.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Alcenir Soares dos Reis e ao meu coorientador, Prof. Dr. Wagner Vasconcelos, pela condução deste estudo de maneira comprometida e atenciosa.

AGRADECIMENTOS

“A gente tem que sonhar, senão as coisas não acontecem.”

OSCAR NIEMEYER

Sou imensamente grato a Deus por ter me dado forças e determinação para chegar até aqui. Foi preciso ter um fôlego persistente para vivenciar as aventuras, as alegrias, as desventuras e os dissabores experimentados na travessia deste percurso.

Tenho clareza de que não seria possível vencer os desafios, superar os percalços, assumir os riscos e, assim, chegar ao final desta “maratona” sem a valiosa contribuição das pessoas e das instituições envolvidas. Assim, percorrer por esta retrospectiva é perceber que sozinho nada sou e ponderar, mormente, que “há tempo para todas as coisas”. Por isso, agradeço imensamente:

Aos meus pais, Afonso Sant’Ana e Maria Fátima Costa, por todo caminho e amor. Ao meu avô querido João Longuinho, por estar sempre ao meu lado;

À Prof.^a Dr.^a Alcenir Soares dos Reis e ao Prof. Dr. Wagner Vasconcelos, pelo companheirismo, dedicação, solicitude e generosidade na orientação deste estudo;

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Araújo, pela orientação na fase inicial desta pesquisa e à Prof.^a Dr.^a Jacquelyn Burkell, pela supervisão e acolhida do meu Estágio de Doutorado Sanduíche na *Faculty of Information & Media Studies*, na *Western University*, Canadá;

Aos trabalhadores da Construção Civil que se dispuseram a compartilhar suas histórias; vivências e experiências com singularidades e sem reservas. Cabe um agradecimento especial ao saudoso Costa, que partiu precocemente, vítima do COVID 19;

À Construtora, pela imensa colaboração em conceder a anuência institucional para a realização do trabalho de campo, nas figuras do engenheiro, do técnico de segurança do trabalho, da técnica de edificações e do técnico de auxiliar em enfermagem, que tanto viabilizam a presença no canteiro de obra em prol do desenvolvimento das interlocuções perante os trabalhadores atores da pesquisa;

Aos professores Adriano Nascimento, Ana Paula Silva, Ivette Kafure, Jacquelyn Burkell, Maria Aparecida Moura, Regina Maria Marteleto e Rodrigo Moreno Marques, pela generosidade em avaliar este estudo;

Aos professores e colegas-amigos da Escola de Ciência da Informação/PPGCI-UFMG e da FIMS, pelos encontros, afinidades e estreitamento dos laços que extrapolaram as dimensões acadêmicas;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos para o Estágio de Doutorado Sanduíche no Exterior, e ao Instituto Federal de Educação, Ciência de Brasília, pela liberação do trabalho para essa qualificação acadêmica;

Aos Coordenadores do PPGCI, por viabilizarem o financiamento da pesquisa na modalidade da Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior. À Carolina e à Nely pela solicitude com as burocracias que permeiam a execução de uma pesquisa acadêmica.

Aos meus familiares e amigos, pela torcida e por terem tornado esta longa jornada possível. De modo especial, às minhas irmãs de coração Sandra Sales e Joice Teixeira, pela presença e apoio tão constantes, e aos amigos Allan, Cecília, Cleonice, Davi, Érika, Frank, Frederico, Gesner, José Henrique, Lyvan, Mateus, Phil, Ricardo, Richard, Rogério, Rose Samyra, Sachin e Valéria.

À Flávia e à Isadora, pela aprendizagem compartilhada em torno das experiências e conquistas, das dificuldades e superações presentes no Estágio de Doutorado Sanduíche no Canadá. Agradeço, sobretudo, pelo vínculo de amizade que permanece;

Agradecimentos especiais:

- Ao Mestre Luís e sua família, pelo suporte incomensurável;
- À família Snook – Carrie, Joe e Addie –, pelas alegrias e aprendizagens que tivemos juntos durante as quatro estações canadense;
- Ao Júlio e a Carol, pela amizade camarada e todo o suporte;
- Ao Júnio, pelo apoio para a realização do grupo focal;
- À Anna Carollina, pela solidariedade fraternal em todas as etapas desta caminhada.

“Descobri o segredo de que, após escalar uma grande montanha, constatamos apenas que há muitas outras montanhas a escalar. Tirei agora um momento para descansar [...] para olhar para trás e ver a distância que percorri. Mas só posso descansar por um momento, pois com a liberdade vêm as responsabilidades, e não posso me demorar, pois minha longa caminhada ainda não terminou.”

NELSON MANDELA, *Longa caminhada até a liberdade*

Da aparência à essência

“Diante de uma paisagem, ou nossa vontade de apreendê-la exerce sobre conjuntos que nos falam à maneira de cartões-portais ou, então de outro, temos a tendência de negligenciar o todo; mesmo os conjuntos que se encontram em nosso campo de visão nada mais são do que frações de um todo.

A paisagem, certo, não é muda, mas a percepção que temos dela está longe de abarcar o objeto em sua realidade profunda. Não temos o direito senão a uma aparência. [...]

A dificuldade, no entanto, é a dos objetos individuais, e o que procuramos não é uma lei dos objetos. Os objetos não passam de objetivações e individualizações. O que nos interessa é a lei do movimento geral da sociedade, pois é pelo movimento geral da sociedade que apreendemos o movimento geral do espaço.”

MILTON SANTOS

RESUMO

A partir de um enfoque multidisciplinar, esta pesquisa tem por objetivo identificar, analisar e esclarecer as dimensões informacionais e culturais que se encontram subjacentes à relação do homem com sua saúde, tendo como sujeitos do estudo os trabalhadores da Construção Civil do Distrito Federal. Em termos específicos, o estudo visou correlacionar as dimensões teóricas e conceituais entre informação, cultura, cultura informacional e masculinidades; apreender os sentidos de saúde atribuídos pelos sujeitos da pesquisa e suas práticas de cuidados; e mapear os processos informacionais que permeiam a busca por cuidados em saúde, na ótica dos Itinerários Terapêuticos e da *Health Information Seeking*. Metodologicamente, elegeu-se como lócus da pesquisa um canteiro de obras localizado em Brasília, em uma região identificada como “Plano Piloto”. Conduziu-se o estudo com base em um pensamento indiciário de buscar nas particularidades do contexto empírico elementos às vezes negligenciados, para a compreensão de sua totalidade. Por intermédio de uma abordagem quantiquantitativa, procedeu-se à coleta de dados em duas etapas, utilizando-se das seguintes técnicas: pesquisa documental, observação participante, questionário e entrevistas semiestruturadas (Etapa 1); e observação participante e grupo focal (Etapa 2). Os resultados da pesquisa revelaram que os trabalhadores da Construção Civil estão imersos em uma cultura informacional que molda e reforça os modos de perceber e agir em relação às demandas de saúde, conforme padrões socialmente estabelecidos. Os sentidos de saúde e as práticas de cuidados apontados pelos entrevistados convergem para a preocupação em promover as condições necessárias à realização do trabalho. No itinerário informacional desenvolvido por esses sujeitos, ficou evidente a consolidação de uma rede social de apoio, cuja centralidade dos laços fortes é representada pela figura feminina (esposa, mãe e filha) e pelo farmacêutico, enquanto o médico do trabalho da empresa e os colegas de canteiro de obra configuram-se como elos fracos, em função da escassez de trocas informacionais relativas às questões de saúde. Os resultados constataram, ainda, que condições de vida e de trabalho, nível de escolaridade, restrições financeiras, falta de serviços públicos de saúde com acolhimento humanizado, limitações e dificuldades associadas ao acesso às informações em saúde foram relatados como entraves ao autocuidado. Ao buscar compreender essa realidade empírica, colocou-se em questionamento a visão estereotipada de que os homens não cuidam da saúde. Por fim, em razão das indagações postas pela pesquisa e dos resultados alcançados, ressalta-se a relevância do esforço investigativo na busca por ampliar as interlocuções entre o campo da Ciência da Informação e o da Saúde Coletiva, de forma a contribuir para dinamizar e dar efetividade às ações de caráter amplo, em termo nacional, para a promoção integral da saúde masculina, tendo como pontos de reflexão os modos de viver e ver dos homens em construção desta pesquisa.

Palavras-chave: informação; cultura; cultura informacional, saúde do homem; masculinidades; saúde do trabalhador – Construção Civil.

ABSTRACT

From a multidisciplinary perspective, this research aims to identify, analyze and understand the informational and cultural dimensions that are underlying the relationship of men and their health, having as subjects of the study the civil engineering workers of the Federal District. In specific terms, the study aimed to correlate the theoretical-conceptual dimensions between information, culture, informational culture, and masculinities; to apprehend the health meanings attributed by the research subjects and their care practices; and to map the informational processes that permeate the search for care, from the perspective of Therapeutic Itineraries and Health Information Seeking. Methodologically, as a focus of the research, a construction site located in Brasilia was elected, in a region identified as Plano Piloto. The study was conducted through an evidential standard of looking for elements sometimes neglected in the particularities of the empirical context in understanding its totality. Through a quantitative-qualitative approach, data collection was developed in two stages, using the following techniques: documentary research, participant observation, questionnaire, and semi-structured interviews (Step 1); participant observation and focus group (Step 2). The results of the research revealed that civil construction workers are immersed in an informational culture that shapes and reinforces ways of noticing and acting, regarding health demands, according to socially established standards. The meanings of health and care practices pointed out by the interviewees converge to the concern of promoting necessary conditions for work. In the informational itinerary developed by these subjects, it is evident the consolidation of a social support network, whose centrality of these strong bonds is represented by the female figure (wife, mother, and daughter) and the pharmacist, while the company's doctor and the construction site colleagues are configured as weak bonds, due to the scarcity of informational exchanges related to health issues. The results also show that living and working conditions, education level, financial restrictions, lack of public health services with humanized reception, limitations, and difficulties in accessing health information are reported as obstacles to self-care. When trying to understand this reality, the stereotyped view that men do not take care of their health was questioned. Finally, due to the questions posed by this research and the results found, it is highlighted the relevance of the investigative effort in the search to expand the dialogues between the field of Information Science and Collective Health, in order to boost and make effective the actions of an extensive nature, in national terms, aiming the promotion of whole male health, having as points of reflection the ways of living and points of view from the men under construction in this research.

Keywords: information; culture; informational culture, men's health; masculinities; worker's health; civil engineering - civil construction.

RESUMEN

Desde un enfoque multidisciplinario, esta investigación tuvo como objetivo identificar, analizar y comprender las dimensiones informativas y culturales que subyacen a la relación del hombre y su salud, teniendo como sujetos de estudio a los trabajadores de la construcción civil del Distrito Federal. En términos específicos, el estudio buscó correlacionar las dimensiones teórico-conceptuales entre información, cultura, cultura informativa y masculinidades; aprehender los sentidos de salud atribuidos por los sujetos de la investigación y sus prácticas de cuidado; y mapear los procesos informativos relacionados con la búsqueda de atención, a partir de la perspectiva de Itinerarios Terapéuticos y Health Information Seeking. Metodológicamente, como locus de la investigación, se eligió un sitio de construcción ubicado en Brasilia, en una región identificada como "Plan Piloto". El estudio se realizó a través de un pensamiento indiciario de buscar, en las particularidades del contexto empírico, elementos a veces descuidados para la comprensión de su totalidad. A través de un enfoque cuantitativo-cualitativo, la recolección de datos se desarrolló en dos etapas, utilizando las siguientes técnicas: investigación documental, observación participante, cuestionario y entrevistas semiestructuradas (Paso 1); observación participante y grupo focal (Paso 2). Los resultados de la investigación revelaron que los trabajadores de la construcción están inmersos en una cultura informativa que da forma y refuerza las formas de percibir y actuar en relación con las demandas de salud, de acuerdo con los estándares socialmente establecidos. Los significados de las prácticas de salud y cuidado señalados por los entrevistados convergen con la preocupación por promover las condiciones necesarias para el trabajo. En el itinerario informativo desarrollado por estos sujetos se evidencia la consolidación de una red de apoyo social, cuya centralidad de fuertes lazos está representada por la figura femenina (esposa, madre e hija) y por el farmacéutico, mientras que el médico ocupacional de la empresa y los colegas del lugar de trabajo son eslabones débiles, debido a la falta de intercambios de información relacionados con temas de salud. Los resultados también muestran que las condiciones de vida y de trabajo, el nivel de educación, las restricciones económicas, la falta de servicios de salud pública con atención humanizada, las limitaciones y dificultades en el acceso a la información sobre salud se reportan como barreras para el autocuidado. Al intentar comprender esta realidad empírica, se cuestionó la visión estereotipada de que los hombres no cuidan su salud. Así, a la luz de la hermenéutica-dialéctica y sumado a la perspectiva de la cultura informacional como categoría crítico-analítica para la comprensión de los fenómenos sociales, se defiende la tesis que los sujetos de esta investigación, en las condiciones en las que se encuentran, cuidan su salud. Finalmente, debido a las preguntas planteadas por la investigación y los resultados alcanzados, se enfatiza la relevancia del esfuerzo investigativo en la búsqueda de ampliar los diálogos entre el campo de las Ciencias de la Información y la Salud Colectiva, con el fin de contribuir a impulsar y dar efectividad a acciones de carácter amplio, en términos nacionales, en la promoción integral de la salud masculina, teniendo como puntos de reflexión las formas de vivir y ver de los hombres en la construcción de esta investigación.

Palabras clave: información; cultura; cultura informacional, salud del hombre; masculinidades; salud del trabajador – Construcción Civil.

RÉSUMÉ

L'objectif de cette recherche a été d'étudier la relation que l'homme, en tant que travailleur de la construction civile, entretient avec sa santé, à travers l'identification et l'analyse des facteurs liés aux dimensions informationnelles et culturelles sous-jacentes à cette relation. Une étude multidisciplinaire menée auprès d'une population de travailleurs de cette branche d'activité au District Fédéral. Dans ce cadre, l'étude s'est attachée à vérifier la corrélation de présupposés théoriques et conceptuels intervenant en matière de santé (niveau d'information, culture, culture informationnelle,) avec la masculinité ; à appréhender les sens attribués aux notions de santé et pratiques de soins chez les sujets de la population étudiée; à cartographier les processus informationnels participant à la diffusion des résultats de la recherche en matière de soins via la visualisation des Itinéraires Thérapeutiques et de la Health Information Seeking. Du point de vue méthodologique, le lieu sur lequel a porté cette recherche est un chantier de la construction civile situé à Brasilia dans le Plano Piloto. L'étude s'est voulue aussi exhaustive que possible par l'utilisation d'une pensée indicative qui cherche, dans les particularités du contexte empirique, des éléments parfois oubliés dans la compréhension de sa totalité. La collecte des données a été effectuée en deux étapes selon une approche à la fois qualitative et quantitative avec l'utilisation des techniques de recherche documentaire, observation participative, questionnaires et entretiens semi structurés pour l'étape 1 et observation participative et groupe focal pour l'étape 2. Les résultats de cette recherche auprès des travailleurs de la construction civile mettent en évidence la prépondérance de la culture informationnelle de leur milieu d'immersion à la fois en termes de perception et de leur mode d'action en matière d'exigences de santé, selon des références socialement établies. Les personnes interrogées soulignent la nécessité de conditions plus favorables de travail. A l'évidence, l'itinéraire informationnel développé par les individus étudiés semble s'articuler principalement autour à la fois d'une figure féminine (mère, épouse, fille) et aussi de celle du pharmacien. Quant au médecin du travail et aux collègues, ils apparaissent comme les maillons faibles de ce réseau compte tenu du manque d'échanges dans le milieu professionnel à propos des questions de santé. Les résultats soulignent également tout un ensemble de facteurs adverses, agissant comme autant d'obstacles à la prise en charge individuelle du soin. Des obstacles contribuant également à entretenir cette situation par la faiblesse du niveau scolaire individuel, les restrictions financières, l'absence de services publics de santé humanisés et pour finir les difficultés même d'accès aux sources d'information en matière de prise en charge individuelle de santé. S'agissant d'éclairer cette réalité empirique, c'est donc la vision stéréotypée de l'homme négligeant sa santé qui a été questionnée. Ainsi, en vient à être défendue ici la thèse selon laquelle les sujets de cette recherche se préoccupent de leur santé et cela malgré leurs conditions de vie. Conclusions construites à la lumière de l'herméneutique-dialectique, additionnées à la perspective de la culture informationnelle en tant que catégorie critique-analytique pour la compréhension des phénomènes sociaux. Finalement, à la lumière des questionnements et des résultats de cette recherche, il est mis en exergue l'importance de l'élargissement d'un dialogue entre le champ de la Science de l'Information et celui de la Santé Collective, au moyen de mesures à dimension nationale visant à promouvoir la santé masculine et suscitant une réflexion chez les hommes à propos de leurs représentations et de leurs vécus en matière de santé.

Mots-clés: information; culture; culture informationnelle; santé de l'homme; masculinités; santé du travailleur; Construction Civile

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 — Procedimentos metodológicos.....	92
Figura 2 — Etapas e fases da pesquisa de campo	93
Figura 3 — Empreendimento A.....	122
Figura 4 — Empreendimento B.....	122
Figura 5 — Espaços de uso coletivo: refeitório e lavabo.....	123
Figura 6 — Controle de ponto	128
Figura 7 — Atividades de alongamento durante o DDS coletivo.....	129
Figura 8 — A presença da oração nos momentos do DDS coletivo.....	130
Figura 9 — Dinâmica do trabalho realizado no canteiro de obra.....	131
Figura 10 — Dinâmica do trabalho e fila para o almoço.....	132
Figura 11 — Almoço e higiene	133
Figura 12 — Algumas atividades realizadas durante o intervalo do almoço	134
Figura 13 — Descolamento: casa e trabalho	147

Gráficos

Gráfico 1 — Percentual de óbitos por sexo, segundo a faixa etária. Brasil – 2004...68	68
Gráfico 2 — Profissionais por função exercida.....	124
Gráfico 3 — Níveis de hierarquia observados no canteiro de obra	125
Gráfico 4 — Distribuição dos 115 trabalhadores do canteiro de obra por faixa etária	126
Gráfico 5 — Escolaridade dos trabalhadores entrevistados.....	146

Quadros

Quadro 1 — Características centrais das formas simbólicas de cultura.....	35
Quadro 2 — Características dos mediadores informacionais.....	59
Quadro 3 — Principais causas de internações hospitalares em homens no SUS em 2005	68

Quadro 4 — Principais causas de morbidade masculina conforme a prevalência das internações no SUS em 2015.....	70
Quadro 5 — Causas de mortalidade masculina em 2014 por faixa etária mais prevalente.....	71
Quadro 6 — Handbook of studies on men and masculinities – estrutura e temáticas associadas à discussão da masculinidade.....	81
Quadro 7 — Temáticas presentes nos estudos sobre saúde do homem.....	83
Quadro 8 — Eixos Prioritários de atuação da PNAISH	88
Quadro 9 — Relação dos sujeitos entrevistados.....	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — População brasileira na faixa etária de 20 a 59 anos, por sexo – Brasil	69
Tabela 2 — Universo da pesquisa conforme os critérios de inclusão e exclusão	98
Tabela 3 — Composição da amostra para as entrevistas - Etapa 1 da pesquisa de campo.....	99
Tabela 4 — Composição da amostra da Etapa 2: Grupo Focal da pesquisa de campo	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DDS	Diálogo Diário de Segurança
ECI	Escola de Ciência da Informação
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIMS	<i>Faculty of Information & Media Studies</i>
HIS	<i>Health Information Seeking</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Programa de Iniciação Científica
IES	Instituições de Ensino Superior
IF Goiano	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano
IF	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia
IFB	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília
IT	Itinerário Terapêutico
MCT	Ministério da Educação e Tecnologia
MP	Mestrado Profissional
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIBITI	Programa Institucional de Desenvolvimento Tecnológico e ação
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSDE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WUO	<i>Western University of Ontario</i>

SUMÁRIO

1	SAÚDE DO HOMEM: MOTIVAÇÕES, PONTOS DE PARTIDA E CONVERGÊNCIAS	20
1.1	Problema de pesquisa, pressupostos, objetivos e relevância do estudo.....	24
2	INFORMAÇÃO, CULTURA E CULTURA INFORMACIONAL	29
2.1	Cultura e informação: situando os conceitos	30
2.1.1	<i>Cultura: um conceito multidimensional</i>	30
2.1.2	<i>Informação: aspectos simbólicos e dialéticos ancorados no âmbito da cultura</i>	36
2.2	Cultura informacional: vertentes e concepções investigativas	43
2.2.1	<i>Cultura informacional com foco organizacional</i>	44
2.2.2	<i>Cultura informacional como subsídio para a apreensão e a compreensão da realidade</i>	47
2.2.3	<i>Cultura informacional como instrumento de cidadania</i>	50
2.3	Itinerário informacional em saúde – uma compreensão a partir das abordagens sobre Itinerários Terapêuticos e <i>Health Information Seeking</i> (HI).....	55
3	SAÚDE DO HOMEM E O MODELO CULTURAL DE MASCULINIDADES	61
3.1	A relação do homem com sua saúde	64
3.1.1	<i>Primeiros estudos sobre a morbimortalidade masculina – década de 1990 e anos 2000</i>	65
3.1.2	<i>Estudos epidemiológicos atuais acerca da saúde masculina</i>	69
3.2	A saúde do homem como campo de estudo científico	73
3.3	O homem e sua saúde, na ótica do modelo cultural de masculinidade	76
3.3.1	<i>Do conceito de masculinidade hegemônica ao reconhecimento das masculinidades</i>	78
3.4	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	85
4	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA: DA BUSCA DE INDÍCIOS À LUPA DE ANÁLISE	89
4.1	Pesquisa de campo – Etapa 1 (imersão, entre julho e setembro de 2018)	94
4.1.1	<i>Fase preparatória</i>	94
4.1.1.1	<i>Levantamento e sondagem do universo empírico, obtenção da anuência institucional e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz-Brasília</i>	94

4.1.2	<i>Fase exploratória</i>	96
4.1.2.1	<i>Recrutamento dos sujeitos para a Etapa 1 da pesquisa de campo</i>	96
4.1.2.2	<i>Sistematização dos dados populacionais</i>	97
4.1.2.3	<i>Coleta de dados: técnicas e estratégias adotadas</i>	99
4.1.2.3.1	<i>Pesquisa documental</i>	99
4.1.2.3.2	<i>Técnica de observação</i>	100
4.1.2.3.3	<i>Questionário</i>	103
4.1.2.3.4	<i>Entrevistas</i>	105
4.1.3	<i>Fase analítica</i>	109
4.2	Pesquisa de campo – Etapa 2 (imersão realizada entre novembro de 2019 e junho de 2020)	113
4.2.1	<i>Fase preparatória</i>	114
4.2.2	<i>Fase exploratória</i>	115
4.2.2.1	<i>Grupo focal – diretrizes teóricas, preparação e aplicação</i>	117
4.2.3	<i>Fase analítica</i>	119
5	ENTRE A OBRA E AS SINGULARIDADES: INTERLOCUÇÕES E VIVÊNCIAS COMPARTILHADAS	120
5.1	Caracterização do <i>locus</i> da pesquisa	121
5.1.1	<i>Universo populacional do estudo: composição e perfil dos trabalhadores</i>	123
5.1.2	<i>O canteiro de obra e a dinâmica dos trabalhadores</i>	128
5.2	Singularidades dos sujeitos entrevistados	135
5.2.1	<i>Silva, pedreiro, 32 anos</i>	135
5.2.2	<i>Vieira, pedreiro, 22 anos</i>	136
5.2.3	<i>Teixeira, pedreiro, 30 anos</i>	136
5.2.4	<i>Meneses, encarregado de pedreiro, 33 anos</i>	137
5.2.5	<i>Lima, topógrafo, 49 anos</i>	138
5.2.6	<i>Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos</i>	138
5.2.7	<i>Silva, carpinteiro, 28 anos</i>	139
5.2.8	<i>Gonçalves, carpinteiro, 46 anos</i>	139
5.2.9	<i>Costa, encarregado de instalações, 57 anos</i>	140
5.2.10	<i>Silva, encarregado de pedreiros, 59 anos</i>	140
5.2.11	<i>Silva, pedreiro, 35 anos</i>	141
5.2.12	<i>Oliveira, servente, 24 anos</i>	141
5.2.13	<i>Sampaio, servente, 40 anos</i>	142
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO: MODOS DE VIVER E VER AS QUESTÕES DE SAÚDE	143
6.1	Os sujeitos entrevistados	145

6.2	A saúde na ótica dos trabalhadores da Construção Civil: sentidos e práticas adotadas	148
6.2.1	<i>Saúde como ausência de doença</i>	148
6.2.2	<i>Saúde como práticas de cuidado.....</i>	150
6.2.2.1	<i>Prevenir acidentes.....</i>	150
6.2.2.2	<i>Alimentar bem</i>	153
6.2.2.3	<i>Não ter vícios.....</i>	156
6.2.2.4	<i>Ter higiene pessoal</i>	157
6.2.2.5	<i>Buscar por atendimento médico e realização de exames periódicos de prevenção de doenças</i>	159
6.3	Saúde como bem-estar	160
6.4	Masculinidade(s) e memórias do cuidado com a saúde: aprendizagens e atribuição de sentidos.....	161
6.5	Itinerário informacional dos trabalhadores da Construção Civil em relação às questões de saúde.....	167
6.5.1.1	<i>A busca por cuidado.....</i>	168
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS: APRENDIZAGENS E NOVOS DESAFIOS	179
	REFERÊNCIAS.....	190
	APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (ETAPA 1).....	203
	APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (ETAPA 2).....	205
	APÊNDICE C — ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	207
	APÊNDICE D — ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO.....	209
	APÊNDICE E — ROTEIRO GRUPO FOCAL	213
	ANEXO A — CARTA DE ANUÊNCIA (MODELO)	226
	ANEXO B — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	227

1 SAÚDE DO HOMEM: MOTIVAÇÕES, PONTOS DE PARTIDA E CONVERGÊNCIAS¹

“Apreender a viver significa preparar os espíritos para afrontar as incertezas e os problemas da existência humana. O ensinamento da incerteza que caracteriza o mundo deve partir das ciências.”

EDGAR MORIN

“Ciência se origina de dentro do homem; de suas ideias prévias, de suas teorias, sejam explícitas ou implícitas, tomar consciência delas e deixar claro o lugar donde se fala é importante na construção do objeto de uma pesquisa.”

ROQUE MORAES

A escolha da temática sobre a saúde do homem teve como ponto de partida a minha formação acadêmica, atrelada ao meu percurso profissional, no decurso dos últimos dez anos.

Em relação à minha formação acadêmica, cabe rememorar que o interesse pelo estudo dos fenômenos informacionais vinculados à área da Saúde teve início na graduação em Biblioteconomia, na Escola de Ciência da Informação/UFMG, desde 2002.

Durante a graduação, instigado pelas disciplinas de cunho provocativo para a discussão da triangulação informação, cultura e sociedade, tornou-se possível refletir acerca da relevância da informação como fenômeno social, histórico e cultural, que requer uma perspectiva interdisciplinar em prol da compreensão de seus fundamentos e práticas.

Em 2007, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, com o objetivo de investigar o percurso informacional de mulheres-mães cujos filhos têm paralisia cerebral, estabeleci importantes interlocuções e diálogos com diferentes profissionais atuantes no campo da Saúde.

¹ Por se tratar de tópico que resgata de maneira subjetiva o percurso do pesquisador, optei por apresentar este capítulo utilizando-me da narrativa na primeira pessoa.

Durante o desenvolvimento da dissertação², apreendi, dentre outros elementos, sobre a realidade conflituosa vivenciada pelas mães ao obterem informações sobre a saúde de suas crianças. Ao mesmo tempo em que se tornava esclarecedora para essas mulheres, a informação ia de encontro a suas expectativas, instaurando-se uma relação dialética entre os limites e possibilidades do desenvolvimento de seu/sua filho(a).

A dinâmica reflexiva da pesquisa ressaltou a percepção de que, majoritariamente, as mães é que assumem a responsabilidade pelos cuidados dos filhos no que diz respeito à execução das atividades que eles executam, bem como ao auxílio necessário e ao acompanhamento às sessões clínicas e às atividades terapêuticas demandadas. Ao me deparar com essa realidade, indagações novas se instauravam, como: “Por que a participação masculina se mostra tão rarefeita em relação aos cuidados com o próprio filho?”; e “Como se desdobra esse afastamento masculino na rotina familiar?”.

Diante dessas inquietações, do ponto de vista da literatura, recuperei que, historicamente, em diferentes culturas, os cuidados exercidos pela figura feminina costumam ser analisados em abordagens socioculturais com distintas visões. Dentre elas, destaca-se uma perspectiva que reitera o papel social do homem associado ao esteio e à provisão financeira do lar. Outra, liderada pelo movimento feminista, confronta os efeitos de uma mentalidade patriarcal, que restringe a participação das mulheres ao ambiente doméstico e aos cuidados dos filhos.

A experiência empírica da pesquisa de mestrado permitiu constatar que era rara a circulação dos pais pelos corredores das instituições com os filhos no colo. Tanto as narrativas maternas quanto os depoimentos dos profissionais assinalaram que a contribuição paterna no processo de reabilitação do filho é praticamente inexistente. A assistência do pai, no contexto da família, quando esse está presente, limita-se à provisão das necessidades de subsistência. São as mães que levam as crianças para os atendimentos clínicos e terapêuticos (SILVA, 2009).

Ao concluir a pesquisa, surgiu o interesse em desenvolver estudos na área da Informação voltados para o campo da Saúde, na perspectiva de buscar compreender, agora, o que subjaz na dificuldade masculina em relação aos cuidados com a própria saúde.

² SILVA, 2009.

Notadamente, a trajetória da formação acadêmica acima narrada foi fundamental para os novos rumos profissionais com atuação na área da Saúde. Como desdobramento dos resultados da pesquisa, fui convidado, em 2010, pela Federação Estadual da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (FEAPAES-MG) a integrar sua equipe técnica, cujo propósito na ocasião era desenvolver um trabalho informacional dedicado à capacitação de profissionais e familiares pertencentes à Rede Mineira das Apaes.

Naquela época, havia em torno de 480 unidades em funcionamento, sendo uma por município. Dentre as atividades que executavam, citam-se: classificação, gestão, circulação e organização do acervo bibliográfico, suporte aos processos de elaboração e revisão de conteúdos institucionais produzidos pela FEAPAES e enfoque no exercício profissional, especificamente, em prol da consolidação do “Curso Escola de Pais”.

A proposta desse projeto consistia em proporcionar aos pais um espaço formativo de capacitação, acerca dos temas relacionados ao cotidiano de uma pessoa com deficiência, tais como: aspectos jurídicos, ações necessárias à aquisição dos recursos de assistência social e à inclusão escolar e promoção de um ambiente acolhedor para o compartilhamento das aprendizagens, dificuldades, superações e vivências em torno de suas experiências rotineiras com os filhos. Discutiam-se, também, as limitações e as possibilidades de acesso à rede de saúde do município, mediante orientações sobre a realização de pesquisas informacionais e as demandas de diversos interesses relacionados a essa temática.

Ao trabalhar com as diferentes turmas que se constituíram em torno do “Curso Escola de Pais”, ao longo dos três anos, como subcoordenador, mais uma vez, ficou evidente a constatação de que a participação paterna nesse ambiente institucional também era quase imperceptível.

Em 2013, já atuando como professor-substituto na Escola de Ciência da Informação/UFMG, tive a oportunidade de me aprofundar nos estudos sobre os usuários da informação. Simultaneamente, cursei a disciplina “Usuários da Informação”, oferecida aos discentes de pós-graduação, no âmbito do PPGCI, da mesma instituição, como aluno de disciplina isolada. Nesse ínterim, paralelamente ao desenvolvimento da disciplina, focalizei minha atenção nas questões mais amplas da saúde do homem, tendo em vista as complexidades inicialmente observadas.

Em função de mudança de domicílio para a Capital Federal (Brasília/DF), a continuidade pelo interesse da temática da saúde masculina ocorria à medida que me debruçava sobre o assunto, por meio da leitura de artigos científicos e da participação em eventos na área, além de ficar sempre atento às postagens correlacionadas ao tema nas diferentes mídias sociais e nos diversos noticiários nacionais e internacionais.

Em 2014, atuando como bibliotecário do Instituto Federal de Brasília, mantinha o interesse pela “informação” como elemento social vinculado à temática da Saúde. Por essa razão, desenvolvia projetos de extensão como instrumento de democratização da informação para o exercício da cidadania.

No primeiro semestre de 2016, ingressei na UnB, para cursar a disciplina isolada “Fatores Emocionais entre Usuários e Informação”, no âmbito do PPGCI/UnB. Essa nova oportunidade de interlocução acadêmica permitiu-me desenvolver o estudo “**Percursos informacionais masculino: fatores emocionais em relação ao câncer de próstata**”, como atividade empírica da disciplina, tornando-se possível estabelecer uma rede de contato com profissionais vinculados à Saúde do Homem, na esfera do Ministério da Saúde e da Secretaria do Distrito Federal, bem como da Fiocruz Brasília.

Ao narrar essa trajetória, que, de certo modo, traduz meu interesse pelos estudos sobre a relação entre informação, cultura, saúde e sociedade, cabe salientar que a origem do objeto-social de estudo desta pesquisa foi construída, revisitada e remodelada em um contínuo processo reflexivo. Na última década, essa atividade tem sido permeada por interlocuções em diferentes momentos, circunstâncias e espaços institucionais, para que esta pesquisa contemple, nas tessituras das associações conceituais de informação, uma dimensão mais ampla, pautada na coletividade.

Esta pesquisa procurou incorporar uma vontade ampla, cujo compromisso para seu desenvolvimento deveria estar sempre apoiado nos princípios éticos em prol da emancipação e democratização do conhecimento que permeiam uma pesquisa científica. Assim, no empenho de materializar esse propósito, em termos de um projeto acadêmico, não se perderam de vista as potencialidades e os desafios necessários à concretização dessa ação, pois, conforme salienta alerta Ayres (1995),

[...] o projeto só é projeto porque se situa tensamente entre possibilidades e necessidades diversas, por referência a um mesmo campo de práticas. Por outro lado, essa diversidade está fundada na singularidade dos indivíduos, a qual só se define como tal contra o pano de fundo dos coletivos em que estão mergulhados (AYRES, 1995, p. 78).

Ayres (1995) suscita novas indagações acerca de sobre quais singularidades dos indivíduos o movimento investigativo se debruçaria. De maneira semelhante, perguntávamos: Quais seriam os homens sobre os quais a pesquisa se concentraria em termos de sua aproximação empírica?

No primeiro momento, com apoio em critérios amostrais, propusemo-nos estudar o percurso informacional dos homens atendidos nas Unidades de Atenção Básica de Brasília e entorno. Nessa ocasião, de maneira complementar, julgávamos oportuno também incluir homens vinculados a distintos espaços sociais, onde se predomina a presença masculina, tais como, academias de Jiu-jitsu, barbearias, quadras de futebol *society* e oficinas mecânicas. Mesmo diante do grande esforço em estabelecer as tratativas, o processo de obtenção de anuência institucional se revelou inviável, em razão dos prazos para a realização do estudo.

Em distintos momentos de discussão com os professores-orientadores deste estudo e outros pesquisadores, membros da banca do exame de qualificação, o segmento de trabalhadores da construção civil se apresentou como uma oportunidade significativa para se apreender, empiricamente, em um contexto predominantemente ocupado por homens, o modo como esses sujeitos percebem a própria saúde e desenvolvem ações de autocuidado em sua vivência cotidiana.

Na sequência, explicitam-se a formulação do problema de pesquisa, os objetivos e os pressupostos que nortearam esta investigação.

1.1 Problema de pesquisa, pressupostos, objetivos e relevância do estudo

No campo acadêmico científico, expandem-se as discussões acerca da correlação “homem–saúde”. Revelou-se que os homens sofrem, mais do que as mulheres, condições severas e crônicas de saúde e morrem mais do que elas pelas principais causas de morte (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

No senso comum, encontramos assertivas de que os homens não cuidam muito bem de si e quase não buscam por cuidados nos serviços de saúde. A esse respeito, Gomes (2010; 2011, 2012) assinala que os comprometimentos da saúde entre homens e mulheres não ocorrem por causas biológicas exclusivas dos sexos masculino ou feminino. O pesquisador ressalta que é relevante considerar que a maneira como os homens e as mulheres são criados provoca significativamente esses comprometimentos.

[...] os homens são influenciados por modelos culturais de masculinidade. Esses modelos, em alguns casos, podem ser os principais responsáveis pelo fato de os homens serem mais vulneráveis do que as mulheres a algumas doenças e estilos de vida que comprometem a saúde (GOMES, 2010, p. 35-36).

Para o autor, portanto, os comprometimentos da saúde de homens e mulheres são influenciados por causas que não se restringem apenas a essa dimensão de gênero. Segundo ele, “a classe socioeconômica das pessoas, em determinadas situações, pode fazer uma grande diferença entre ter saúde ou conseguir acesso à prevenção e ao tratamento de doenças” (GOMES, 2010, p. 36).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições em que uma pessoa vive e trabalha são compreendidas como os determinantes sociais de saúde, as quais, em outros termos, podem ser consideradas como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como, moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego” (BRASIL, 2015).

Considerando que os sujeitos da pesquisa constituem-se de trabalhadores da construção civil vinculados a uma construtora de Brasília/Distrito Federal, é importante recuperar que esse contexto é marcado por acidentes de trabalho. Conforme a Associação Nacional da Medicina do Trabalho (ANAMT), a construção civil é um dos segmentos que mais registram acidentes de trabalho no território nacional, sendo o primeiro em incapacidade permanente, o segundo em mortes (perde apenas para o transporte terrestre) e o quinto em afastamentos com mais de 15 dias (BRASIL, 2021).

É importante reconhecer e discutir a pertinência e as inevitáveis interseções dos debates acerca da saúde do trabalhador. Entretanto, o foco investigativo deste estudo nos conduziu a estabelecer e articular análises alicerçadas na saúde do indivíduo enquanto trabalhador. Sobre o trabalhador incidem questões diversas, como aquelas associados ao gênero e às relações de trabalho, por exemplo, direitos trabalhistas, distorções, assimetrias salariais e de condições de trabalho, assédio e mais-valia.

É relevante esclarecer que a opção de selecionar homens trabalhadores da construção civil foi uma estratégia para apreender o modo como os sujeitos buscam informação para cuidar da saúde e identificar os fatores que ampliam e/ou restringem o protagonismo desses indivíduos com o autocuidado.

Diante desses apontamentos, o problema da pesquisa ficou assim definido:
Quais são os sentidos de saúde atribuídos pelos trabalhadores da Construção Civil e como eles desenvolvem a busca por informações e as práticas de cuidado na dinâmica cotidiana?

Formulou-se como hipótese deste estudo:

- Os trabalhadores da Construção Civil estão conscientes da importância do cuidado com sua saúde, haja vista que preservá-la é imprescindível para estar e permanecer no mercado de trabalho. Todavia, as ações de cuidado se realizam de forma restrita, considerando as possíveis dificuldades com as quais esses sujeitos se confrontam no contexto da vida social.

O objetivo geral da investigação assume a seguinte proposição:

- Identificar, analisar e compreender os sentidos de saúde atribuídos pelos sujeitos da pesquisa e as práticas de cuidados desenvolvidos por eles em suas experiências cotidianas.

Os seguintes objetivos específicos são expostos a seguir:

- Correlacionar informação, cultura, masculinidade e cultura informacional como categorias analíticas capazes de refletir o modo como os homens percebem e desenvolvem ações de cuidados com a saúde na dinâmica cotidiana;
- Apreender e caracterizar os sentidos de saúde atribuídos pelos sujeitos da pesquisa a suas práticas de cuidados;
- Mapear os processos informacionais desenvolvidos pelos trabalhadores em relação à própria saúde, tendo como aporte teórico-conceitual a dimensão dos Itinerários Terapêuticos (IT) e a abordagem de *Health Information Seeking (HIS)*.

Diante desses objetivos norteadores, ao colocar em centralidade a problemática da saúde do homem, buscamos ampliar a compreensão desse fenômeno social na perspectiva informacional, procurando situar o debate da investigação no âmbito das questões culturais.

No escopo deste trabalho, ao discutirmos a importância da informação como instrumento de democratização e cidadania, definimos como contribuição da pesquisa para os contextos acadêmico e social promover a ampliação das reflexões em relação à saúde do homem, considerando as singularidades e as pluralidades dos diferentes perfis de masculinidades.

Em termos de estrutura³, esta tese compõe-se de sete capítulos, incluindo esta Introdução, em que se apresentam o tema da pesquisa, o problema de pesquisa e seus objetivos.

No segundo capítulo, discutem-se os conceitos de cultura e informação, concentrando-se na reflexão analítica sobre esses termos polissêmicos e multidimensionais. Como desdobramento, diante das distintas vertentes e concepções investigativas sobre o conceito de cultura informacional, propôs-se uma formulação conceitual para esse termo, visando ampliar o entendimento da saúde do homem na perspectiva informacional. Desse modo, incorporamos a abordagem conceitual de itinerários terapêuticos e de *Health Information Seeking* como aporte do referencial teórico, para subsidiar o mapeamento dos processos informacionais subjacentes à busca por cuidados pelos sujeitos empíricos deste estudo: os trabalhadores da construção civil.

No terceiro capítulo, procede-se à discussão em torno de uma sistematização e articulação teórica da relação do homem e sua saúde, com base em três eixos principais: o perfil da saúde do homem, tendo como referencial os dados epidemiológicos consolidados desde a década de 1990 até os dias atuais; o modelo cultural de masculinidades e os impactos nos modos de viver e ver a saúde; e a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem, com ênfase em seus princípios, diretrizes, objetivos e estratégias de ação.

No quarto capítulo, a partir das indicações do pensamento indiciário proposto por Ginzburg (1990), descrevem-se os procedimentos e as estratégias adotadas para o desenvolvimento deste estudo, com base em uma abordagem quantiquantitativa. Apresentam-se, também, as etapas e as fases da pesquisa de campo realizada em um canteiro de obra localizado em uma região de Brasília-Distrito Federal, identificada como “Plano Piloto”, e os respectivos instrumentos de coleta de dados.

No quinto capítulo, caracteriza-se o universo empírico deste estudo em termos de sua composição, dando destaque à dinâmica cotidiana dos 115 trabalhadores que constituem a totalidade da população do cenário investigado. A partir dessa visão

³ As Diretrizes de Normalização da UFMG, com base nas recomendadas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), foram adotadas no processo de formatação e estruturação deste trabalho. Empenhou-se, ainda, para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado para fundamentar este estudo, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida

macro, com base nos dados quantitativos sobre o perfil do trabalhador e sua saúde, buscamos caracterizar as singularidades dos 13 trabalhadores que concederam depoimentos, conforme os critérios amostrais e as modalidades indicadas previamente no capítulo anterior.

No sexto capítulo, definem-se como pano de fundo as aprendizagens advindas da experiência da pesquisa de campo. Como desdobramento dessa vivência empírica, damos voz aos 13 sujeitos entrevistados, com o propósito de compreender quais os sentidos de saúde e as práticas de cuidado, bem com os aspectos que limitam e ampliam o protagonismo masculino com a saúde. Com base na categoria analítica de cultura informacional, caracterizamos os Itinerários informacionais que evidenciam o processo de busca, assimilação e produção de sentido sobre as questões de saúde, tendo como subsídio as abordagens de Itinerários Terapêuticos e da *Health Information Seeking*.

No sétimo capítulo, indicam-se os aspectos centrais da pesquisa em termos da abordagem teórica-conceitual concernente à informação e à cultura, para repensar os fenômenos sociais, na ótica da cultura informacional, definida como categoria analítica norteadora para o processo reflexivo deste estudo. Assinalamos, ainda, os principais aspectos dos Itinerários Informacionais subjacentes aos sentidos de saúde e às práticas de cuidado relatados pelos sujeitos da pesquisa. Por fim, formulamos proposições de novos estudos, buscando ampliar a discussão sobre o debate da saúde do homem.

2 INFORMAÇÃO, CULTURA E CULTURA INFORMACIONAL

Não importa onde vivemos, nossa vida é guiada e modelada por regras que não estão escritas em nenhum lugar – tantas, na verdade, que não poderíamos registrar todas se tentássemos. [...]

Seja aprender a se encaixar em uma nova escola, ou aprender a rotina em um novo emprego, ou a viver em outro país, todos nós tivemos de aprender a negociar com novos ambientes que a princípio pareceram estranhos, intimidadores e cheios de regras que não entendíamos, mas que após certo tempo tornaram-se familiares. Muitas vezes as regras formais – aquelas que foram registradas – são menos importantes que as informais, as quais, como a regra dos assentos do metrô, podem ser articuladas até que as quebreemos. Do mesmo modo, regras que de fato conhecemos podem não ser cumpridas, ou podem ser cumpridas às vezes, dependendo de outra que não conhecemos. Quando pensamos em como esses jogos da vida podem ser complexos, parece incrível que sejamos capazes de jogar com todos eles. No entanto, do mesmo modo que crianças aprendem um novo idioma aparentemente por osmose, aprendemos a navegar entre os mais complicados ambientes sociais que sem saber estamos fazendo isso.

DUNCAM J. WATTS

Essa epígrafe, de autoria do sociólogo Watts, serviu de inspiração para iniciar a discussão a respeito da tríade informação–cultura–cultura informacional como elementos conceituais que compõem a primeira parte do referencial teórico desta investigação. Este capítulo está estruturado em dois subtópicos: **Cultura e Informação: situando os conceitos**, que se concentra na reflexão analítica entre informação e cultura, buscando revelar como a dimensão informacional e cultural possibilita ampliar o entendimento dos fenômenos sociais; e **Cultura informacional: vertentes e concepções investigativas**, em que se recuperam as abordagens conceituais do termo no âmbito da Ciência da Informação, para evidenciar como tal terminologia coloca na centralidade as dimensões da cultura para o desenvolvimento das análises dos estudos informacionais.

Em face das indicações estruturais deste capítulo, enfatizam-se a reflexão e a articulação teórica do primeiro subtópico e seus desdobramentos.

2.1 Cultura e informação: situando os conceitos

Reconhecendo as pluralidades interpretativas atribuídas à cultura informacional, optou-se por tomar como ponto de partida a compreensão dos conceitos de cultura e de informação. É relevante indagar a respeito de como esses termos se estruturam e como a aproximação entre eles possibilita analisar os fenômenos sociais presentes na contemporaneidade, porque, afinal, é imprescindível pontuar em que conceitos esta pesquisa se fundamenta. Prossegue-se, então com a discussão do primeiro termo indicado, buscando destacar sua marcante característica polissêmica.

2.1.1 Cultura: um conceito multidimensional

Diante da constatação de que “o território da cultura, cada vez mais dinâmico e promissor, tem sido pouco explorado pelos profissionais e pesquisadores da área da CI” (ALMEIDA, 2014, p. 285) e de que esta pesquisa dedica-se a olhar a questão da saúde do homem atravessada por aspectos culturais, foi pertinente recuperar os elementos conceituais atribuídos ao termo *cultura*. Em outras palavras, é relevante explicitar que o conceito de cultura apresenta camadas de significados que foram sendo sobrepostas durante seu próprio processo histórico, com acepções e usos distintos.

Cumprido esclarecer que o objetivo aqui não é retratar todos os episódios que constituíram o desenvolvimento do conceito de cultura. A preocupação em revisitar a historicidade desse vocábulo teve-se como propósito ampliar as possibilidades interpretativas sobre como os trabalhadores da construção civil percebem e cuidam da própria saúde. Assim, a assimilação do termo *cultura* levou em consideração sua etimologia.

De acordo com professora e filósofa brasileira Marilene Chauí (2007), cultura origina-se do verbo latino *colere*, que na Antiguidade significava “o cultivo, a prática do cuidado”.

No decorrer da história do Ocidente, essa visão de cultura aproximou-se de seu sinônimo “civilização”, como sendo um

[...] padrão ou o critério que mede o grau de civilização de uma sociedade. Assim, a cultura passa a ser encarada como um conjunto de práticas (arte, ciências, técnicas, filosofia, os ofícios) que permite avaliar e hierarquizar o valor dos regimes políticos, segundo um critério de evolução (CHAUÍ, 2007, p. 57, grifo nosso).

Refletindo sobre essa formulação, prosseguiu-se com a percepção de cultura como um conjunto de práticas.

O filósofo britânico Eagleton (2011) também se voltou para a dimensão etimológica do termo *cultura*, ao caracterizá-la como um processo material, metaforicamente transferido para questões do espírito. A palavra *cultura*, além de expressar inúmeras ideias, “pode ser aproximadamente resumida como o complexo de valores, costumes, crenças e práticas que constituem o modo de vida de um grupo específico” (EAGLETON, 2011 p. 54). Na ótica desse pesquisador, revela o desdobramento semântico da mudança histórica da vivência rural para a urbana, do cultivo do solo às descobertas científicas, dentre outras possibilidades de transposições. Desse modo, na visão de Eagleton (2011), tal mudança semântica indica, ainda, um questionamento paradoxal: “Os habitantes urbanos é que são cultos, e aqueles que realmente vivem lavrando o solo não o são?” (EAGLETON, 2011, p. 10). No aprofundamento de suas reflexões, o autor destaca que cultura “é o conhecimento implícito do mundo pelo qual as pessoas negociam maneiras apropriadas de agir em contextos específicos” (EAGLETON, 2011, p. 55). Em outras palavras, o referido pesquisador assinala o papel do conhecimento implícito que gera modos de agir específicos.

Nessa corrente de pensamento, vale incluir a perspectiva do teórico cultural e sociólogo britânico-jamaicano Stuart Hall, para quem o termo *cultura* aponta para as “práticas vividas” ou para as “ideologias práticas que capacitam uma sociedade, grupo ou classe a experimentar, definir, interpretar e dar sentido às suas condições de existência” (HALL, 1982, p.7). A visão de cultura como algo do vivido é uma chave importante para se compreender a cultura como construção social.

Há uma aproximação do entendimento de Hall (1982) em relação às formulações do sociólogo e filósofo polonês Zygmunt Bauman, o qual defende a compreensão de que os seres humanos “são o que foram ensinados”. Tal visão ganha amplitude na obra “Ensaio sobre o conceito de cultura”, cujo título original é *Culture as praxis* (Cultura como práxis). Dedicando-se à análise da produção teórica do termo *cultura* nas ciências sociais, Bauman desenvolveu uma complexa jornada, desde as

formulações filosóficas da Grécia antiga aos preceitos do pós-estruturalismo. Ao se deter nessas circunstâncias históricas do termo, Bauman (2012) enfatiza que há um confronto presente na concepção de cultura como privilégio da elite, sendo esse conceito um modo de diferenciar os indivíduos em sociedade.

Considerando que a marca da sociedade é a existência da divisão social – isto é, da divisão de classe –, esse sociólogo polonês chama a atenção para a divisão cultural instituída pelas sociedades em classes. Por conseguinte, ele avalia que a estrutura social funciona como mecanismo de controle e força produtora de uma ordem, sendo o campo cultural a maneira de organizar simbolicamente o mundo. A proposição de cultura como *práxis* nasce para discutir a ambiguidade dos processos culturais, explicitando que “a cultura só pode existir como crítica prática e intelectual da realidade social existente” (BAUMAN, 2012, p. 298).

Os pensamentos de Bauman enriquecem o arcabouço teórico desta pesquisa, na mesma medida que os demais autores anteriormente mencionados contribuíram para esta discussão, que busca ampliar as possibilidades de compreensão da relação do homem com sua saúde na perspectiva informacional.

Incorpora-se aqui a formulação do sociólogo e teórico galês Raymond Williams quando propõe pensar o termo *cultura* como chave de leitura para debater as contradições presentes nos contextos sociais. Em “*Culture is ordinary*”, o teórico argumenta a ideia de que a cultura pertence a todos. Ou seja, “toda sociedade humana tem sua própria forma, seus próprios propósitos, seus próprios significados. Toda sociedade humana expressa tudo isso nas instituições, nas artes e no conhecimento” (WILLIAMS, 1989, p. 54, tradução nossa). Desse modo, é possível considerar que uma cultura tem dois aspectos muito importantes a serem observados: os significados e as direções conhecidas em que seus membros são treinados; e as novas observações e significados apresentados e testados. A partir daí, depreende-se que há em todas as sociedades e em todos os modos de pensar uma dimensão cultural por uma via de mão dupla. Por uma via, cultura é capaz de designar “todo um modo de vida – e os significados comuns; e, por outra via, as artes e o aprendizado – os processos especiais de descoberta e esforço coletivo” (WILLIAMS, 1989, p.54, tradução nossa).

O antropólogo, sociólogo e filósofo francês Edgar Morin discute com profundidade os significados que emergem/convergem da cultura:

[...] é organizada/organizadora via o veículo cognitivo da linguagem, a partir do capital cognitivo coletivo dos conhecimentos adquiridos, das competências aprendidas, das experiências vividas, da memória histórica, das crenças míticas de uma sociedade. Assim se manifestam “representações coletivas”, “consciência coletiva”, “imaginário coletivo”. E, dispondo de seu capital cognitivo, a cultura institui as regras/normas que organizam a sociedade e governam os comportamentos individuais (MORIN, 2002, p. 19).

Na percepção desse pesquisador, a cultura é compreendida como manifestação das representações, da consciência e do imaginário coletivo, por meio do capital cognitivo (MORIN, 2002). De modo, análogo a essa linha de raciocínio de Morin, é factível compreender que a cultura permeia toda uma sociedade e atinge as particularidades dos indivíduos.

Existem pesquisadores que também abordam essa dimensão da cultura, como os sociólogos austro-americanos Peter Berger e Thomas Luckmann, para quem é por meio da cultura que os indivíduos, em distintos processos de socialização, interiorizam e sedimentam os elementos da ordem social e elaboram uma construção social da realidade, uma vez que

[...] o mundo da vida cotidiana não somente é tomado como uma realidade certa pelos membros ordinários da sociedade na conduta subjetivamente dotada de sentido que imprimem a suas vidas, mas é um mundo que se origina no pensamento e na ação dos homens comuns, sendo afirmado como real por eles (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 36).

Dito de outra forma, é por meio dos processos de socialização que os indivíduos tomam consciência e se localizam no contexto social. Em um processo dialético, no qual, ao mesmo tempo, o homem constrói e molda a sociedade, ele é por ela influenciado. Esse movimento considera que há uma intrínseca relação entre informação e cultura na ação dos seres humanos.

Por ser uma construção histórica, além de todo o conjunto de regramentos que legislam as civilizações, não se pode perder de vista que a sociedade também é controlada por uma “ordem oculta”, ou “ordem invisível”, como apontam as reflexões do sociólogo alemão Norbert Elias. Há parâmetros de convivência e condutas que regulam comportamentos entre os indivíduos, os quais, em suas singularidades, ligam-se uns aos outros numa pluralidade. Ou seja, em uma “*sociedade de indivíduos*” as normas estabelecem padrões de comportamentos instituindo modelos e ações a serem seguidas, dentre outros aspectos (ELIAS, 1994).

Na corrente das visões sobre o conceito de cultura, em termos dos significados que dela emergem, vale prosseguir com as formulações do antropólogo americano

Clifford Geertz. Na obra *Interpretações da Cultura*, publicada em 1983, ele descreve o conceito de cultura como semiótico, procurando situá-lo a partir das questões de significado, de simbolismo e de interpretação. Define cultura como uma “hierarquia estratificada de estruturas significativas”, consistindo em ações, símbolos e sinais. Esse pensamento, absorvido no campo de estudos das Ciências Sociais há mais de três décadas, mostra a relação entre a cultura e a constituição do ser humano, haja vista que “sem os homens não haveria cultura, mas, de forma semelhante e muito significativa, sem cultura não haveria homens” (GEERTZ, 2014, p. 56). Diante dessa abordagem interpretativa, Thompson (1995) adverte para o fato de que, no âmbito da cultura, o que deve ganhar lugar é a interpretação. A partir deste ponto de vista, assinala que “a análise da cultura tem pouco a ver com formulação de leis e predição, muito menos com a construção de grandiosos esquemas evolucionistas; tem mais a ver com a interpretação [...]” (THOMPSON, 1995, p. 176).

Ao fazer esse destaque, Thompson tece considerações sobre o papel do analista nesse processo, cujo trabalho reflexivo deve “dar sentido a ações e expressões [...] especificar o significado que elas têm para os autores que as praticam e, assim fazendo, aventar algumas sugestões, algumas considerações contestáveis sobre a sociedade da qual essas ações e expressões são parte” (THOMPSON, 1995, p. 176).

Thompson (1995), ainda tendo como referência as colocações de Geertz (2014), propõe associar o conceito de cultura a “uma variedade de fenômenos e a um conjunto de interesses que são, hoje, compartilhados por estudiosos de diversas disciplinas, desde a Sociologia e Antropologia até a história e a crítica Literária” (THOMPSON, 1995, p. 165). Como desdobramento, Thompson (1995) argumenta que no final do século XIX, com o aparecimento da disciplina Antropologia, a concepção clássica de cultura deu lugar a várias concepções antropológicas. Dentre elas, distingue: concepção descritiva e concepção simbólica, com base nas seguintes caracterizações:

A concepção descritiva de cultura refere-se a um variado conjunto de valores, crenças, costumes, convenções, hábitos e práticas características de uma sociedade específica ou de um período histórico. A concepção simbólica muda o foco para um interesse com simbolismo: os fenômenos culturais, de acordo com esta concepção, são fenômenos simbólicos e o estudo da cultura está essencialmente interessado na interpretação dos símbolos e da ação simbólica (THOMPSON, 1995, p. 166).

O autor, com apoio nos pensamentos de Geertz (2014), destaca que, ao analisar a cultura, deparamos com “emaranhadas camadas de significados, descrevendo e redescrivendo ações e expressões que são já significativas para os próprios indivíduos que estão produzindo, percebendo e interpretando essas ações e expressões no curso de sua vida diária” (THOMPSON, 1995, p. 175).

Ao refletir sobre a concepção simbólica da cultura, Thompson (1995) julgou pertinente assinalar que os aspectos intencional, convencional, estrutural e referencial apresentam relação com o que é comumente entendido pelos termos *significado*, *sentido* e *significação* (Quadro 1).

Quadro 1 — Características centrais das formas simbólicas de cultura

CARACTERÍSTICAS	DESCRIÇÃO
Intencionais	As formas simbólicas são produzidas, construídas e empregadas por um sujeito que, ao produzir e empregar tais formas, está buscando certos objetivos e propósitos e tentando expressar aquilo que ele “quer dizer” ou “tenciona” nas e pelas formas assim produzidas. O sujeito-produtor também tenta expressar-se para um sujeito que, ao perceber e interpretar as formas simbólicas, percebem-nas como a expressão de um sujeito, como uma mensagem a ser entendida.
Convencionais	A produção, construção ou emprego das formas simbólicas, bem como a interpretação das formas pelos sujeitos que as recebem, são processos que, caracteristicamente, envolvem a aplicação de regras, códigos ou convenções de vários tipos. Essas regras, códigos ou convenções variam desde regras de gramática a convenções de estilo e expressão, desde códigos que relacionam sinais específicos a letras, palavras ou situações concretas específicas.
Estruturais	As formas simbólicas são construções que exibem uma estrutura articulada [...] analisar a estrutura de uma forma simbólica é analisar os elementos específicos e suas inter-relações que podem ser discernidos na forma simbólica em questão; analisar o sistema corporificado em uma forma simbólica é, por contraste abstrair a forma em questão e reconstruir uma constelação geral de elementos e suas inter-relações.
Referenciais	As formas simbólicas são construções que tipicamente representam algo, referem-se a algo, dizem algo sobre alguma coisa. [...] ao destacar o aspecto referencial das formas simbólicas, desejo chamar atenção não apenas para as maneiras como as figuras ou expressões fazem referências ou representam algum objeto, indivíduo ou situação, mas também para as maneiras pelas quais, tendo feito referência ou representando algum objeto, as formas simbólicas tipicamente dizem algo sobre ele, isto é, afirmam ou declaram, projetam ou retratam.
Contextuais	As formas simbólicas estão sempre inseridas em processos e contextos sócio-históricos específicos dentro dos quais e por meio dos quais elas são produzidas, transmitidas e recebidas. [...] O que essas formas simbólicas são, a maneira como são construídas, circulam e são recebidas no mundo social, bem como o sentido e o valor que elas têm para aqueles que as recebem, tudo depende, em certa medida, dos contextos e instituições que geram, medeiam e mantêm.

Fonte: Definições retiradas de Thompson (1995. p. 161–175).

Diante do exercício reflexivo de compreender o aspecto multidimensional do termo *cultura*, é possível perceber que o estudo/debate sobre essa temática comporta distintos olhares. As noções aqui supramencionadas não são as únicas presentes na literatura das ciências sociais nem são sintetizadoras de todas as formulações acerca desse conceito.

Não se pode afirmar que existe uma concepção universal e acabada sobre cultura, porque esse conceito possui uma longa historicidade própria e o sentido que ele tem hoje reflete, em certa medida, o desdobramento dessa história.

2.1.2 Informação: aspectos simbólicos e dialéticos ancorados no âmbito da cultura

O que é informação? Em busca dessa resposta, Gleick (2013) condensa séculos de estudos e análises a respeito do termo em sua obra *A informação: uma história, uma teoria, uma enxurrada*. Ao partir da comunicação dos tambores na África e ao chegar às investigações mais recentes dos códigos genéticos, o autor traça a historicidade do vocábulo *informação*, de forma a conectar indagações e expandir horizontes interpretativos sobre ele. Todavia, podemos inferir que, consciente de sua impossibilidade de atribuir uma resposta definitiva e acabada para a indagação do que seja informação, Gleick (2013) concentra-se em dois objetivos principais:

Primeiro, reunir as ideias atribuídas à informação enquanto elemento histórico e teórico e enquanto fenômeno de produção exponencial. Sobre esse último, instaura-se o dilema da Modernidade, pois, "à medida que o papel desempenhado pela informação se expande para além dos limites da capacidade humana, ela se torna excessiva. 'É informação demais', dizem as pessoas hoje em dia" (GLEICK, 2013, p. 19).

Segundo, reconhecer os diferentes sujeitos que estiveram na linha de frente na demarcação da informação na ocasião da revolução científica, como, Claude Shannon, Bertrand Russell, Alan Turing, Kurt Gödel e Richard Dawkins. "Eles usavam a palavra de maneira a sugerir algo técnico: quantidade de informação, ou medida de informação" (GLEICK, 2013, p. 15).

Pelo viés biográfico, Gleick (2013), ao recuperar a identidade de alguns precursores que se debruçaram em compreender o que significa informação, revela que o engajamento e as proposições desses empreendedores não estavam alheios às críticas, razão pela qual pesquisas em parcerias e negociações de diferenças eram efetivadas em certas circunstâncias.

Na historicidade narrada por Gleick (2013), é possível apreender que a informação é objeto de interesse para distintos campos do conhecimento. No contexto da ciência da informação, os debates sobre o que é informação e o que ela representa

como objeto científico são abordados por inúmeros pesquisadores, como, Saracevic (1996); Pinheiro (1999); e ARAÚJO (2003, 2071, 2018). Para este último pesquisador,

[...] a ciência da informação que se faz, hoje, é muito diferente daquela de cinco décadas atrás. Ainda que propostas de estudos parecidas com aquelas de sua época fundacional permaneçam, elas coexistem com diversas outras maneiras de se estudar a informação, sobretudo (mas não só) porque o desenvolvimento das tecnologias solucionou uma série de problemas, mas trouxe muitos outros, relativos às questões humanas (sociais, culturais, políticas, econômicas, jurídicas) de como nós, seres humanos, no século XXI, produzimos, fazemos circular, disseminamos, organizamos, preservamos, usamos e nos apropriamos dos registros de conhecimento produzidos, bem como intervimos, criando instituições, serviços e produtos, nos fluxos informacionais (ARAÚJO, 2018, p. 7).

Considerando os aspectos indicados por Araújo (2018), notadamente em relação às distintas etapas que caracterizam os processos e os fluxos informacionais que marcam as interações sociais, desde a produção da informação até seu uso e apropriação enquanto conhecimento, evidencia-se na literatura uma multiplicidade de conceitos de informação.

Em função disso, optou-se nesta pesquisa por direcionar o olhar para as formulações teóricas que promovem uma análise da relevância da informação conforme ela se apresenta para os diferentes sujeitos. Nesse sentido, encontra-se no campo da CI uma série de apontamentos, com destaque para as preocupações com o caráter social do conceito de informação, ao lado de, nos diferentes programas de pós-graduação brasileiros, linhas de pesquisa, pesquisadores, grupos de estudos e debates que elegem a dimensão social como foco de suas indagações.

Tomando como referência o Programa de Pós-Graduação da ECI/UFMG, identificamos que a preocupação com o caráter social da informação faz parte dos estudos de um grupo de pesquisadores, destacando-se Cardoso (1994), que, por meio do artigo “Retomando possibilidades conceituais: uma contribuição à sistematização do campo da informação social”, concluiu que a constituição da linha de sua pesquisa, voltada para a preocupação com os fenômenos sociais, inicia-se a partir dos anos setenta, tendo como influência o contexto político-social brasileiro.

Na visão de Cardoso, ganham relevância os seguintes aspectos:

A cena social brasileira, a partir de meados dos anos 70, é marcada pela presença crescente dos movimentos sociais organizados que colocam desafios interpretativos para a teoria sociopolítica, enquanto paralelamente a isto, convocam para a participação os agentes que desenvolvem a reflexão sobre este acontecimento, provocando várias mudanças no ambiente acadêmico (CARDOSO, 1994, p. 109).

Enfatizando os argumentos que evidenciam a importância de se dar um enfoque social ao campo da informação, Cardoso (1994) cita também essas preocupações privilegiadoras do social e mostra como elas guardam relação com a constituição dos cursos de pós-graduação em Biblioteconomia e Ciência da Informação. Assim, com o objetivo de deixar claro que a emergência do social guarda relação com o contexto histórico-político da realidade brasileira na época e com os processos de constituição dos cursos, a referida autora defende a necessidade de considerar os seguintes elementos:

A) historicidade dos sujeitos cognoscentes e dos objetos cognoscíveis (lembrando que nas ciências do homem são também sujeitos, por definição) que os coloca em uma relação culturalmente determinada; em uma interação de produção de sentidos; B) a totalidade dos fenômenos sociais. Como totalidade entendemos que a sociedade é uma estrutura orgânica em que o conjunto dá sentido ao fragmento, não sendo, então, possível estudar qualquer fenômeno social isolado do seu contexto de sua ocorrência [...]; C) a tensionalidade constante, que está presente na sociedade, determinando as relações, e a produção de sentido sobre elas entre os diversos grupos, segmentos e classes sociais que fazem da cultura (valores, crenças, práticas, conhecimento/informações) o terreno de disputa pela hegemonia [...] (CARDOSO, 1994, p. 111–112).

Partindo desses pressupostos, Cardoso (1994) enfatiza que a realidade está continuamente em movimento e em construção e que todo processo de conhecimento é apenas uma possibilidade, dentre outras, de aproximação da verdade.

Agregando-se aos argumentos antecedentes, é relevante recuperar as postulações de Marteleto (1994, 1995a, 1995b, 2002, 2007) identificadas como pertencentes à Antropologia da Informação, na qual assinala o caráter indissociável da relação existente entre informação e cultura. Nesse sentido, o termo *cultura* representa “o ‘modo de relacionamento humano com seu real’, ou, ainda, como o conjunto dos artefatos construídos pelos sujeitos em sociedade (palavras, conceitos, técnicas, regras, linguagens) pelos quais dão sentido, produzem e reproduzem sua vida material e simbólica” (MARTELETO, 1995a, p. 2). Como desdobramento dessas reflexões, “cultura” e “informação” são palavras designadas pela autora como conceitos/fenômenos interligados pela própria natureza, tendo em vista que

[...] a primeira - funcionando como uma memória, transmitida de geração em geração, na qual se encontram conservados e reproduzíveis todos os artefatos simbólicos e materiais que mantêm a complexidade e a originalidade da sociedade humana - é a depositária da informação social. Por essa mesma razão, pode ser considerada como a “genoteca” da sociedade humana. Nela, os padrões culturais – religioso, filosófico, estético, científico ou ideológico – funcionam como “programas” ou gabaritos para a organização dos processos sociais e psicológicos, de forma semelhante aos sistemas genéticos, que fornecem tal gabarito para a organização dos processos orgânicos (MARTELETO, 1995a, p. 2).

A “informação não representa apenas o modo de relação dos sujeitos com a realidade, mas também os artefatos criados pelas relações e, entendida como um processo ou produto, é sempre uma probabilidade de sentido” (MARTELETO, 1995a, p. 2), tornando-se, portanto, necessário

[...] reconhecer que a sociedade é uma arena de disputas simbólicas em torno dos sentidos que se atribuem à realidade das coisas, instituições, pessoas. E que essas disputas estão relacionadas às posições que cada agente ocupa no espaço social, tanto quanto às categorias e classificações empregadas para nomear a realidade (MARTELETO, 2002, p.109).

Nessa vertente de considerar a informação como um elemento representacional que expressa e promove sentido acerca da relação do homem com o mundo e que, portanto, carrega dimensões do âmbito da cultura, Moura (2006) apresenta seu entendimento nos seguintes termos:

A informação é compreendida [...] como as representações produzidas pela mente criadora dos homens a qual os auxilia na sua relação expressiva com o mundo. Como todo signo, tem caráter ágil e provisório. Na sua articulação leva em consideração os dados fornecidos pela realidade e obedece às determinações da capacidade cognitiva do sujeito, dada, sobretudo, por sua experiência colateral. Capacidade esta potencializada nos processos de formação. A informação é um signo que se atualiza na interface com o sujeito (MOURA, 2006, p. 2).

Tomando-se como referência os argumentos de Moura (2006), é possível indicar que se encontra na informação um processo de trabalho traduzido na interação entre a realidade e o sujeito.

Há ainda de se destacar as postulações de Dantas (2006), ao assinalar que o conhecimento é uma resultante que se encontra subjacente no tocante à dinâmica humana de atribuir e conferir sentido às informações produzidas e apreendidas. Em suas palavras, fica explícito que

[...] o conhecimento é produto da informação, logo produto do trabalho. É trabalho passado, não deixando de ser, por isto, redundância que a informação reprocessa, enriquece, vivifica em conhecimento novo. Sendo humano, o conhecimento incorpora necessariamente aspectos constitutivamente humanos, como os sonhos de futuro, as emoções e pulsões, as determinações da cultura. Se a informação, no geral, processa sinais, a informação humana, porque orientada pelo conhecimento, processará signos. E o trabalho informacional humano será, por natureza, signo, envolvendo toda uma incomensurável gama de possibilidades conotativas e pragmáticas (DANTAS, 2006, p. 57).

Integrando-se às visões antecedentes e privilegiando os aspectos relativos às dimensões ideológicas, cabe aqui recuperar o conceito de informação proposto por Reis (1999):

[...] substrato da vida social, fundamental à compreensão dos fenômenos requerendo daqueles que a recebem submetê-la a um processo de análise, crítica e reflexão, para que, inserindo-a na historicidade dos processos sociais possa ser incorporada como conhecimento, norteando a ação (REIS, 1999, p. 155).

Em estudos posteriores, a referida pesquisadora reitera a possibilidade de analisar a informação sob um ponto de vista dialético, buscando desvelar as possibilidades, limites e contradições. Assim, a compreensão da informação enquanto categoria teórica requer para sua compreensão:

[...] o entendimento da mesma enquanto construto social, resultado das relações estabelecidas entre os homens no contexto de uma sociedade historicamente construída, e que se apresenta de forma dinâmica e em permanente mutabilidade; a compreensão de que informação é um produto social e resulta das interações entre os homens e nela se incorporam as dimensões - históricas, econômicas, políticas e culturais;

[...] a perspectiva de que a produção, a organização e a utilização da informação se realizam em um determinado contexto histórico, destinado a atores que, no âmbito da realidade social, têm posições e oportunidades distintas, o que torna necessária a compreensão do fenômeno em sua inserção social;

[...] a compreensão da não neutralidade da informação, tendo em vista a dualidade intrínseca à mesma, ou seja, legitimação do status quo ou possibilidades de mudança e transformação (REIS, 2007, p. 23).

Reis (2007), com suporte nas dimensões apontadas por Cardoso (1994), enfatiza que inúmeras são as influências culturais, históricas e ideológicas que delimitam o modo como cada indivíduo se insere nos distintos contextos informacionais e interage com eles.

Como postula Cardoso (1994), além de considerar a historicidade dos sujeitos, é necessário compreender que as relações que os sujeitos mantêm com a informação são culturalmente estabelecidas. Por essa razão, torna-se fundamental contextualizar a informação associada aos fenômenos sociais, de forma a identificar as tensionalidades, os processos, as estruturas e as instituições sociais.

Reiterando a dimensão da hegemonia, Reis (2007) assinala que “diferentes atores, na arena política, comparecem com interesses divergentes, buscando implementar os resultados que concretizem seus objetivos” (REIS, 2007, p. 26).

Com base nesse entendimento, reconhecer o contexto social requer considerar o indivíduo e seus distintos processos informacionais que se encontram nessa realidade. Logo, torna-se crucial assinalar que nos estudos sobre os fenômenos informacionais está presente “a compreensão de não neutralidade da informação,

tendo em vista a dualidade intrínseca a ela, ou seja, legitimidade do *status quo* ou possibilidade de mudança e transformação” (REIS, 2007, p. 24–26).

Para além de pensar a informação como fenômeno social e inscrito no campo da cultura, é relevante compreender seu caráter eminentemente simbólico e marcado por contradições.

Martins (2015) pontua que

[...] a informação e seus modos de produção, disseminação e apropriação encontram-se inseridos em um campo de disputas [...] na medida em que possibilita aos sujeitos a nomeação das diferenças que os assinalam, a apresentação de suas visões de mundo, identidades, demandas, inimigos, o posicionamento e a negociação discursiva nos embate em que se envolvem (MARTINS, 2015, p. 8).

Evidencia-se na dinâmica cotidiana a importância da informação como mecanismo que possibilita uma inserção social e como elemento norteador para as questões mais complexas do dia a dia.

Reis, Silva e Manessini (2011), ao privilegiarem a questão informacional no contexto das ações comunitárias contemporâneas, buscam contribuir para uma leitura da informação articulada com os elementos que configuram e dinamizam as lutas sociais na atualidade. Para esses autores, tendo em vista a importância de se promover a defesa dos direitos sociais individuais e coletivos, a informação

[...] representa a forma através da qual buscamos saber a realidade de que participamos e ao fazê-lo temos como objetivo nos apropriarmos dos diferentes aspectos que nos circundam, estando incluído neste processo tanto a busca de respostas para questões extremamente simples como tomar uma condução para ir do bairro x para o bairro y, bem como aspectos de maior dificuldade/complexidade, ou seja, no sentido de ir além do cotidiano, de forma a responder indagações sobre a história da sociedade, os processos de produção da vida, o lugar e o papel do homem no mundo, dentre outros (REIS; SILVA; MANESSINI, 2011, p. 17).

Os pesquisadores assinalam que ter/obter informação revela uma ação do sujeito visando responder a suas indagações e seus questionamentos. Isso implica um processo analítico-reflexivo, que possibilita aos sujeitos situarem-se no mundo e perceberem a necessidade de promover mudanças nos contextos em que estão inseridos.

Desse modo, podemos prosseguir com o entendimento de que é possível evidenciar a existência de uma interação do sujeito com a realidade social e de que, paralelamente, os distintos sujeitos fazem uso dos valores para compreender suas realidades. Todavia, é relevante assinalar que, para alcançar a compreensão da realidade na qual está inserido, o sujeito precisa não apenas ter ou obter a informação,

como também dotar-se de uma consciência crítica a respeito das relações sociais e de si mesmo como agente inserido em articulações em rede na qual perpassam valores contraditórios e conflitantes, como bem colocado por Cardoso (1994); Reis (1999) e Martins (2015).

Fica claro que o ato informacional não se efetiva em razão do notório e expressivo volume de informações produzidas, mas, sobretudo, de suas características, pois “a informação deve estar adequada ao espaço social onde se pretende atuar. Se não se mostrou acessível e assimilável, não é possível dizer que se concretizou como informação” (BRANCO, 2006, p. 47).

A questão da acessibilidade da informação deverá ser compreendida como uma condição *sine qua non* para o exercício da cidadania, desde que os sujeitos sejam capazes de assimilar a informação e de transformá-la em conhecimento, mediante uma ação analítica, reflexiva e crítica (CARDOSO, 1994; REIS, 1999, 2007; MOURA, 2006; DANTAS, 2006).

Entendida dessa forma, a dimensão da apropriação da informação guarda intrínseca aproximação com a abordagem *estrutural de cultura* (THOMPSON, 1995), considerando que as dimensões que a compõem – intencionais, convencionais, estruturais, referenciais e contextuais – revelam elementos simbólicos e dialéticos, que se mostram subjacentes na forma como os diferentes sujeitos atribuem distintos significados à realidade na qual estão inseridos (MARTINS, 2015).

Em síntese, diante das reflexões propostas nesta seção, podemos considerar que cultura e informação são conceitos distintos e polissêmicos. Contudo, eles se mostram relevantes e indissociáveis para a compreensão da realidade empírica desta pesquisa. Com base na assimilação desses conceitos, buscamos um aprofundamento teórico, sob o prisma da cultura informacional.

Antes de prosseguirmos, é oportuno apreender as concepções e as vertentes investigativas de cultura informacional discutidas no âmbito da ciência da informação, integrando-se a ela os aspectos presentes no campo da saúde, de forma que esse somatório de perspectivas possa subsidiar a análise e a interpretação dos dados da pesquisa acerca da relação do homem e sua saúde.

2.2 Cultura informacional: vertentes e concepções investigativas

Cultura informacional é uma concepção recente. Suas primeiras conceituações foram elaboradas há pouco mais de trinta anos (OLIVER, 2017). Desde então, a temática tem despertado a atenção de pesquisadores de diferentes partes do mundo, como Europa, América do Norte, América Latina e Austrália. Essa pluralidade de olhares revela o caráter polissêmico da expressão, sobre a qual há um notório e contínuo esforço para sua definição, com vistas a apreender e descrever suas características (OLIVER, 2017).

Santos e Valentim (2019) afirmam que não há consenso capaz de demarcar os aspectos temporais e territoriais acerca do surgimento do termo *cultura informacional*.

Gendina (2009) afirma que tal terminologia teve origem na Rússia, na década de 1970, formulada por bibliófilos e bibliotecários preocupados em colocar em discussão questões humanitárias relativas à informação.

Yan (2009) apresenta duas alternativas: primeira, o termo *cultura informacional* foi introduzido por Daniel e Alvin Toffler, por ocasião do surgimento da Sociedade da Informação, na década de 1970; e, segunda, na década de 1980, referindo-se ao novo tipo de cultura organizacional que se tornou alvo de objeto e de interesse no contexto corporativo-empresarial.

Com base no levantamento bibliográfico da literatura da Ciência da Informação, evidenciamos que os estudos orientados para a temática “Cultura informacional” são classificados sob as mais distintas designações, além de serem desenvolvidos em diversas áreas do conhecimento.

Lopatina e Sladkova (2012, p. 54) corroboram com essa visão ao afirmarem que “[...] a cultura informacional é um fenômeno que tem se destacado, sendo explorado na Rússia nos campos da informática, psicologia e estudos culturais desde meados de 1980”.

Moraes e Barbosa (2015), ao pesquisarem o termo *cultura informacional* (em inglês, *information culture*) no Portal de Periódicos da Capes, em meados de 2013, observam que os 2.258 artigos recuperados estavam indexados também com expressões semelhantes, como, *information and culture*, *information on culture*, *information as culture* e *information for culture*.

Moraes e Barbosa (2015) assinalam que outras palavra-chaves foram encontradas associadas aos artigos recuperados, a saber: *libraries*, *information*

management, culture, information systems, information literacy, corporate culture, higher education/universities and colleges, information society, health care industry, software, general sciences, biological sciences, information behavior e personal information. Para eles, essa diversidade de palavras-chave indica a heterogeneidade de campos que utilizam o termo *information culture*. Contudo, ao se deterem sobre os artigos selecionados, constataram que, em sua maioria, neles não se registra a expressão *information culture*.

Moraes e Barbosa (2015) ressaltam que poucos artigos definem essa expressão e que sua utilização se mostra em consonância com o estudo de Woida, Oliveira e Valentim (2010), que fizeram um balanço de sua utilização nos encontros do ENANCIB: “[...] constata-se que a cultura informacional é constantemente abordada de maneira indireta. Parte considerável sugere o assunto sem fazer uso dessa expressão” (WOIDA; OLIVEIRA; VALENTIM; 2010, p. 4).

Tendo em vista essas considerações, coube-nos indagar: Quais são as vertentes e as concepções de cultura informacional presentes no campo da Ciência da Informação?

Adiante, como desdobramento da análise do levantamento bibliográfico, apresentaremos as discussões sobre a temática “Cultura informacional”, sem a pretensão de fixar categoricamente uma classificação definitiva, senão de reunir pontos de vistas que se aproximam.

Neste estudo, foi possível apreender que no campo da Ciência da Informação as discussões sobre cultura informacional concentram-se em torno de três perspectivas centrais: cultura informacional com foco organizacional; cultura informacional como subsídio para a apreensão da realidade; e cultura informacional como condição que potencializa ou restringe o exercício da cidadania. Na sequência, dá-se andamento à compreensão da primeira proposição indicada.

2.2.1 Cultura informacional com foco organizacional

Do ponto de vista cronológico, um dos primeiros estudos a cunhar o termo *cultura informacional* é atribuído à finlandesa Mirian Ginman, que, em 1987, elaborou o estudo *Information culture and business performance*. Na ocasião, Ginman (1987), vinculada ao *Department of Library and Information Science, da Abdo Academy*, entrevistou 39 *chief executive officers* (CEO) para compreender os fatores que

determinavam a cultura informacional no ambiente da empresa. Após analisar as categorizações dos dados, constatou que o sucesso e a competitividade, aspectos esperados pelas organizações, decorrem das correlações entre a cultura informacional do CEO, o ciclo de vida da empresa e seu modo operante, tudo isso somado aos interesses e ao uso da informação por parte de seus membros.

Ginman (1987) identificou que a cultura informacional é promissora de mudanças e de inovações, de modo que tal processo é visto como necessário às empresas que almejam sucessos e competitividade. Para ela,

[...] uma transformação dos recursos intelectuais é mantida juntamente com a transformação de recursos materiais. Os recursos primários para essa transformação variam segundo os tipos de informação e conhecimento. O resultado obtido é um produto intelectual processado, que é necessário para o funcionamento e desenvolvimento das atividades materiais de maneira positiva (GINMAN, 1987, p. 93, tradução nossa).

O estudo de Ginman (1987) inaugurou uma forma de se olhar a cultura informacional pelo viés empresarial, de forma que o termo passou a ganhar força ao relacionar aspectos da filosofia organizacional à informação.

Tendo como marco essa abordagem, inúmeros pesquisadores despertaram o interesse por essa vertente, que “emergiu como subproduto das pesquisas sobre cultura organizacional e sobre os efeitos da informação e do conhecimento frente às novas tecnologias da informação e da comunicação (TIC) nas organizações” (MORAES; BARBOSA, 2015). Com base nesses autores, é possível observar que, a partir da metade da década de 1990 proliferaram os estudos que exploravam a relação da cultura informacional, conectados a diferentes aspectos atrelados à dinâmica organizacional em relação a: desempenho, ciclo de vida da organização, inteligência competitiva, gestão da informação e do conhecimento, implantação de novas tecnologias e outros aspectos organizacionais (MORAES, BARBOSA, 2015).

Notadamente, a visão dos autores supramencionados reitera pressupostos advindos da cultura organizacional no campo da Administração, a partir do reconhecimento da informação como valor para o desempenho empresarial. A dimensão cultura informacional é considerada como uma interface complexa e definidora na vida das organizações em termos de competitividade e de rentabilidade, atrelados ao comportamento informacional dos sujeitos envolvidos (ALVES; DUARTE, 2014).

Nessa linha argumentativa, ganha destaque a formulação proposta por Davenport e Prusak (1998), ao atribuírem o conceito de cultura informacional como sendo o

[...] padrão de comportamentos e atitudes que expressam a orientação informacional de uma empresa. Culturas, nesse sentido, podem ser fechadas ou abertas, orientadas por fatos ou baseadas na intuição ou em rumores, de enfoque interno ou externo, controladas ou autorizadas (DAVENPORT; PRUSAK, 1998, p. 2, tradução nossa).

A referida concepção demonstra uma contribuição para a área da CI, haja vista que estudos posteriores adotam a conceituação apresentada por Davenport e Prusak (1998), ao promoverem uma reflexão considerando o fator humano como elemento relevante, por fornecer a dinâmica informacional de uma organização em um momento em que as tecnologias eram predominantemente consideradas como determinantes para o domínio do contexto informacional.

Curry e Moore (2003), investigando a gestão associada aos sistemas de informação, destacam a cultura informacional como fator chave para que as pessoas e a informação presentes em uma organização produzam valor aos processos e atividades, ao passo que formulam o entendimento de que

[...] uma cultura em que o valor e a utilidade da informação para atingir o sucesso operacional e estratégico são reconhecidos, na qual a informação é a base da decisão organizacional e a tecnologia da informação é facilmente explorada como facilitadora para o emprego efetivo dos Sistemas de Informação (CURRY; MOORE, 2003, p. 94, tradução nossa).

Travica (2005), no estudo *Information politics and information culture*, refere-se à cultura informacional utilizando o termo *infoculture*, atribuindo para tanto a seguinte designação “definimos infoculture em termos de crenças estáveis (suposições, valores, normas, atitudes) e comportamentos (práticas de trabalho, rituais, dramas sociais e de comunicação) que se referem à informação e à TI em uma organização” (TRAVICA, 2005, p. 215).

Mediante uma investigação exploratória, Choo *et al.* (2008) afirmam que “a cultura informacional se manifesta nos valores, normas e práticas que têm impacto no modo como a informação é reconhecida, criada e usada” (CHOO *et al.*, 2008, p. 2008). Os autores argumentam que a cultura informacional é amplamente influenciada pelo tipo de atividade econômica, pelo porte da organização, pela dispersão física, pelas normas das categorias profissionais e pelas dependências do uso da TI, dentre outros fatores.

Como recurso que alicerça os processos de inteligência competitiva, a cultura organizacional é apreendida por Woida e Valentim (2006), como sendo

[...] um conjunto de pressupostos básicos compostos por princípios, valores e crenças, ritos e comportamentos positivos em relação à construção, socialização, compartilhamento e uso de dados, informação e conhecimento no âmbito corporativo (WOIDA; VALENTIM, 2006, p. 40).

No que tange a essa abordagem, pode-se inferir que a cultura informacional é um mecanismo passível de ser gerenciado, uma vez que, no âmbito da inteligência competitiva, requer esforços estratégicos de liderança para mobilizar práticas informacionais em prol do desenvolvimento organizacional.

Para Winden e Hansen (2012), a gestão do comportamento informacional colaborativo dos indivíduos está associada à cultura da organização em face dos mecanismos de busca e da apropriação, disseminação, compartilhamento, geração e uso de informações, dentre outras práticas dependentes da ação humana. Assim, os referidos pesquisadores conceituam cultura informacional como sendo

[...] práticas de informação, atitudes em relação à informação, fluxos de comunicação, confiança e colaboração. Cultura informacional é o contexto geral de como o ambiente interno suporta o compartilhamento e o gerenciamento da informação (WINDEN; HANSEN, 2012, p. 1, tradução nossa).

É oportuno salientar que a vertente investigativa de cultura informacional atrelada aos aspectos organizacionais não é a única disseminada na área da Ciência da Informação. Por essa razão, julgamos pertinente direcionar o nosso olhar para uma segunda perspectiva de cultura informacional, descrita a seguir.

2.2.2 Cultura informacional como subsídio para a apreensão e a compreensão da realidade

No cenário brasileiro, a formulação de Marteleto (1995) se mostra propulsora da expressão *cultura informacional* como uma possibilidade de leitura do objeto da Ciência da Informação. A perspectiva centra-se na marcação da cultura como elemento nuclear da informação, associando uma e outra como componentes intrínsecos. Em outras palavras, cultura e informação são concebidas como “conceitos/fenômenos interligados pela sua própria natureza” (MARTELETO, 1995a, p. 2).

Esse ponto de vista é reiterado por Marteleto (2007) quando destaca o caráter social do fenômeno da informação e sua manifestação no terreno da cultura. Para a autora, a ideia de cultura informacional é empregada para

[...] estudar os processos macrossociais e micros-situacionais que acompanham as transformações do projeto iluminista de sistematização do conhecimento e técnicas produzidos no ocidente moderno com vista ao novo *regime de verdade* [...] que se organiza com base na racionalidade e no novo regime de poder com a institucionalização do Estado Moderno (MARTELETO, 2007, p. 19).

Nesse contexto, Marteleto (2002) afirma que a antropologia da informação conceitua o modelo ocidental de conhecimento de *cultura informacional*, “uma vez nela se separam e delimitam grupos de produtores, mediadores, receptores de informações, no contexto de um mercado de bens simbólicos, onde as informações, os bens culturais, têm pesos e tarifas diferenciados”. (MARTELETO, 2002, p.110).

A pesquisadora assinala, apoiando-se em Bourdieu (1983), que as bases da cultura informacional são, possivelmente, firmadas em face dos seguintes acontecimentos:

[...] com o processo de autonomização dos campos sociais, a formação de uma esfera pública e a consequência de materiais informacionais: discursos, notícias e bens culturais. O vetor da cultura informacional passa a ser a instituição escolar, em todos os seus níveis, pois é ela que prepara e classifica os sujeitos sociais entre produtores e consumidores de bens culturais no espaço de um mercado de bens simbólicos que se organiza e se firma com o próprio desenvolvimento do capitalismo (MARTELETO, 2007, p. 19).

Na dinâmica do funcionamento da cultura informacional está presente a consideração acerca da “abundância informacional”, que requer procedimentos técnicos e operacionais capazes de propiciar a organização e a recuperação das informações, um problema que perdura desde o surgimento do campo da Ciência da Informação em face da reconhecida explosão informacional. Contudo, para a pesquisadora, para além desses aspectos, na contemporaneidade a abundância informacional ganha nova roupagem, sendo vista agora como *excedente informacional*, o que, no espaço dos modernos mercados de bens simbólicos, é revelador de dualidades e descompasso.

Nas palavras de Marteleto (2007), o *excedente informacional* se mostra

[...] constantemente gerado pela oferta abundante, mas ainda, e principalmente, por conta de uma incompletude nos processos de produção e apropriação da informação, pois a emissão é diferente da recepção, não existe colagem, encaixe ou coincidência entre os dois pólos – emissão/produção e recepção/consumo (MARTELETO, 2007, p. 20).

A ideia de reserva simbólica é utilizada de forma complementar à noção de excedente informacional pela autora citada, visando demarcar o “espaço das subjetividades onde os sujeitos realizam seus processos interpretativos e de confronto com a ordem institucional e de poder dos conhecimentos e materiais informacionais” (MARTELETO, 2007, p. 20).

Como desdobramento desse pensamento, cultura informacional é conceituada nos seguintes termos:

[...] tanto se refere à ordem instituída, produtiva e necessária das informações, quanto aos modos singulares dos embates e apropriações situadas dos sentidos produzidos socialmente. Cultura, neste modo de entendimento da realidade social de produção de sentidos, tem dimensões simbólicas e, ao mesmo tempo, instrumentais, quanto a associamos aos modos de produção da informação (MARTELETO, 2007, p. 20).

Conforme Marteleto (1995a, 2002, 2007), cultura informacional refere-se à dinâmica social em que os sujeitos estão inseridos. Essa perspectiva coaduna com os princípios e as relações conceituais de cultura informacional apresentados por Pichs Fernández e Ponjuán Dante (2014). Para essas pesquisadoras cubanas, vivemos em um contexto cultural e informacional. À medida que novas relações se estabelecem, novas demandas de assimilação da realidade contextual são provocadas. Essa percepção coloca em questão que “os padrões culturais que assimilamos do meio ambiente geralmente marcam o grau de desenvolvimento de nossa cultura informacional, independente, se passamos ou não por um programa de alfabetização da informação” (PICHES FERNÁNDEZ; PONJUÁN DANTE, 2014, p. 25, tradução nossa).

As referidas pesquisadoras reforçam a perspectiva conceitual de cultura informacional como abordagem relativamente nova e salientam que tal conceito emana diretamente do intuito de compreender o “sistema cultural operante e o uso de boas práticas em torno da informação e do conhecimento existente” (PICHES FERNÁNDEZ; PONJUÁN DANTE, 2014, p. 26).

Na visão delas, o desenvolvimento de uma cultura informacional implica algumas ações, por exemplo,

[...] resgatar a experiência, em função do desenvolvimento do conhecimento tácito e da articulação da inteligência, para tomar ações produtivas; um conjunto de concepções e capacidades em torno da informação; e a conversão de seu papel e importância (PICHES FERNÁNDEZ; PONJUÁN DANTE, 2014, p. 25, tradução nossa).

É relevante apontar que a formulação conceitual das autoras dialoga com a definição elaborada por Córdoba González (2003), pesquisadora também cubana, para quem a cultura informacional é compreendida como um segmento do processo de aprendizagem, além de representar “hábitos, costumes e habilidades que a pessoa desenvolve depois de um processo educativo que abarca não somente a educação formal, mas também o ambiente familiar, social que lhe cerca” (CÓRDOBA GONZÁLEZ, 2003, p. 31).

A conceituação apresentada por Córdoba González (2003) nos conduz ao entendimento de que cultura informacional denota também uma possibilidade de leitura do mundo, considerando que essa percepção é perpassada pelas subjetividades e pela compreensão da ordem social que norteia a convivência em sociedade (BERGER; LUCKMANN, 1985; ELIAS, 1994).

Todo o conjunto das reflexões acerca da cultura informacional apresentadas nesta seção destaca a ênfase dada à terminologia como a chave de análise dos fenômenos informacionais revestidos pelas estruturas simbólicas da cultura (THOMPSON, 1995). Como desdobramento, prosseguimos com o entendimento de uma terceira vertente identificada no campo da ciência da informação, cujas formulações estão centradas nos desafios e dilemas da acessibilidade da informação enquanto instrumento de cidadania no contexto contemporâneo da sociedade da informação.

2.2.3 Cultura informacional como instrumento de cidadania

De acordo com Castells (2003), o termo *sociedade da informação* enfatiza o papel da informação na sociedade. Essa característica demarca um “modo informacional de desenvolvimento”. Para esse sociólogo espanhol, se o modo de desenvolvimento industrial condicionava sua produtividade à introdução de novas fontes de energia, na sociedade da informação a fonte de produtividade encontra-se na

[...] tecnologia de geração de conhecimentos, de processamento da informação e de comunicação de símbolos. Na verdade, conhecimento e informação são elementos cruciais em todos os modos de desenvolvimento, visto que o processo produtivo sempre se baseia em algum grau de conhecimento e no processamento da informação. Contudo, o **que é específico ao modo informacional de desenvolvimento é a ação de conhecimentos sobre os próprios conhecimentos como principal fonte de produtividade** (CASTELLS, 2003, p.53–54, grifo nosso).

Com base nessa compreensão, Castells (2003) esclarece que o termo *informacional* “indica um atributo de uma forma específica de organização social, em que a geração, o processamento e a transmissão de informação tornam-se as fontes fundamentais de produtividades e poder, devido às novas condições tecnológicas [...]” (CASTELLS, 2003, p. 64).

Branco (2006) complementa que o termo *informacional* apresentado por Castells (2003) busca estabelecer duas distinções. A primeira se refere à diferença entre indústria e industrial; a segunda, à diferença entre economia da informação e economia informacional.

Castells (2003) afirma que a primeira distinção pode ser explicitada da seguinte forma:

[...] uma sociedade industrial (...) não é apenas uma sociedade em que há indústrias, mas uma sociedade em que as formas sociais e tecnológicas da organização industrial permeiam todas as esferas de atividade (CASTELLS, 2003, p. 64).

Em relação à segunda diferenciação, Castells (2003) esclarece que

[...] a economia informacional é um sistema socioeconômico distinto em relação à economia industrial, mas não devido a diferenças nas fontes de crescimento de produtividade. Em ambos os casos, conhecimento e processamento da informação são elementos decisivos. (...) O que é característico é a consequente realização do potencial de produtividade contido na economia industrial madura em razão da mudança para um paradigma tecnológico baseado em tecnologia da informação (CASTELLS, 2003, p. 140–141).

Os apontamentos do autor permitem inferir que na sociedade da informação o elemento informacional ganha centralidade, tendo em vista seu potencial de dinamizar o desenvolvimento econômico por intermédio das tecnologias de informação e comunicação.

Se se pode, todavia, esquecer que “as desigualdades sociais e econômicas se refletem na desigualdade de acesso à informação e vice-versa” (BRANCO, 2006, p. 47). Nesse sentido, é importante considerar o seguinte: para que a informação seja acessível, é necessário promover não apenas o acesso operacional, como também sua assimilação.

Na visão de Branco (2006),

[...] é necessário haver convergência entre o contexto político, econômico, cultural e social, no qual se encontra inserido o interlocutor, e a informação, tanto em relação a seu conteúdo quanto à forma e às condições em que é apresentada. A divergência ou a ausência de mediação positiva entre esses elementos funcionarão como barreiras à acessibilidade, levando à recusa, ao descarte ou à não-utilização da informação (BRANCO, 2006, p. 47).

Essa formulação promove um caminho reflexivo para a compreensão de uma vertente de cultura informacional atrelada aos aspectos da democratização/acessibilidade à informação como uma condição fundamental para o exercício da cidadania em uma sociedade de indivíduos cada vez mais plural (ELIAS, 1994).

Torna-se oportuno recuperar as formulações de Moura (2011) presentes na obra *Cultura Informacional e liderança comunitária: concepções e práticas*. De acordo com a autora, é preciso transpor as barreiras entre as inovações tecnológicas adotadas na circulação globalizada de fluxos informacionais de bens e os serviços e as práticas comunitárias.

Como alternativa possível para estabelecer a interface entre concepções e práticas, que, de modo habitual e constante, encontram-se cindidas, Moura (2011) defende o fortalecimento e a autonomia das lideranças comunitárias, mediante uma formação humana desenvolvida a partir da conexão entre saberes acadêmicos e populares, visando, sobretudo, potencializar os elementos necessários à participação comunitária na Sociedade da Informação e do Conhecimento, pois

[...] o fenômeno da digitalização da informação associado às telecomunicações e os processos de globalização da economia tornaram possíveis a mobilidade e a circulação irrestrita de ideias e bens em escala planetária e incidiram, de maneira expressiva, sobre os processos de formação humana na atualidade. Contudo, embora haja certo consenso em torno dos impactos ou mesmo dos benefícios trazidos, no que concerne à acessibilidade, ainda é enorme o fosso existente entre a comunidade virtual e os excluídos tecno-informacionais (MOURA, 2011, p. 13).

Ao compreender que a inclusão digital representa um mecanismo importante para o protagonismo dos sujeitos sociais no contexto da sociedade da informação, mas não totalmente suficiente, Moura (2011) propõe pensar criticamente sobre essas questões por meio do entendimento de uma cultura informacional.

De acordo com Moura (2011), o conceito de cultura informacional, “em um tempo em que somos rastreados e monitorados pelos infinitos vestígios que deixamos no contexto informacional em rede” (MOURA, 2011, p. 11), é frequentemente confundido com competência informacional, que preconiza o uso eficiente da informação. Além dessa constatação, na visão da pesquisadora, a diversidade de usos, interpretações e sobreposições do conceito revela que “um consenso ainda está distante de se estabelecer” (p. 53).

Nesse sentido, Moura desenvolve a seguinte proposição:

[...] cultura informacional no contexto da sociedade contemporânea caracteriza-se fundamentalmente pela riqueza de informações, solicitações e estímulos; pela relativa perda do monopólio do saber e do poder da fala autorizada em diferentes contextos, pela presença incisiva e ortogonal de outros suportes nos processos formativos tais como a televisão, a internet e os jogos eletrônicos (MOURA, 2011, p. 53).

Com base nessa formulação, a referida pesquisadora advoga que o debate sobre cultura informacional, por envolver três abordagens fundamentais – informacional, econômica e cidadã –, “deve ser entendido com o discernimento do usuário da informação em relação ao contexto, às ferramentas de mediação do acesso à informação, bem como as práticas socioculturais envolvidas” (MOURA, 2011, p. 54).

É oportuno caracterizar essas abordagens, nos termos indicados pela pesquisadora, conforme a sistematização proposta a seguir:

Abordagem informacional refere-se “conhecimentos que permitem que o sujeito possa expressar sua cultura e seu pertencimento social, assim como suas necessidades informacionais através da interação com recursos e dispositivos informacionais contemporâneos e históricos”.

Abordagem econômica refere-se aos agenciamentos econômicos que tornaram a cultura da informação um dos negócios mais rentáveis dos últimos séculos. [...] o acesso à informação não se refere a um processo ingênuo de concessão desprendida de interesses, mas a estruturas complexas em que as operações dos usuários em ambientes digitais fazem movimentar amplos e diversificados mercados econômicos.

Abordagem cidadã refere-se à ampliação das possibilidades de exercício dos direitos a partir das experiências positivas com o acesso e o uso de informações. (MOURA, 2011, p. 54, grifo nosso).

Alicerçada em suas reflexões, Moura (2011) ressalta que a cultura informacional precisa ser compreendida no âmbito das políticas públicas voltadas para a democratização do acesso à informação e ao conhecimento, com a ressalva de que tais atitudes não devem ser restritas a “um ponto de vista operacional e numérico, mas, sobretudo, do ponto de vista de transformações efetivas na vida dos sujeitos sociais” (MOURA, 2011, p. 54).

A partir das discussões e das análises sobre essa temática, podemos inferir que o entendimento da cultura informacional pode representar um mecanismo de democratização, na medida em que potencializa o acesso informacional aos diferentes sujeitos, considerando-os em suas peculiaridades e capacidade de assimilar a informação e de transformá-la em conhecimento, por meio de uma ação reflexiva, analítica e crítica.

A partir da perspectiva dos argumentos anteriores, torna-se possível concluir que informação e cultura são aspectos indissociáveis da realidade social e que a resultante desse processo interativo se manifesta na transformação e produção do conhecimento em termos individuais e coletivos.

Acrescenta-se a visão de Fialho (2009) no que se refere à concepção de cultura informacional, conforme explicitada a seguir:

[...] um fenômeno social e humano formado por um conjunto complexo e interligado de sistemas simbólicos compostos por: padrões, normas, valores, linguagens, técnicas, instruções, etc., que controlam e governam as ações e práticas informacionais concretas dos sujeitos sociais em determinado espaço social. Essas práticas e ações estão relacionadas com as necessidades individuais dos sujeitos de buscarem, analisarem, usarem e transformarem as informações disponíveis em conhecimento, usados na solução dos problemas e na tomada de decisões, ao longo da vida (FIALHO, 2009, p. 42).

Em decorrência do conjunto das formulações sobre cultura informacional apresentadas neste capítulo, consideramos relevante definir uma formulação conceitual norteadora, sustentada na seguinte proposição: **A cultura informacional representa uma categoria analítica que possibilita apreender e desenvolver uma leitura crítica-reflexiva dos distintos aspectos do contexto social, de modo a compreender as dimensões informacionais e culturais que, intrinsecamente, encontram-se explícitas e/ou subjacentes às manifestações e às interações dos diferentes sujeitos no âmbito da vida social.**

Com suporte nas dimensões simbólicas e dialéticas da informação e na concepção estrutural de cultura formulada por Thompson (1995), o entendimento de cultura informacional destacado acima constitui o eixo norteador para a compreensão da realidade empírica deste estudo. De maneira mais específica, a proposição desse entendimento direciona nosso olhar interpretativo acerca da relação dos trabalhadores da construção civil no tocante à percepção que eles desenvolvem sobre a própria saúde e à maneira como assumem o protagonismo do autocuidado.

O entendimento do conceito de cultura informacional proposto constitui uma categoria analítica, crítica e reflexiva, que tem como potencialidade colocar em relevo os diferentes processos informacionais que se encontram subjacentes no cotidiano dos sujeitos históricos que integram este estudo. Busca-se, também, compreender como tais processos informacionais se constituem em elementos mobilizadores para a percepção da saúde e do autocuidado na ótica dos trabalhadores sujeitos desta pesquisa.

Considera-se, portanto, necessário também problematizar, no campo da Ciência da Informação, a questão da abundância informacional, haja vista a dialética presente entre o acesso e as ações que se desdobram a partir disso, buscando assinalar as potencialidades e as barreiras que se colocam presentes para o campo.

Em função do propósito de caracterizar os processos informacionais em torno das práticas de cuidados por parte dos trabalhadores da construção civil, vale prosseguirmos com a compreensão da abordagem dos Itinerários Informacionais e da *Health Information Seeking*, cuja tradução para o português poderá ser entendida como “busca de informações em saúde”.

2.3 Itinerário informacional em saúde – uma compreensão a partir das abordagens sobre Itinerários Terapêuticos e *Health Information Seeking* (HI)

Em que circunstâncias os indivíduos buscam informações para lidar com suas demandas ou problemas de saúde? Na literatura nacional, identifica-se uma vertente investigativa em expansão que retrata os caminhos percorridos por pessoas que desejam obter cuidados terapêuticos para suas questões de saúde.

Esses percursos, definidos pela literatura socioantropológica como “Itinerários Terapêuticos” (DEMÉTRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019), têm contribuído para a compreensão dos comportamentos dos indivíduos em relação aos cuidados e ao uso de serviços em saúde (LAMBERT; LOISELLE, 2007; CABRAL; MARTINEZ-HEMÁEZ, ANDRADE; CHERCHIGLIA, 2011).

De acordo com Demétrio, Santana e Pereira-Santos (2019), com base na análise dos ITs, os estudiosos em Socioantropologia da Saúde buscam oferecer elementos teórico-práticos capazes de ampliar a interlocução entre a clínica e a biografia dos sujeitos. Nem sempre os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos correspondem aos esquemas ou fluxos predeterminados pelos gestores de sistemas de saúde e pelas equipes da área clínica. No cerne das reflexões sobre IT, as escolhas expressam construções subjetivas individuais, mas também coletivas acerca do processo de adoecimento e dos tratamentos.

Os pesquisadores esclarecem que esse processo é forjado nas influências de distintos fatores e contextos, como, as condições econômicas e o perfil sociocultural dos indivíduos (ALVES; SOUZA, 1999; MARTINEZ, 2015).

Os pesquisadores desse campo temático definem que os ITs são constituídos por indivíduos e/ou grupos que, mediante os movimentos desencadeados na

manutenção ou recuperação da saúde, mobilizam-se em torno de diversos recursos, por exemplo, adoção de cuidados caseiros, práticas religiosas e acesso aos dispositivos biomédicos (unidade de atenção básica, hospitais e centros de atenção especializada).

Como a sucessão de acontecimentos e a tomada de decisões são plurais e múltiplas em face das distintas demandas de saúde, compreender quais são os sentidos atribuídos pelos sujeitos torna-se uma ação de singular importância. Não obstante, há correntes de pensamentos preocupadas em distinguir as categorias doença e enfermidade, incorporando à última os inúmeros sentidos e significados do corpo-adoecido.

Para Almeida Filho (2013), é possível admitir a metáfora de que o todo é mais que a soma das partes. Com base nessa lógica, o sentido de saúde transpõe a noção de mera ausência ou inverso da doença. A diversidade de formas concretas dessa expressão requer considerá-la desde um estado de “bem-estar” no plano individual, à “qualidade de vida” em um contexto microssocial até a “situação de saúde” no plano coletivo mais amplo.

A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais, inter-relacionando níveis de investigação e de saberes, de modo de caminhar e perceber a realidade (MORAES; SANTOS; 1998), implica compreender a saúde para além da ausência de doença.

Em consonância, Batistella (2007) assinala que o movimento sanitaria tem como cerne a concepção de promoção da saúde e propõe uma visão holística, olhando para os indivíduos como um todo, de uma forma abrangente.

Nessa abordagem, saúde representa muito mais do que a inexistência de doença, imprimindo uma nova perspectiva à interpretação, em termos de que diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos em saúde impactam diretamente o modo de viver e de perceber as questões de saúde da sociedade (BUSS; PELLEGRINO FILHO, 2007).

De modo análogo às preocupações mobilizadoras dos estudos sobre IT, a abordagem de *Health Information Seeking* (HIS), traduzida como “Busca de Informações em Saúde”, incluindo seu sinônimo de *Health Information Seeking Behavior* (HISB), traduzido como “Comportamento de busca de Informações em Saúde” (ZIMMERMAN; SWAW, 2020), tem sido adotada como parâmetro analítico

importante na *Faculty of Information & Media Studies (FIMS)*, na *Western University/Canadá*.

Durante o processo formativo do Estágio de Doutorado Sanduíche nesta instituição, entre setembro de 2018 e setembro de 2019, foi possível participar das discussões em torno do arcabouço teórico relativo à HIS.

Nesse centro de formação, são desenvolvidos importantes projetos relacionados à saúde e aos cuidados com a saúde, incluindo as temáticas voltadas para a saúde pública, como: “Política de saúde”, “Cuidados de saúde clínica”, “Gestão do conhecimento”, “Comportamento de pacientes e profissionais de informações em saúde”, “Ética e política de informações” e “Política de saúde e cuidados clínicos de saúde” (FIMS, 2021).

Com base nessa experiência presencial e considerando o vasto referencial teórico investigado, pôde-se inferir que, embora não haja uma caracterização de HIS que se possa defini-la como homogênea, a proposição de Lambert e Loiseau (2007, p. 1008) tem se destacado ao longo dos anos por oferecer uma definição mais geral para descrever essa corrente de pensamento como: "maneiras pelas quais os indivíduos passam a obter informações, incluindo informações sobre sua saúde, atividades de promoção da saúde, riscos à saúde e doenças".

Com amparo nessa lógica, os autores entendem que os indivíduos desenvolvem processos informacionais que podem ser identificados em três situações principais: enfrentamento de uma ameaça em saúde; participação em decisões de saúde; e engajamento em comportamentos preventivos de saúde ou mudança de comportamentos em saúde.

No contexto dessa abordagem, identifica-se a incorporação conceitual da noção de redes sociais para assinalar que um indivíduo recorre a suas interações para lidar com as questões de saúde. As interações que se desenvolvem com maior nível de proximidade pessoal, como os elos de afinidades e amizades, são caracterizadas como laços fortes, na visão de Granovetter (1973), as quais potencializam o compartilhamento de conhecimentos tácitos de maneira mais efetiva.

Em função da dinâmica das informações compartilhadas, os laços fortes podem inibir a inclusão de informações advindas de outras fontes, refletindo-se na preservação do conhecimento e das perspectivas que circulam e emergem nas interações já existentes. Nesse caso, o acesso a novas informações, como a possibilidade de ampliar o conhecimento, acontecerá quando os membros dessa rede

social se conectarem com sujeitos distintos de sua convivência habitual (BORGATTI; CROSS, 2003; GRANOVETTER, 1973).

Granovetter (1973) caracteriza a conexão entre os membros distantes da rede social de um indivíduo como laços fracos, em razão da ausência de elos. Entretanto, promover o estreitamento entre sujeitos com laços fracos entre si se mostra crucial como estratégia para difundir e socializar informações que originalmente ficariam restritas entre indivíduos pertencentes aos mesmos laços fortes (BORGATTI; CROSS, 2003).

A maneira como cada um interage diante de um universo de informações dependerá de seu contexto e será, ainda, influenciada por fatores como as normas culturais, as condições sociais e a familiaridade com as fontes informacionais que podem nortear o processo de informações em saúde (HARRIS, VEINOT, BELLA, KRAJNAK, 2012; JONHSON, 2003; LAMBERT; LOISELLE, 2007; HIEBERT; LEIPERT; REGAN; BURKELL, 2018).

Ainda no cerne das discussões sobre HIS, as ponderações de Mckenzie (2003) se somam às situações de busca informacional previstas por Lambert e Loielle (2007), sobretudo ao considerar que os indivíduos podem se deparar com informações de seu interesse, por acaso, em seu ambiente social e que a busca de informações poderá ser realizada por intermédio de outros sujeitos, como, conhecidos, amigos ou membro da família, dentre outras possibilidades de vínculos e relações (MCKIENZE, 2003).

Na literatura sobre HIS, destaca-se que a atuação das pessoas que realizam as pesquisas informacionais em saúde para terceiros é caracterizada como a de buscadores proxy, mediadores de informação para leigos e mediadores de informações em saúde (Quadro 1).

Quadro 2 — Características dos mediadores informacionais

Denominação	Caracterizações
Buscadores proxy	Geralmente repassam as informações pesquisadas sem apresentar quase nenhuma interpretação adicional sobre o conteúdo localizado (MCKENZIE,2003).
Mediadores de informações para leigos	São mais envolvidos no processo de pesquisa do que os buscadores de proxy, ao tentarem tentar encontrar informações que o interessado terá mais condições de compreender, sem, contudo, oferecer uma interpretação sobre o conteúdo localizado. (ABRAHAMSON <i>et al.</i> , 2008)
Mediadores de informações em saúde	São os mais envolvidos, pois transformam informações em saúde em subsídio para o interessado, reconhecendo, nesse processo o contexto sociocultural e as múltiplas influências presentes que afetam a troca de informações nessa interação Nessa modalidade, no processo de HIS, o mediador em informação em saúde não pode perder de vista os objetivos do interessado pelas informações, concentrando-se no esforço em apresentar informações que potencializem a mudança positiva de comportamento em relação às práticas de saúde a serem protagonizadas pelo interessado. Contudo, nesse esforço em repassar as informações com potencial de transformação, não pode perder de vista os objetivos do interessado, suas características pessoais de como lida com as questões de saúde, sua condição financeira e estado emocional (WYATT; HARRIS; WATHEN, 2008).

Fonte: Elaboração da pesquisa, com base nas referências indicadas no Quadro.

No âmbito internacional, a abordagem de HIS tem fundamentado importantes estudos que se dedicam a esclarecer os aspectos que influenciam o modo como os indivíduos lidam com as questões de saúde, dando ênfase às dimensões informacionais, tais como, as investigações de Rowley, Johnson, Sbaffi (2015), Robinson e Robertson (2014) e Hiebert; Leipert, Regan e Burkell (2018), que colocam em perspectiva as necessidades de informação em saúde.

Na literatura nacional, de maneira análoga às preocupações mobilizadoras dos estudos sobre HIS, identificamos uma vertente investigativa em expansão que retrata os caminhos percorridos por pessoas em busca por cuidados terapêuticos para seus problemas de saúde. Esses percursos são definidos pela literatura socioantropológica como “Itinerários Terapêuticos” (DEMÉTRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019), os quais têm contribuído para a compreensão dos comportamentos dos indivíduos em relação aos cuidados e ao uso de serviços em saúde (CABRAL; MARTINEZ-HEMÁEZ; ANDRADE; CHERCHIGLIA, 2011).

Considerando as ponderações desenvolvidas neste tópico, reconhecemos as potencialidades da HIS como um relevante instrumento analítico para a compreensão dos Itinerários Terapêuticos (IT) desenvolvidos pelos indivíduos, na ótica informacional. Perceber as interconexões entre essas vertentes nos possibilita avançar com as reflexões, percebendo que os sentidos de saúde atribuídos pelos indivíduos e os modos como eles desenvolvem as práticas de cuidados revelam um

Itinerário Informacional atrelado às experiências pessoais que são marcadas pelos contextos histórico, sociocultural e econômico.

A preocupação em identificar e caracterizar o itinerário informacional poderá constituir um aporte importante para a leitura da relação entre informação e saúde. Por essa razão, torna-se oportuno prosseguirmos com a discussão do segundo eixo teórico que fundamenta as reflexões acerca da relação entre a saúde do homem e o modelo cultural de masculinidade.

Tendo como base o cerne das discussões sobre ITs e HIS, cabe prosseguir com o desenvolvimento da pesquisa, procurando identificar nas redes de apoio acionados pelos sujeitos um perfil de itinerário informacional, na ótica da cultura informacional como categoria analítica norteadora deste estudo.

3 SAÚDE DO HOMEM E O MODELO CULTURAL DE MASCULINIDADES

A invenção da guerra mudou a cultura dos homens de modo impressionante. Os guerreiros tornaram-se necessários para a sobrevivência de uma cultura. Por serem mais fortes e mais altos, maiores de modo geral, os homens eram enviados aos campos de batalha para proteger mães e filhos, que ficavam em casa.

Para assegurar que se tornassem bons guerreiros, os meninos eram desde cedo ensinados a negar o medo e a dor. Ritos de puberdade cruéis e mutiladores foram criados para forçar os meninos a entrar no modelo heroico [...]. Diziam aos meninos que somente as meninas e as mulheres choravam de dor ou de medo, de modo que o pior insulto para um homem numa cultura guerreira era compará-lo a uma mulher.

Assim, os homens eram ensinados a rejeitar o feminino e a denegrir as mulheres, para serem guerreiros destemidos – o que é bastante irônico, pois toda a razão para ser um bravo guerreiro era proteger as mulheres e as crianças!

ALLAN CHINEN

“Além do Herói” é o título da obra que contém o registro da epígrafe que inicia este capítulo, a qual reúne, em formato de contos, histórias clássicas de homens em busca da alma, contadas, possivelmente, por homens que, sem a presença de mulheres e crianças, deixam de lado as pretensões heroicas e revelam seus temores, sonhos secretos, aflições e decepções (CHINEN, 1998). Traz à baila questões postas de lado na vida consciente ou reprimidas pela convenção social, sem desconsiderar a relevância de abordar temas do inconsciente que também aparecem nos mitos, nas lendas e na literatura, como a invenção das guerras, que, dentre outros aspectos, imprimiu uma cultura sobre o modo de ver e de viver dos homens nas diferentes civilizações.

Tendo em vista que “o debate sobre a saúde do homem pode envolver diferentes abordagens, atravessadas por distintos campos disciplinares” (GOMES,

2011, p. 14), este capítulo tem o propósito de situar as discussões sobre a saúde masculina no âmbito das questões culturais que potencializam ou limitam os cuidados em saúde a serem protagonizados pelos homens (NOLASCO, 1993; COURTENAY, 2000; SABO, 2000; OLIVEIRA, 2004).

Adotamos como categoria analítica a dimensão conceitual de masculinidade/masculinidades, com o objetivo de ampliar o entendimento acerca da relação que o homem mantém com sua saúde.

É importante esclarecer que, ao tematizar a tríade homens–saúde–masculinidade, não estamos inventando a roda, mas, ao contrário, percorrendo caminhos já trilhados em outros momentos por outros atores sociais nos contextos acadêmico-teórico e político no Brasil e na esfera internacional (PINHEIRO, COUTO, 2008; GOMES, 2011; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; COURTENAY, 2000; SABO, 2000).

Se a masculinidade representa um padrão e um espaço simbólico de sentido estruturante que modela atitudes, ações, comportamentos, formas de ser e emoções a serem seguidos (CONNEL, 1995; OLIVEIRA, 2004), não se pode perder de vista que “a história política e acadêmica das feministas, gays e lésbicas tem uma influência direta na forma como as ideias sobre masculinidade se constituíram ao longo das últimas décadas” (GOMES, 2011, p. 42).

A masculinidade tem sido alvo de produção acadêmica e de reflexão política, apresentando objetos e níveis distintos de análise. Como exemplo, o *Handbook of Studies on Men and Masculinities*, organizado pelos pesquisadores Connell, Hearn e Kimmel (2005), recupera o desenvolvimento do campo de pesquisa sobre masculinidade, entre 1995 a 2002. No processo de análise, os referidos organizadores da obra evidenciaram que os estudos sobre homem e masculinidade contemplam desde uma perspectiva mais ampla e geral da temática da masculinidade na esfera da saúde até a uma abordagem que indica uma expressão de maneira mais íntima e pessoal.

Ao analisarmos a relação do homem com sua saúde, perpassada pela ótica da masculinidade, objetivamos colocar em debate que não existe uma única masculinidade e que o exercício de compreendê-la – como categoria analítica – requer “não apenas apreender e analisar os signos e significados culturais disponíveis sobre o masculino, mas também discutir preconceitos e estereótipos e repensar a possibilidade de construir outras versões e sentidos” (GOMES, 2011, p. 48).

Embora não seja o objeto central deste estudo, é oportuno assinalar que a abordagem relacional de gênero está presente nos debates dos estudos sobre masculinidade como uma abordagem que considera, dentre outros posicionamentos, as especificidades do ser homem no processo saúde-doença-cuidado (OLIVEIRA, 2004; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; BENTO, 1999).

No tocante à perspectiva relacional de gênero, segundo Gomes (2010, 2011, 2012), essa categoria conceitual possibilita compreender as discussões sobre o perfil epidemiológico da morbimortalidade dos homens e os aspectos culturais que podem comprometer a saúde de segmentos populacionais masculinos.

Em consonância com esses aspectos, na visão de Bottorff, Oliffe, Robinson e Carey (2011), o entendimento do gênero é “definido como as dimensões socialmente prescritas e experimentadas da feminilidade e masculinidade na sociedade” (BOTTORFF, OLIFFE, ROBINSON, CAREY, 2011, p. 1). Nesse sentido, a perspectiva relacional de gênero evidencia as diversas maneiras como o indivíduo se engaja em comportamentos e práticas de saúde.

Na dinâmica cotidiana, é reconhecido historicamente – tanto pelo senso comum quanto pela literatura científica, tais como os estudos de Courtenay (2000) e Schraiber, Gomes e Couto (2005) –, que a atribuição de cuidados domésticos caberia às mulheres. A elas são destinados os afazeres na lida e manutenção da casa, a educação das crianças e o cuidado com os idosos e com os doentes. Em contrapartida, os homens ficam isentos de tais tarefas domiciliares, uma vez que são tidos como os provedores do lar.

Embora essa estrutura social seja alvo de reivindicações presentes nos estudos contemporâneos que questionam acerca da dominação masculina e advogam por uma equidade entre os gêneros, a naturalização desses papéis representacionais do masculino e do feminino mostra-se ainda vigente nas diferentes sociedades ocidentais e nos diferentes níveis das relações – familiar, institucional e social. (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013; SCHOFIELD *et al.*, 2000; BOTTORFF, OLIFFE, ROBINSON, CAREY, 2011).

No âmbito dessas discussões, há o reconhecimento de que os homens não têm incorporado o cuidado com sua saúde, uma vez que a procura por assistência médica por parte deles ocorre, predominantemente, em condições de graves adoecimentos, sendo mobilizados e conduzidos pela figura feminina (mães, esposas/companheiras, filhas).

Os serviços de saúde – em especial, a atenção primária – são vistos culturalmente como *locus* destinados às mulheres, mediante atendimento orientado a elas, incluindo as crianças, como representantes de seus parceiros ou de outros homens do convívio domiciliar (GOMES; NASCIMENTO, 2006; GOMES, 2011; 2013; GOMES *et al.*, 2011).

Associada a essas questões, no contexto brasileiro, observamos a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que, em linhas gerais, propõe-se a organizar, implantar, qualificar e humanizar, em consonância com os princípios do SUS, a atenção integral à saúde do homem.

De acordo com a PNAISH, os homens retardam a busca por assistência terapêutica e acionam o sistema de saúde por meio da atenção especializada. Ou seja, majoritariamente, eles não passam pela atenção primária. Tal conduta eleva os custos e potencializa os riscos, na medida em que “muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária” (BRASIL, 2009, p. 13).

Esta seção encontra-se estruturada em torno de uma sistematização e de uma articulação teórica que ampliem o entendimento sobre a relação do homem com sua saúde, por meio da reflexão crítica e analítica do modelo cultural de masculinidade que tem sido construído historicamente.

Adotamos como eixos norteadores para a discussão deste capítulo os tópicos a seguir:

- “A relação do homem com sua saúde” – O que os números expressam e problematizam?;
- A saúde do homem como campo de estudo científico;
- “O homem e sua saúde, na ótica do modelo cultural de masculinidade” – do conceito da hegemonia ao reconhecimento das pluralidades;
- “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” – princípios e diretrizes.

3.1 A relação do homem com sua saúde

No exercício de apreender a relação dos homens com sua saúde, tornou-se relevante buscar uma historicidade dos estudos epidemiológicos de morbimortalidade masculina. Ao longo dos anos, os dados estatísticos evidenciam que os homens morrem mais precocemente do que as mulheres em todas as partes do mundo.

Nesta seção, procuramos resgatar, em uma perspectiva histórica, os dados epidemiológicos da realidade brasileira, que sinalizam um perfil sobre a relação dos homens com os cuidados com sua saúde desde a década de 1990. Como veremos a seguir, para além dos números, que se mostram expressivos, os dados revelam de forma significativa uma problemática acerca da saúde do homem, cujos impactos podem ser observados na esfera da saúde coletiva e nos âmbitos social, econômico e político.

3.1.1 Primeiros estudos sobre a morbimortalidade masculina – década de 1990 e anos 2000

De acordo com Medrado, Lyra e Azevedo (2011), desde a década de 1990 há significativos esforços em prol da visibilidade de informações relativas à morbidade e à mortalidade masculina. Esses autores apontaram o trabalho pioneiro de Ruy Laurenti e colaboradores, publicado em 1998, como o primeiro estudo epidemiológico brasileiro de expressiva relevância.

O referido estudo de Laurenti, Buchalla, Mello Jorge, Lebrão e Gotlieb (1998) evidenciou que, historicamente, os homens apresentam idade média inferior à das mulheres no que se refere à expectativa de vida. Do mesmo modo, ao analisar o diferencial de mortalidade segundo o sexo e a idade, a pesquisa desses autores comprovou a sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias, notadamente naquelas representadas pelos mais jovens.

Medrado, Lyra e Azevedo (2011) enfatizam que o estudo de Laurenti, Buchalla, Mello Jorge, Lebrão e Gotlieb (1998) contribuiu para o entendimento de que

[...] os homens têm ocupado, ao longo dos anos, a infeliz primeira colocação em diferentes estatísticas: primeiro lugar em número de homicídios; maiores taxas de suicídios e de morte por acidentes, principalmente envolvendo veículos a motor; maiores índices de problemas gerados pelo uso excessivo de bebida alcoólica e drogas psicotrópicas ilícitas; principais autores de roubos, principalmente em assaltos e, conseqüentemente, maior população penitenciária, além de grandes protagonistas de agressões físicas, sejam contra outros homens, mulheres ou crianças, em âmbitos domésticos ou públicos (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011, p. 49).

Posteriormente, o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina tornou-se objeto de investigação de Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), que discutem as diferenças entre a saúde do homem e da mulher, dando ênfase às questões relacionadas a fatores biológicos (sexo) e comportamentais (gênero).

Para os referidos pesquisadores, existem alguns fatores biológicos que caracterizam a expressiva mortalidade masculina por complicações físicas, como a *aterosclerose coronária*. Entretanto, no caso feminino nas idades mais avançadas, após a menopausa e a perda da proteção hormonal, constata-se aumento acentuado da mortalidade entre as mulheres por essas causas biológicas, diminuindo a preponderância dos homens (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005).

No tocante às questões comportamentais, ainda segundo esses pesquisadores, há agravos à saúde relacionados especificamente ao homem e à mulher, que, de modo geral, estão atrelados a fatores culturais e sociais, de modo geral. Nesse sentido, a distinção de sexo *versus* gênero é utilizada pelos autores para destacar os elementos sociais que caracterizam o perfil masculino e o feminino em suas diferenciações.

Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005) explicitam que

[...] durante algum tempo, os termos sexo e gênero eram utilizados indiscriminadamente; na literatura mais recente, entretanto, o termo sexo reserva-se, preferentemente, às características biológicas predeterminadas, relativamente invariáveis, do homem e da mulher, enquanto gênero é utilizado para assinalar as características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino, em diferentes culturas (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 36).

As características assinaladas pelos autores supramencionados permitem inferir que a construção das práticas em saúde é influenciada por distinções construídas socialmente, haja vista que, segundo eles,

a maior mortalidade masculina é observada não somente quanto aos números absolutos e respectivos coeficientes, mas também quanto a causas. Excetuando-se as doenças próprias ou específicas do sexo, para praticamente todas as causas, são maiores os coeficientes masculinos, sendo tal fato observado em todas as idades (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 38-39).

Courtenay (2000) relaciona a perspectiva relacional de gênero à saúde, tendo em vista que essa associação poderá promover o entendimento de que

[...] a construção da saúde e do gênero não ocorre isoladamente de outras formas de ação social que demonstram diferença entre os homens. As práticas de saúde podem ser utilizadas simultaneamente para a promulgação de múltiplas construções sociais, como a etnicidade, a classe social e a sexualidade (COURTENAY, 2000, p. 1390, tradução nossa).

Tendo como base essas reflexões, que colocam em discussão a perspectiva relacional de gênero como categoria conceitual vinculada ao debate da saúde do homem, cabe retornarmos com as ponderações apresentadas por Medrado, Lyra e Azevedo (2011), com o propósito de compreender o que está subjacente à visibilidade

de dados epidemiológicos a respeito da saúde masculina no contexto nacional, em uma visão histórico-retrospectiva.

De acordo com Medrado, Lyra e Azevedo (2011), para além de uma síntese de ação de política pública, a sistematização intitulada “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde: IDB 2006 Brasil” apresenta aspectos importantes que precisam ser destacados em relação à saúde do homem.

Primeiro, entre 1980 e 2005, a vida média dos homens passou de 59,7 para 68,4 anos. Em outras palavras, em duas décadas e meia a esperança de vida ao nascer para os homens aumentou aproximadamente 10 anos. Contudo, desde 1980 “destaca-se que a diferença entre homens e mulheres vem se mantendo, ou seja, há uma expectativa de vida ao nascer expressivamente maior para o sexo feminino, desde 1980, com diferença de aproximadamente sete anos” (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011, p. 50-51).

Segundo, os dados de adoecimento. Apoiando-se também no referido documento, o IDB 2006, Medrado, Lyra e Azevedo (2011) destacam que as lesões de causas externas representaram uma parcela considerável (28%) da hospitalização de homens de 15 a 29 anos em 2005.

Ainda em relação às internações, os transtornos mentais, associados ao uso/abuso de álcool (mais de 1/3 dos casos acentua a hospitalização de homens jovens e adultos). Na faixa etária entre 30 a 59 anos, as doenças do aparelho digestivo foram mais frequentes (15,3%), ultrapassando ligeiramente as doenças do aparelho circulatório (14,9%) e as causas externas (14,3%).

Acima dos 60 anos, observa-se a predominância das doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, respectivamente, 26,6% e 18,4%. Nessa fase da vida, as neoplasias se despontaram como a quarta causa de internação, 8,8%. (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011, p. 51).

Com base nas ponderações dos autores mencionados, o Quadro 3 sintetiza as principais causas de internação hospitalar no SUS em homens, segundo as faixas etárias identificadas, em 2005.

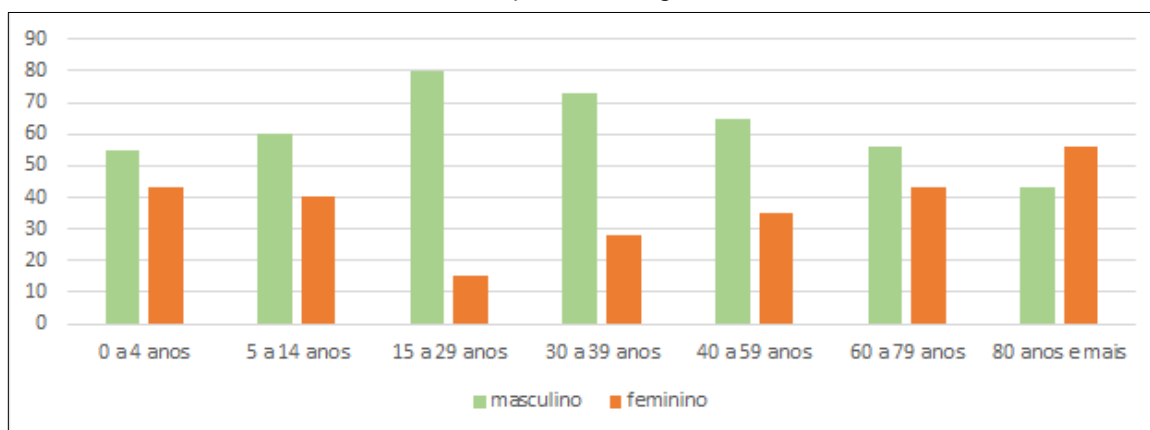
Quadro 3 — Principais causas de internações hospitalares em homens no SUS em 2005

Faixa etária	1ª causa	2ª causa	3ª causa	4ª causa	5ª causa
15 a 29	Causas externas (28,4%)	Doenças do aparelho digestivo (11,9%)	Infecciosas (9,9%)	Doenças do aparelho respiratório (9,8%)	Transtorno Mentais (8,2%)
30 a 59	Doenças do aparelho digestivo (15,3%)	Doenças do aparelho circulatório (14,9%)	Causas externas (14,3%)	Doenças do aparelho respiratório (9,3%)	Transtornos mentais (9,0%)
Mais de 60	Doenças do aparelho circulatório (28,6%)	Doenças do aparelho respiratório (18,4%)	Doenças do aparelho digestivo (10,9%)	Neoplasias (tumores) (8,8%)	Doenças infecciosas (6,6%)

Fonte: Medrado, Lyra e Azevedo (2011), com base em dados do Ministério da Saúde/SAS/SIH – SUS (BRASIL, 2006).

Terceiro, os referidos autores chamam a atenção para o percentual de óbitos por sexo no Brasil, segundo a faixa etária. Dados da publicação do IBD 2006 informam que os homens sobressaíram entre os nascimentos vivos (5% a mais de meninos, ao nascer). Porém, eles “apresentaram em 2004 sobremortalidade⁴ em todas as faixas etárias, com exceção do grupo a partir de 80 anos. O excedente de mortes masculinas é ainda mais acentuado nos grupos etários de 15 a 29 anos (80%) e de 30 a 39 anos (73%)” (MEDRADO, LYRA, AZEVEDO, 2011, p. 53) (Gráfico 1).

Gráfico 1 — Percentual de óbitos por sexo, segundo a faixa etária. Brasil – 2004



Fonte: Medrado, Lyra e Azevedo (2011), com base em dados do Ministério da Saúde/SAS/SIH – SUS (BRASIL, 2006).

No que se refere aos dados sobre mortalidade, Medrado, Lyra, Azevedo (2011) identificaram que as cinco principais causas de morte dos homens jovens (15-29 anos) foram ocasionadas por fatores externos (76% dos óbitos totais nessa idade), sendo a agressão e os acidentes de transporte os mais acentuados. Em relação aos homens

⁴ É uma medida estatística da área de estudos da Demografia, que trata da relação entre as probabilidades de morte, por exemplo, homens e mulheres, por idade ou por grupos de idade.

adultos (30 a 59 anos), as causas externas também são preponderantes, com destaque para as agressões e os acidentes de transporte, além das doenças do aparelho circulatório (doenças cardiológicas e cerebrovasculares).

Na fase de vida acima dos 59 anos, os pesquisadores identificaram que as causas externas não aparecem como os principais fatores de mortes, uma vez que as doenças do aparelho respiratório representaram mais de um terço das mortes entre os idosos no ano de 2004 (MEDRADO, LYRA, AZEVEDO, 2011).

Diante do panorama da mortalidade recuperado, na ótica de Medrado, Lyra, Azevedo (2011), é possível inferir que no conjunto, sem se prender aos agrupamentos por faixa etária, as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas foram as principais causas de morte no sexo masculino em 2004.

Ao consultar a publicação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS (BRASIL, 2006), ainda se verifica que em 2004 o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) notificou 127.470 óbitos por causas externas. Deste quantitativo, 107.032 mortes (84%) referem-se a homens (BRASIL, 2006).

3.1.2 Estudos epidemiológicos atuais acerca da saúde masculina

No contexto contemporâneo, o *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil*⁴, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), coloca em evidência que a população brasileira de 20 a 59 anos, de acordo com o Censo 2012, alcança 109.063.827 habitantes, sendo 53.219.832 homens (48,8%) e 55.843.895 mulheres (51,2%). Além disso, observa-se que a maior proporção entre os homens está na faixa etária de 20 a 29 anos, com 17.393.558 (33%), conforme mostra a Tabela 1:

Tabela 1 — População brasileira na faixa etária de 20 a 59 anos, por sexo – Brasil

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
20 a 29 anos	17.393.558	17.562.246	34.955.804
30 a 39 anos	14.736.999	15.410.113	30.147.112
40 a 49 anos	12.212.809	13.041.087	25.253.896
50 a 59 anos	8.876.466	9.830.449	18.706.915
Total	53.219.832	55.843.895	109.063.827

Fonte: Brasil (2018) com base no IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS, anos 2011-2012.

Tendo como base os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a expectativa de vida para os homens em 2019 foi de 73,1

anos e a das mulheres, de 80. Esses dados ratificam as estatísticas anteriores de que os homens vivem, em média, 7 anos menos que as mulheres. 2021).

Ainda segundo o IBGE (2020), os homens jovens, entre 20 e 24 anos, têm 4,6 vezes mais chances de morrer do que as mulheres na mesma faixa etária em 2019; sendo que a cada cinco pessoas que morrem entre 20 e 30 anos quatro foram homens (BRASIL, 2017).

Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do Ministério da Saúde, revelam que, no tocante à morbidade brasileira, em 2015 foram realizadas 5,9 milhões de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) na faixa de 20 a 59 anos no Brasil. Deste quantitativo, excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério, o sexo masculino tem maior número de internações, representando 51%. É importante assinalar que a maior proporção de internações entre os homens, ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos (30%).

O Quadro 4 elenca as causas de morbidade masculina, por ordem de prevalência de internações no SUS em 2015 (BRASIL, 2018b).

Quadro 4 — Principais causas de morbidade masculina conforme a prevalência das internações no SUS em 2015

CAUSAS DE MORBIDADE MASCULINA POR ORDEM DE PREVALÊNCIA DAS INTERNAÇÕES NO SUS (2015)	CARACTERÍSTICAS DAS INTERNAÇÕES
1 Internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacam-se as internações por traumatismo intracraniano, com 60.033 hospitalizações, sendo: ▪ 82% ocorreram em homens; ▪ 31% ocorreram em homens na faixa etária de 20 a 29 anos. ▪ Das internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, 76% ocorreram com homens.
2 Internações por doenças do aparelho digestivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacam-se as internações por hérnia inguinal, com 65.200 hospitalizações, sendo: ▪ 86% dessas internações ocorreram em homens; ▪ 36% dessas internações entre os homens, ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos.
3 Internações por doenças do aparelho circulatório	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacam-se as internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), com 40.780 hospitalizações, sendo: ▪ 69% dessas internações ocorreram em homens; ▪ 64% dessas internações entre os homens, ocorreram na faixa etária de 50 a 59 anos.
4 Internações por doenças infecciosas e parasitárias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacam-se as internações por doenças decorrentes da infecção pelo vírus HIV, com 30.185 hospitalizações, sendo: ▪ 65% dessas internações ocorreram em homens; ▪ 35% dessas internações, entre os homens, ocorreram na faixa etária de 30 a 39 anos. <p style="text-align: right;"><i>Continua ></i></p>
5 Internações por doenças do aparelho respiratório	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacam-se as internações por pneumonia, com 125.420 hospitalizações, sendo: ▪ 54% dessas internações ocorreram em homens; ▪ 37% dessas internações entre os homens, ocorreram na faixa etária de 50 a 59 anos.

Fonte: Elaboração da pesquisa, tendo como base o material produzido pelo Ministério da Saúde - (BRASIL, 2018b).

No âmbito das principais causas de morbidade masculina no território nacional, citam-se os registros do documento institucional “Dados de Morbimortalidade Masculina no Brasil”, produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018b).

Em 2014, ocorreram 361.577 óbitos na faixa de 20 a 59 anos. A análise por sexo mostra que 68% foram em homens; sendo que a maior proporção ocorreu na faixa de 50 a 59 anos, representando 38% do total. (BRASIL, 2018b).

O Quadro 5 sistematiza as principais causas de mortalidade atrelada à faixa mais prevalente das mortes em 2014.

Quadro 5 — Causas de mortalidade masculina em 2014 por faixa etária mais prevalente

CAUSAS DE MORTALIDADE MASCULINA POR ORDEM DE PREVALÊNCIA (2014)	PRINCIPAIS OCORRÊNCIAS DAS MORTES E FAIXAS ETÁRIAS PREVALENTES
1 Óbitos por causas externas	<ul style="list-style-type: none"> • Destacam-se as mortes devido à agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada, com 29.297 óbitos; • 95% desses óbitos ocorreram em homens. • 54% desses óbitos entre os homens ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos.
2 Óbitos por doenças do aparelho circulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Destacam-se as mortes por infarto agudo do miocárdio (IAM) com 22.310 óbitos. • 70% desses óbitos ocorreram em homens. • 61% desses óbitos, entre os homens, ocorreram na faixa etária de 50 e 59 anos.
3 Óbitos por neoplasias (tumores)	<ul style="list-style-type: none"> • Destacam-se as mortes por neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, com 6.365 óbitos. • 54% desses óbitos ocorreram em homens; • 77% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 50 e 59 anos.
4 Óbitos por doenças do aparelho digestivo,	<ul style="list-style-type: none"> • Destacam-se as mortes por doença alcoólica do fígado, com 7.269 óbitos. • 88% desses óbitos ocorreram em homens. • 44% desses óbitos entre os homens ocorreram na faixa etária de 50 e 59 anos.
5 Óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Destacam-se as mortes por doença pelo HIV resultante de doenças infecciosas e parasitárias, com 8.162 óbitos. • 67% desses óbitos ocorreram em homens; • 34% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 40 e 49 anos.

Fonte: Elaboração da pesquisa, tendo como base o material produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018b)

Os dados apresentados nos Quadros 1 e 2 demonstram que existe maior morbimortalidade na população masculina na faixa de 20 a 29 anos. Tal realidade se reverbera no contexto social, cujos impactos não se restringem aos próprios indivíduos computados nas estatísticas, ampliando-se para o contexto familiar e gerando, inclusive, impactos de proposições no seio familiar e na economia, por

considerar seres indivíduos pertencentes a uma parcela da sociedade ativa e produtiva economicamente.

Dentre as razões levantadas que justificariam o alto índice das taxas de mortes na faixa etária masculina de 20 a 59 anos, destaca-se que

[...] os homens estão envolvidos na maioria das situações de violência; utilizam álcool e outras drogas com maior frequência; estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho; não procuram os serviços de saúde e quando procuram não seguem os tratamentos recomendados; geralmente, têm medo de descobrir doenças; não se alimentam adequadamente; estão mais susceptíveis à infecção de IST/aids e não praticam atividade física com regularidade (BRASIL, 2018a, p. 51).

Na faixa entre 15 e 34 anos existe maior disparidade entre a taxa de mortalidade da população masculina em relação à feminina. Isso ocorre devido à maior incidência de óbitos por causas externas ou não naturais, como homicídios e acidentes, que atingem com maior intensidade a população masculina jovem. A expectativa de vida masculina no país poderia ser superior à que se estima atualmente, não fosse o efeito das mortes prematuras de jovens por causas não naturais (IBGE, 2020, p. 1).

No contexto mais contemporâneo, a Organização Mundial de Saúde publicou em 2019 o relatório *World Health Statistics – overview 2019*, o qual mostra que a expectativa de vida sempre é mais alta para as mulheres do que para os homens, independentemente do local onde vivem (WHO, 2019).

Com base nos estudos epidemiológicos incorporados aqui, apreende-se que os dados estatísticos acerca da relação do homem com sua saúde colocam em relevo a problemática social e a histórica sobre as quais esses dados têm se fundamentado.

Os homens vivem menos. Isso se mostra como uma realidade social e histórica, que fica evidente não somente para as causas externas, mas também para várias causas naturais, como, câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e cirrose hepática. Contudo, não é possível interpretar tal problemática justificando-a como devida restritamente ao sexo (variável biológica). Torna-se necessário compreender essa relação do homem com sua saúde como também vinculada a fatores sociais e comportamentais (variável gênero), que se mostram enraizados no âmbito da cultura pelos mecanismos de socialização.

Neste estudo, buscamos aclarar essa dimensão do homem e sua saúde pela vertente da construção social da masculinidade como categoria analítica, com o propósito de consolidar uma sustentação teórica que amplie o entendimento sobre os elementos que potencializam e limitam os homens a perceberem a própria saúde e agirem como protagonistas do autocuidado.

3.2 A saúde do homem como campo de estudo científico

Sabo (2000), no trabalho *Men's Health Studies: Origins and Trends*, recupera que os estudos sobre a saúde dos homens originaram-se de diferentes instâncias, incluindo a epidemiologia, a sociologia, a antropologia médica, a pesquisa e a teoria feminista. Para o referido sociólogo,

[...] durante a década de 1970, o pensamento sobre saúde dos homens foi exploratório, tangencialmente informado pela teoria e política feminista, e conceitualmente organizado em torno da premissa geral de que a conformidade dos homens com a masculinidade tradicional produziu certos déficits de saúde (SABO, 2000, p. 133).

Courtenay e Kelling (2000), ao corroborarem com o ponto de vista apresentado por Sabo (2000), sinalizam que os estudos embrionários da saúde do homem ocorreram nos Estados Unidos no final dos anos 1970. Entretanto, advertem que tais estudos não alcançaram ampla divulgação, muito em razão do provável equívoco sobre o entendimento que os dados geraram, inicialmente, ao revelarem a seguinte dualidade: se, coletivamente, os homens estavam em desvantagem em relação às mulheres, em termos das taxas de morbimortalidade, por outro lado, evidenciavam que eles exerciam supremacia em relação às mulheres em todos os níveis de classes socioeconômicas (COURTENAY; KELLING; 2000).

Para lidar com essa e outras questões que causaram certa resistência em relação às primeiras publicações sobre a saúde do homem, tornou-se necessário, ao longo do tempo, estender as discussões para além dos aspectos biológicos e epidemiológicos (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; LAURENTI, BUCHALLA, MELLO JORGE, LEBRÃO, GOTLIEB, 1998).

A partir dos anos 1990, o debate sobre a saúde masculina passou a refletir também a “singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos”, tendo em vista o objetivo de ampliar o debate para uma discussão mais integral do homem (GOMES, 2011)

Em prol do fortalecimento das discussões da temática do homem, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou dois importantes estudos. O primeiro, em 2000, *Boys in the Picture*, enfatizava as ações de jovens rapazes na área da saúde (WHO, 2000); e o segundo trabalho, em 2001, *Men, Ageing and Health*, propunha diretrizes em prol do desenvolvimento de políticas e estratégias destinadas aos homens em processo de envelhecimento. Ao promover essas publicações, a OMS

lançou seu olhar para as especificidades da saúde do homem, ressaltando os comprometimentos da saúde masculina em diferentes fases da vida.

Nesse exercício de demarcar o panorama internacional acerca da saúde do homem, Baker (2001) sinaliza que tal temática impulsionou a criação de uma sociedade internacional, denominada *International Society for Men's Health and Gender*, e a criação de um periódico específico, intitulado *Journal of Men's Health and Gender*.

Em 2005, McKinlay realizou uma ampla revisão de literatura concernente à saúde do homem na Nova Zelândia. O pesquisador analisou diferentes fontes de pesquisa, que abordavam: status biológicos da saúde de homens, comparações entre a saúde homem e a da mulher, disparidades em saúde, perspectivas filosóficas e sociológicas sobre masculinidades e os papéis sociais masculinos, impactos das ações dos profissionais sobre a saúde do homem e intervenções em prol da melhoria da saúde da população masculina.

Para Mckinlay (2005), há diferenças entre os gêneros em termos de morbidade, mortalidade e expectativa de vida. Ele identificou que as possíveis explicações são, fundamentalmente, oriundas de cinco fatores:

- especificidades biológico-genéticas de homens e mulheres;
- diferenças sociais e étnicas e desigualdades sociais;
- associação entre condutas e distintas expectativas sociais de homens e mulheres;
- busca e uso de serviço de saúde por parte dos homens;
- cuidado dos profissionais de saúde voltados para os homens.

Mckinlay (2005) sustentava, ainda, que, embora haja consonância no entendimento de que o status da saúde do homem está associado tanto aos aspectos biológicos quanto aos de ordem social, não há uma definição precisa sobre qual desses fatores impactam mais a saúde dos homens e como cada um deles vivencia tais impactos.

No contexto nacional, o periódico *Ciência & Saúde Coletiva* publicou em 2005 um número especial voltado à saúde do homem. No Editorial, consta a visão dos responsáveis pela edição de “constituir a temática da saúde masculina, com foco da saúde pública”.

Ainda em termos da realidade brasileira, em 2009, destaca-se o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pelo Ministério

da Saúde. Tal política considera os agravos do sexo masculino como problemas de saúde pública. Em função disso, estabeleceu o seguinte objetivo principal:

promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009, p. 1).

A PNAISH foi configurada como um importante marco nacional estabelecido pelo Ministério da Saúde para a realidade singular masculina em seus diversos contextos socioculturais e político (BRASIL, 2016a; 2016b), sendo também constituída como um instrumento político para resgatar os homens como sujeitos de direito à saúde (BRASIL, 2009).

A PNAISH, dentre outras contribuições, promoveu a visibilidade de dados epidemiológicos como estratégia discursiva que justificasse a implementação de um dispositivo legal destinado ao público masculino.

Ao circunscrevermos a temática “Saúde do homem” nos termos indicados acima, buscamos resgatar os principais elementos constitutivos das discussões tanto no cenário internacional, quanto no nacional. Foi possível depreender que as preocupações nesses estudos ora problematizam essa temática pela vertente do perfil epidemiológico, acentuando as discrepâncias entre o sexo masculino e o feminino, ora restringem o debate a certo ponto de vista, como a baixa procura por assistência terapêutica nas unidades de saúde básica pelos homens, na visão dos profissionais da área.

White, Fawkner e Holmes (2006) alertam para a importância de se avançar com os debates, não apenas na dimensão quantitativa de contribuições a serem formuladas, mas, sobretudo, na ampliação do foco da discussão. Eles consideram que a saúde do homem ultrapassa a delimitação das doenças relacionadas aos órgãos reprodutivos sexuais masculinos. Essa percepção provoca que o assunto passe a contemplar as diferentes condições e fatores atrelados à qualidade de vida de meninos, adolescentes, jovens e adultos nos aspectos físico, emocional e social.

Ainda no tocante à construção de um debate mais amplo sobre a saúde masculina, Kimmel (1992) reforça que os homens precisam ser compreendidos como atores pertencentes a determinado gênero; ou seja, não como indivíduos genéricos.

Gomes (2011) ressalta que essa perspectiva relacional de gênero “poderá contribuir não só para se abordar o homem como variável de sexo ou como agente a ser incluído na promoção da saúde da mulher, mas também para considerar os homens como protagonistas da própria saúde” (GOMES, 2011, p. 13).

Diante dos apontamentos apresentados, é possível perceber a diversidade discursiva que comporta a temática “Saúde do homem”, pois tanto no contexto nacional como no internacional o destaque à atenção básica tem sido significativo, uma vez que os homens valorizam menos o cuidado com a saúde, da mesma forma que estão menos presentes nas unidades de atenção básica de saúde como usuários. Entretanto, mais do que enfatizar o tratamento das questões ligadas às doenças, a valorização do cuidado tem sido reiteradamente apontada como elemento de reflexão sobre o modo como os homens lidam com a saúde por parte dos profissionais.

Diante das considerações supramencionadas, é oportuno demarcar que o debate sobre a saúde do homem pode contemplar diferentes abordagens. Nesse sentido, tendo em vista a pluralidade de perspectivas que podem ser adotadas para investigar essa temática, faz-se necessário delimitar não somente o campo em que se circunscreve a discussão, como também o eixo principal de análise que se deseja aprofundar.

Nesta pesquisa, procuramos situar o debate da saúde do homem no âmbito das questões culturais, que, conforme aponta Gomes (2011), “potencializam ou limitam os cuidados em saúde a serem assumidos por homens” (GOMES, 2011, p. 14). Dessa forma, torna-se oportuno ampliar nosso entendimento acerca do modelo cultural de masculinidade e sua influência na relação do homem com sua saúde.

3.3 O homem e sua saúde, na ótica do modelo cultural de masculinidade

“Quem disse que homem não chora?” Como resultado de um estudo comparado entre Brasil e Quebec (Canadá), tal indagação intitula a investigação desenvolvida por Vasconcelos (2017). Como ponto de partida de suas reflexões, o pesquisador adotou como premissa o entendimento de que a saúde do homem é resultante de um conjunto de questões de ordem socioculturais.

Para Magalhães e Silva (2015), é recorrente a discussão sobre o reduzido envolvimento de homens em relação ao autocuidado com a saúde. Costa (2003) enfatiza que, em parte, a causa desse problema está vinculada aos aspectos culturais,

que têm consolidado a compreensão de que “cuidar de si e dos outros e a preocupação com a saúde não são tidos como atribuições masculinas” (COSTA, 2003, p. 84).

De acordo com Korin (2001), o temor que os homens carregam de descobrir alguma doença torna tardia a procura por assistência médica. Soma-se a isso a concepção de que a busca por ajuda pode representar certo tipo de fraqueza e vulnerabilidade. Assim, pelo receio da perda do controle, “os homens sentem-se incomodados com a situação passiva e dependente do papel de doente e isto contribui para que ignorem sinais de alarme” (KORIN, 2001, p. 71).

Korin (2001) e Vasconcelos (2017) assinalam que a socialização masculina interfere e inibe a propensão que os homens sentem de seguir adiante as recomendações terapêuticas. Essa percepção é contextualizada da seguinte forma:

Os homens muitas vezes tendem a tentar resolver os problemas psicossociais ou de saúde por si mesmos, o que, geralmente, os leva a negar o problema, deixar o tempo passar ou procurar respostas individualmente (via internet, por exemplo), enquanto mantêm em segredo o problema experimentado. Isso seria ainda mais evidente para os problemas psicossociais do que para os problemas de saúde (VASCONCELOS, 2017, p.78).

Postergar o enfrentamento do problema de saúde mostra-se como uma conduta recorrente para alguns homens. Associado a esse aspecto, Nascimento e Gomes (2009) identificaram que há ainda uma reiterada justificativa por parte dos homens de alegar falta de tempo para o cuidado com a saúde durante a rotina habitual do trabalho. Tal situação se mostra muito presente na dinâmica de trabalhadores cuja jornada laboral é mais rígida em termo de liberação para tratar assuntos particulares de saúde. Nardi (1998) assinala que os homens relutam em admitir necessidades de cuidado por temerem colocar o emprego em risco.

A relação dos homens com sua saúde poderá ser confrontada nos casos em que sua vulnerabilidade venha à tona. Nessas situações, segundo Korin (2001, p. 82), “diferentes de outras áreas de suas vidas, os homens, com frequência, assumem um papel dependente quanto à atenção de sua saúde (primeiro, por suas mães e, logo, por suas esposas e companheiras)”.

Além de essa demanda por cuidado remeter a uma possível fragilidade do homem, em outra situação o fato de exercer o cuidado com outra pessoa ou de cuidar de si poderá indicar uma manifestação tida como atributo da esfera feminina, indo de encontro ao modelo cultural de masculinidade hegemônica.

É necessário prosseguir com a discussão sobre o conceito de masculinidade e sua influência na saúde do homem, em complemento à categoria analítica de cultura informacional, como indicado no capítulo anterior.

3.3.1 Do conceito de masculinidade hegemônica ao reconhecimento das masculinidades

O estudo “Masculinities”, apresentado por Connell (1995a), pode ser considerado uma obra clássica do contexto acadêmico para discutir sobre a natureza e a construção da identidade masculina. A autora australiana conceitua masculinidades “como o conjunto de atributos a serem assumidos pelos homens para o cumprimento de seu papel na sociedade” (p. 35).

Dentre esses atributos, Connell (1995a) elenca: violência, bravura, competitividade, exposição ao risco, uso abusivo de álcool, proezas atléticas e sexuais e além da supressão dos sentimentos e das emoções. Para a autora, não existe apenas um modelo de masculinidade, mas, sim, inúmeros, que cada sociedade estabelece em momentos distintos. Assim, um dado momento histórico está sempre associado a determinado modelo de masculinidade para determinada coletividade. Contudo, esse modelo pode alterar-se dinamicamente, conforme o desenvolvimento de cada uma dessas coletividades.

Connell (1995a), ancorada no conceito de hegemonia de Gramsci sobre relação de classes, denomina de “masculinidade hegemônica” o modelo de masculinidade que se sobrepõe em relação aos demais perfis existentes, tornando-se, de certo modo, o padrão a ser seguido e alcançado (CONNELL, 1995a).

Em um mundo em que a ordem de gênero continua a estender privilégios aos homens sobre as mulheres, Connell (1995a; 1995b) argumenta que a heterossexualidade e a dominação são os eixos estruturantes da masculinidade hegemônica, sobre os quais o poder representa um de seus núcleos principais, ao funcionar como um instrumento capaz de garantir a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres (CONNELL, 1995a;1995b).

Connell (1995b) aponta que a masculinidade representa uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Para tanto, julga pertinente esclarecer três aspectos:

Falar de uma configuração de prática significa colocar ênfase naquilo que as pessoas realmente fazem, não naquilo que é esperado ou imaginado. [...]

Falar de prática significa enfatizar que a ação que tem uma racionalidade e um significado histórico. Isso não significa dizer que a prática é necessariamente racional. [...] Falar de posição dos homens significa enfatizar que a masculinidade tem a ver com relações sociais e também se refere a corpos - uma vez que "homens significa pessoas adultas com corpos masculinos" (CONNELL, 1995b p. 188).

Com base nessa formulação, a autora busca desnudar a narrativa convencional de que "toda cultura tem uma definição da conduta e dos sentimentos apropriados para os homens" (CONNEL, 1995b, p. 190). Ela propõe pensar a masculinidade como um projeto em construção, devendo ser

[...] perseguido ao longo de um período de muitos anos e através de muitas voltas e reviravoltas. Esses projetos envolvem encontros complexos com instituições (tais como escolas e mercados de trabalho) e com forças culturais (tais como a comunicação de massa, a religião e o feminismo). Esses encontros têm uma estrutura dialética e não uma estrutura mecânica. Rapazes e garotas podem lutar contra a instituição ou a força cultural, bem como aceitar sua estampa (CONNELL, 1995b, p. 190).

Quanto ao entendimento do termo *masculinidade*, Oliveira (2004) recupera que tal palavra surgiu no século XVIII para designar os critérios de diferenciação entre os sexos. Para o autor, compreendê-la requer a consideração de características históricas dessa terminologia, que apresenta uma força de agrupamento social. Em sua análise, a masculinidade atua como um espaço simbólico de sentido estruturante capaz de modelar atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados. Assim, aqueles que seguem tais modelos são "atestados" como homens, como também considerados livres de serem questionados por outros homens que compartilham desses símbolos.

Oliveira (2004) declara que nos séculos XVIII, XIX e parte do século XX elegeram-se inúmeras características que remetiam à questão da masculinidade. Coragem, firmeza, braveza e imponência, por exemplo, são consideradas características positivas associadas ao ser masculino, além de serem compreendidas como condutas esperadas pela própria sociedade.

No ideal moderno masculino, diante da constante preocupação em transformar um garoto em um homem, "o medo da imaturidade contava menos que o temor da afeminação, que só seria rechaçada, primeiramente, com a aquisição de certo padrão físico e, depois, através de uma adequação moral, que deveria culminar com a consagração do casamento" (OLIVEIRA, 2004, p. 54).

Avançando nossa discussão e, mais especificamente, explorando a relação masculinidade-corpo, Garlick (2003) aponta que o termo *masculinidade* leva em

consideração a expressão “homem” para se referir ao adulto masculino, diferenciando-o do jovem que ainda não atingiu a maturidade. Logo, homem é compreendido tanto como categoria de sexo quanto como uma categorização social. Nessa vertente, a masculinidade não é um status automaticamente atribuído com base no sexo, mas trata-se de uma particularidade da identidade que precisa ser construída.

Outros autores, como Oliveira (2004); Lyra (2009); Lyra, Medrado, Barreto e Azevedo (2012) também situam a masculinidade no âmbito do gênero, considerando que ela retrata um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem detenha em uma determinada cultura. (GOMES, 2012)

Nesse viés, masculinidade pode ser compreendida como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, por meio de ditames a serem cumpridos por aqueles que desejam ser reconhecidos como masculinos (MODENA, 2016; NASCIMENTO TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2013, 2011).

Em relação às discussões acadêmicas sobre o campo da masculinidade, Connell, Hearn e Kimmel (2005), ao editarem o *Handbook of Studies on Men and Masculinities*, reuniram 26 trabalhos que discutem a temática “Masculinidade”, produzidos no período de 1995 a 2002. Esses trabalhos foram sistematizados em cinco partes, conforme a aproximação e a distinção do enfoque da temática da masculinidade explorada.

O Quadro 6 mostra a correlação dessas partes com os respectivos títulos dos 26 artigos que compõem a coletânea.

Quadro 6 — Handbook of studies on men and masculinities – estrutura e temáticas associadas à discussão da masculinidade

Estrutura da obra (as cinco partes definidas pelos autores)	Títulos dos trabalhos reunidos na obra
Perspectivas teóricas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teoria social para as pesquisas sobre homem e masculinidade; ▪ Homem, masculinidade e teoria feminista; ▪ O campo Queering e masculinidades gay.
Padrões globais e regionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Globalização, imperialismo e masculinidades; ▪ Homens no terceiro mundo: perspectiva masculina pós-colonial; ▪ Masculinidade na América Latina; ▪ Masculinidade no leste asiático; ▪ Homens e masculinidade na Europa
Estruturas, instituições e processos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe e masculinidade; ▪ Sexualidade masculina; ▪ Homens, masculinidade e crime; ▪ masculinidade na educação; ▪ Garotos e homens na família: a produção doméstica de gênero, poder e privilégio ▪ Paternidade e masculinidade ▪ Masculinidade e corpos masculinos na mídia popular ▪ Homens e masculinidades no trabalho, organizações e gerenciamento
Corpos, subjetividades e discursos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculinidade e esporte; ▪ Panorama da saúde masculina; ▪ Masculinidade e violência interpessoal; ▪ corpos, masculinidade normatividade; ▪ Transgêneros; homens e masculinidade.
Política	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política nacional; ▪ Globalização e seus conteúdos: a moral de gênero e a economia política do terrorismo; ▪ Guerra, militarismo e masculinidade ▪ Mulas, mártires e homens: masculinidade na República Islâmica do Iran; ▪ Lutas coletivas de homens por justiça de gênero.

Fonte: Elaboração do autor, com base na obra de Connell, Hearn e Kimmel (2005)

De acordo como os editores Connell, Hearn e Kimmel (2005), os 26 trabalhos da obra têm como similaridade o olhar advindo das ciências sociais como eixo orientador para a discussão da temática “Masculinidade”, que contempla distintas relações, enfoques e perspectivas. Nas palavras dos autores,

[...] as seções ajudam a organizar tanto o global quanto os estudos locais de homens e masculinidade, que estão em temas diferentes, os quais, juntos, compõem os entendimentos atuais sobre homens e masculinidades e colocam os inquéritos críticos oferecidos aqui em um mais unificado e coerente contexto (CONNEL; HEARN; KIMMEL, 2005, p. 7, tradução nossa).

Em face das formulações supramencionadas, é relevante destacar que a construção das masculinidades foi explorada pelos quatro eixos centrais:

- Organização social das masculinidades em suas inscrições e reproduções locais e globais;
- Dimensão institucional das masculinidades; ou seja, a maneira como as masculinidades são construídas por meio das relações e dispositivos;
- Masculinidades como produtos de interação dos homens com outros homens e com mulheres; ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero (que demarcam tendências, desigualdades e desafios);
- Compreensão do modo como os homens individuais expressam identidade de gênero (CONNEL; HEARN; KIMMEL, 2005, p. 7, tradução nossa).

Gomes e Nascimento (2006), a partir de uma abordagem qualitativa, desenvolveram uma revisão bibliográfica de artigos produzidos no âmbito da saúde pública, com o objetivo de analisar a produção acadêmica sobre a relação do homem com sua saúde. Do ponto de vista metodológico, adotaram a Biblioteca Virtual SciELO como fonte da pesquisa. No processo de busca, os autores estabeleceram como período de corte o intervalo entre 1998 a 2004, obtendo 36 artigos. A análise qualitativa dos conteúdos dos artigos foi realizada a partir de uma adaptação da *técnica de análise de conteúdo*, modalidade temática, tendo como suporte teórico as formulações de Bardin⁹. A partir das ideias centrais dos artigos e do agrupamento dessas ideias em torno de núcleos de sentido, os pesquisadores identificaram três temas principais, considerados como sintetizadores da produção estudada: “Sexualidade masculina”, “Masculinidades e Reprodução” e “Masculinidades e poder”. Contudo, os pesquisadores esclarecem que

[...] embora [tais temas] possam ser entendidos como classificações que estruturam a discussão, necessariamente, não seguem o princípio de exclusão mútua. Eles são apenas prismas da discussão dos sentidos atribuídos às ideias que, em determinados momentos, podem superpor-se (GOMES; NASCIMENTO, 2006, p.904).

O Quadro 7 reproduz os elementos que caracterizam as três temáticas identificadas pelos autores supramencionados.

Quadro 7 — Temáticas presentes nos estudos sobre saúde do homem

TEMAS	CARACTERIZAÇÕES
Sexualidade masculina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foco central no conjunto das fontes estudadas, estando presente nesse conjunto de uma forma implícita ou explícita. ▪ A sexualidade deve ser debatida para que se possam abordar assuntos como as DST e a AIDS - um grande desafio para a saúde pública por causa das múltiplas interdições culturais. ▪ O tema da sexualidade masculina se traduz pelos seguintes núcleos de sentido: <i>sexualidade infectante, heterossexualidade e sexualidade não-monogâmica</i>. ▪ A associação entre sexualidade masculina e infecção: ocorre principalmente a partir do fato de haver uma superior participação masculina em relação à feminina nos perfis epidemiológicos das DST. ▪ A <i>heterossexualidade</i> estrutura a sexualidade masculina. ▪ A iniciação sexual dos homens é marcada pela necessidade de afirmar a sua heterossexualidade ▪ A concepção de que a heterossexualidade é característica exclusiva de ser homem pode constituir-se num problema para as investigações relacionadas à AIDS; ▪ A associação entre AIDS e homossexualidade sustenta-se epidemiologicamente com bases nos estudos recuperados com respaldos nos dados do Ministério da Saúde.
Masculinidade e reprodução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As relações estabelecidas entre <i>masculinidade e reprodução</i> podem ser traduzidas a partir dos seguintes núcleos de sentido: a <i>pouca participação masculina, insuficiência das informações e comprometimentos da reprodução masculina</i>. ▪ A pouca participação masculina nas questões relacionadas à saúde reprodutiva, mais especificamente na discussão sobre a contracepção. Atribui-se à mulher a responsabilidade pela adoção de métodos contraceptivos ▪ Importância de incorporar os homens numa perspectiva real, simbólica e científica nos processos relacionais de saúde, sexualidade e reprodução, a fim de apreender e reconhecer as necessidades e decodificar a história de desigualdades de gênero com vistas a gerar um cuidado coletivo, construir novos discursos e um reencontro de subjetividades. ▪ A insuficiência de informações sobre a contracepção e a reprodução ▪ Nível escolar. A educação pode afetar, indiretamente, o planejamento familiar, uma vez que a menor escolaridade dos seus sujeitos se associou a uma atitude menos favorável a esse planejamento. A escolaridade não só influencia a contracepção como a interrupção da gestação indesejada ou não planejada. O maior grau de escolaridade, tanto dos homens quanto das mulheres representa um dos fatores para determinar a perspectiva dos sujeitos sobre a possibilidade de interrupção da gestação. ▪ Comprometimento da reprodução masculina. masculino. ▪ A poluição industrial e agrícola pode provocar o declínio na concentração de esperma e do volume do sêmen; ▪ As exposições ambientais diversos produtos químicos atuam contra a reprodução masculina.
Masculinidade e poder	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O tema <i>masculinidade e poder</i> não é aprofundado em termos da centralidade do poder como eixo estruturante da construção do masculino. ▪ A discussão sobre as relações entre masculinidade e poder pode ser traduzida a partir dos seguintes núcleos de sentido: <i>violência masculina, invencibilidade masculina e homem como ser provedor</i>. ▪ <i>violência masculina</i> percebida como uma forma social de poder, constituindo-se numa estratégia de empoderamento. ▪ a violência sexual é considerada uma das formas violentas mais utilizadas por homens. ▪ a violência masculina cometida contra a mulher pode ser "naturalizada" pelas próprias mulheres. ▪ <i>invencibilidade masculina</i> caracteriza por concepções dominantes de ser homem, nas quais dentre as inúmeras imagens associadas à masculinidade destacam-se as de ser forte, ter corpo resistente e ser invulnerável. Essas imagens podem decorrer da naturalização do poder masculino. ▪ na construção e na percepção social do corpo masculino, ressalta-se a ideia de ser resistente. Essa ideia pode fazer com que homens caracterizem as suas vidas como algo heroico. ▪ o fato de homens se sentirem fortes pode fazer com que os tornem mais vulneráveis a riscos e doenças. ▪ Há implicações de modelos dominantes de masculinidade para o campo da saúde pública. ▪ as normas culturais usadas para manter o poder social dos homens e o senso de masculinidade dificultam a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis. ▪ O poder associado à masculinidade revela que os homens, ao se sentirem fortes, resistentes e invulneráveis, podem não adotar comportamentos preventivos, nem tampouco acessar os serviços de saúde. ▪ Homem como <i>ser provedor</i> ▪ ser provedor depende, em parte, de ter condições econômicas para tal. ▪ Possuir condições econômicas é uma das formas de empoderamento masculino ▪ valorização do homem como ser provedor para o campo da saúde pública; a ideia de ser um bom provedor para a família e ter responsabilidade podem contribuir para que homens adotem medidas preventivas

Fonte: Elaborado pelo autor, com base no estudo de Gomes e Nascimento (2006).

O trabalho desenvolvido por esses autores permite apreender duas questões fundamentais sobre a relação homem-saúde. A primeira destaca que os modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e a segunda evidencia que o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

De maneira mais específica, é oportuno assinalar que os modos de (re)produção do modelo de masculinidade hegemônica são perpassados por tensões e disputa por poder (CONNELL, 1995a, 1995b; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Para esses autores, há diferentes padrões de masculinidades, que concorrem entre si, buscando garantir sua legitimidade sobre as demais. Tal fato interfere na maneira como os homens vivenciam suas masculinidades (CONNELL, 1995a, 1995b; NASCIMENTO; JULIAR, 2009; MEIRELLES, HOHL, 2009; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, AMBRA, 2021).

Connell (2005) assinala que o modelo de masculinidade hegemônica (re)produz desigualdades sociais, estabelecendo-se, dessa forma, hierarquias entre as múltiplas possibilidades de se experimentar as masculinidades, denominadas “subalternas”.

Segundo Martins (2019), aliado às proposições de Kimmel (1992) e Connell (1995a), nesse contexto,

[...] situam-se, por exemplo, a condição social de marginalização dos homens negros, pobres, homossexuais, transgêneros, deficientes físicos e mentais, indígenas, do campo e das florestas, dentre muitos outros, em relação ao modelo hegemônico, fortemente marcado pela representação de um homem branco, cisgênero e heterossexual, economicamente estável e bem-sucedido e que possui uma corporeidade que atesta aos demais o seu poder de dominação (MARTINS, 2019, p.34).

Com base nesses apontamentos teóricos, considera-se que os sujeitos desta pesquisa, representados por profissionais da classe trabalhadora popular, são representantes de um modelo de masculinidade subalterna. Por essa razão, torna-se oportuno conhecer a respeito da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem.

3.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída pela Portaria de 1.994, de 28 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover o acesso da população masculina situada na faixa etária de 20 a 59 anos às ações e aos serviços de assistência integral à saúde disponível pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

A PNAISH tem como premissa as seguintes concepções:

- A população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade que representam verdadeiros problemas de saúde pública;
- Os indicadores e os dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade femininos ao longo das idades do ciclo de vida;
- A necessidade de organizar uma rede de apoio de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para a população masculina;
- A necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população;
- A necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina. (BRASIL, 2009, p. 71).

As proposições elencadas acima têm como aporte diferentes formulações teóricas que colocam em centralidade a percepção de que:

- A população masculina procura pelos serviços de saúde, predominantemente, em casos de doença em estágio avançado, acidentes ou lesões. (BRAZ, 2005; BERTOLINI; SIMONETTI, 2014);
- Diferentes estudos comparativos entre a saúde do homem e da mulher demonstram a vulnerabilidade da população masculina às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas precocemente (LIRA *et al.*, 2012; JULIÃO; WEIGELT, 2011; FIGUEIREDO, 2008, 2005);
- Os homens morrem mais que as mulheres (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Tendo como base essa fundamentação teórica, a PNAISH considera que muitos agravos poderiam ser evitados se os homens realizassem as medidas de prevenções primárias com regularidade, na medida em que a resistência deles aos cuidados e à atenção básica à saúde aumenta a sobrecarga financeira da sociedade. Os homens adentram pelo sistema de saúde pela alta complexidade, fator que eleva os custos.

Essa situação é explicitada na referida Política nos seguintes termos:

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelam a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças (BRASIL, 2009, p. 7).

Além dos impactos causados ao sistema de saúde pela procura tardia dos homens à assistência terapêutica, cabe destacar os riscos que tal conduta poderá repercutir, sobretudo, “no sofrimento físico e emocional do paciente, incluindo-se aí sua família na luta pela recuperação e por melhor qualidade de vida” (BRASIL, 2009, p. 13).

Um dos desafios da PNAISH consiste em mobilizar a população masculina brasileira para assumir o protagonismo do autocuidado. Assim, é preconizado que a PNAISH deve ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, com base em uma lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com princípios voltados em prol da humanização e da qualidade da saúde masculina, que implicam promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, a PNAISH estabeleceu os seguintes elementos para implantação:

- Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e qualidade da população masculina;
- Informações e orientação à população masculina aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação e dos agravos e das enfermidades do homem;
- Capacitação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
- Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (BRASIL, 2009, p. 47-48).

Ao primar por essas ações, a PNAISH busca compreender o universo masculino e suas motivações e dificuldades para realizar a prevenção de doenças. É importante destacar que a referida Política, ao delimitar o atendimento aos homens entre 20 e 59 anos, explicita um importante reconhecimento:

[...] os tempos mudaram e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos, não é suficiente para tornar o País mais saudável, principalmente por deixar de fora nada menos do 27% da população: os homens de 20 a 59 anos de idade que no Brasil são, neste ano de 2009, nada menos que 52 milhões de indivíduos, na prática pouco visibilizados ainda nas estratégias públicas de atenção à saúde. Não há como esquecer, ainda, que do total de 38 milhões de trabalhadores brasileiros no setor formal da economia, 22,5 milhões são do sexo masculino (BRASIL, 2009, p. 8).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, em conjunto com as esferas estaduais e municipais, considerou que, para haver mudança dessa realidade, torna-se fundamental desenvolver estratégias de cuidados específicos para o homem jovem e adulto, chamando atenção desse segmento populacional para que se cuidem mais, ao mesmo tempo em que propicia serviços de saúde voltados para o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de ocorrência.

É importante destacar que a PNAISH, para nortear suas ações, do ponto de vista técnico e de abrangência nacional, estabeleceu cinco eixos prioritários, sendo eles:

- Acesso e acolhimento;
- Saúde sexual e saúde reprodutiva;
- Paternidade e cuidado;
- Prevenção de violências e acidentes; e
- Doenças prevalentes na população masculina.

Os objetivos de cada eixo foram analisados por Silva, Vasconcelos e Araújo (2017) no estudo “Facebook da saúde do homem: uma análise a partir da ótica cultural e social da informação”. Nessa reflexão, os pesquisadores buscaram apreender os elementos discursivos presentes nas postagens e o modo como a materialidade dos enunciados revela, em certa medida, os eixos de atuação da CNSH, tendo como diretrizes a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), em prol da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

O Quadro 8 reproduz as descrições sistematizadas pelos referidos pesquisadores.

Quadro 8 — Eixos Prioritários de atuação da PNAISH

EIXOS TEMÁTICOS DE ATUAÇÃO	OBJETIVOS
I Acesso e Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva. ▪ Incentivar os homens a realizar os exames preventivos e a promover ▪ sua saúde por meio de adoção de estratégias que mobilizam as peculiaridades sociais, econômicas e culturais.
II Saúde sexual e Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, implementando estratégias para aproximação dos homens a essa temática.
III Paternidade e Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com os filhos. ▪ Engajar os homens nas ações do planejamento reprodutivo e no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras, além dos cuidados no desenvolvimento da criança; ▪ Promover a reflexão acerca de modelos masculinos positivos com capacidade de escuta, negociação, cooperação, respeito, tolerância e cuidado; ▪ Integrar os homens na perspectiva dos serviços de saúde ofertados, sobretudo na Rede Cegonha, a fim de promover que eles realizem seus exames preventivos de rotina, tais como: HIV, Sífilis e Hepatites, Hipertensão e Diabetes, atualizem o cartão de vacinação, entre outros e assim participem da estratégia do Pré-Natal do parceiro se preparando para o exercício de uma paternidade ativa
IV Prevenção de Violências e Acidentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver mecanismos de conscientização sobre as incidências de violências (em especial a violência urbana) e acidentes.
V Agravos e condições crônicas na população masculina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens. ▪ Promover a formulação de políticas para a prevenção e controle das Doenças crônicas não transmissíveis – DCNT - e outras doenças que acometem a população masculina.

Fonte: Silva, Vasconcelos e Araújo (2017), tendo como base as publicações (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016a, 2016b).

Ao nos deparar com as estratégias de atuação tanto da PNAISH quanto da CNSH e com base nos apontamentos teóricos apresentados até aqui, elege-se como aporte importante para o entendimento da relação do homem e sua saúde a dimensão da cultura informacional, como discutido no capítulo anterior.

4 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA: DA BUSCA DE INDÍCIOS À LUPA DE ANÁLISE

Por milênio o homem foi caçador. Durante inúmeras perseguições, ele aprendeu a reconstruir as formas e movimentos das presas invisíveis pelas pegadas na lama, ramos quebrados, bolotas de esterco, tufo de pelos, plumas emaranhadas, odores estagnados. Aprendeu a farejar, registrar, interpretar e classificar pistas infinitesimais como fios de barba. Aprendeu a fazer operações mentais complexas com rapidez fulminante, no interior de um denso bosque ou numa clareira cheia de ciladas. Gerações e gerações de caçadores enriqueceram e transmitiram esse patrimônio cognoscitivo.

CARLO GINZBURG

A epígrafe de Ginzburg (1990), historiador italiano, que inaugura este capítulo, ilustra o anseio de um caçador que busca encontrar o que tanto procura. Tal metáfora faz alusão a uma ação investigativa na qual o referido autor propõe o paradigma de um saber que é construído com base nos indícios.

Tendo como referência Freud, Sherlock Holmes e o crítico de arte Morelli, Ginzburg argumenta que o paradigma de um saber indiciário reflete um método de conhecimento cuja potencialidade está em observar e considerar o pormenor, aquilo que, por vezes, fica despercebido. Nesse caso, o pormenor representa os sinais, as pistas, os pequenos detalhes por meio dos quais se torna possível reconstruir um todo, como, uma personalidade, uma individualidade e uma realidade, dentre outras possibilidades de reconstrução de um contexto social e histórico com significativo grau de fidelidade (GINZBURG, 1990).

O referido historiador aplica esse método em sua coletânea sobre temas que se mostram aparentemente díspares, como: a teoria e a história da arte; a psicanálise, a questão do nazismo e sua influência em produções de alguns mestres da historiografia moderna, dentre outros. Esses ensaios são inspiradores ao revelarem perspectivas surpreendentes, advindas de uma prática investigativa em busca dos vestígios e suas conexões. Em outras palavras, Ginzburg (1990) aponta um caminho

de investigação indiciário⁵, análogo ao ofício de caçadores, detetives, psicanalistas e analistas de quadro de obras. Enfim, uma forma de averiguação minuciosa, que se dedica a trazer luz aos detalhes negligenciados – ou seja, informações quase imperceptíveis, fragmentadas e disseminadas pelo caminho, conferindo-lhes valor em função do seu grau de importância contextual para a compreensão do todo.

Por serem tão instigantes, os pensamentos de Ginzburg (1990) serviram como ponto de partida para refletir acerca dos passos e requisitos científicos preconizados para o desenvolvimento desta pesquisa acadêmica.

Esta seção se comporta como uma bússola a favor dos leitores interessados em conhecer o percurso metodológico trilhado, com base em procedimentos e combinações estratégicas ancorados, teoricamente, no âmbito das pesquisas sociais. Nesse sentido, buscamos “os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (MINAYO, 2014, p. 47), colocando em foco a questão da saúde e da busca de conhecimento nessa área pelos trabalhadores da construção civil.

Na delimitação de uma metodologia de pesquisa adequada ao que pretendemos investigar, passamos por algumas indagações e descobertas. No decurso dos quatro anos de doutoramento, esteve sempre presente o propósito de compreender a relação do homem com sua saúde, investigando os elementos informacionais subjacentes e, por vezes, materializados e compartilhados socialmente como produção simbólica, cultural, institucional e histórica.

A metodologia desta pesquisa teve caráter predominantemente descritivo e exploratório, estruturando-se na abordagem quantiquantitativa, que parte do fundamento de que há uma relação dinâmica, permeada por múltiplas peculiaridades, entre o mundo real e o sujeito (GODOY, 1995a, 1995b).

Tal abordagem considera as sociedades humanas existentes em determinado espaço, com interações dinâmicas e específicas (MINAYO, 1993, 2014). Com base nessa ótica, é possível considerar que os indivíduos, os grupos e as classes atribuem significados e intencionalidades a suas ações, concepções e interações sociais nos contextos em que estão inseridos.

⁵ No campo da historiografia, o paradigma indiciário promoveu uma redefinição no foco dos historiadores, provocando-os a uma análise mais particular e minuciosa do contexto global. Por exemplo, ao examinar a história de inúmeros homens e mulheres que vivem em total anonimato, tais profissionais passaram a traçar uma representação do todo que compõe aquele contexto social em que esses indivíduos estão inseridos.

Dentre outras possibilidades, o aspecto descritivo da pesquisa revela: “o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, em sua complexidade” (GODOY, 1995b, p. 63), ao passo que o cunho exploratório do estudo reflete um procedimento metodológico, tendo como pressuposto o fato de que “o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social onde ocorre” (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995, p. 321).

A pesquisa qualitativa, conceitualmente,

[...] envolve uma perspectiva naturalista, interpretativa, para o mundo e que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, tais realidades, em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

Em função do problema de pesquisa, os dados que amparam esta investigação foram obtidos por meio de uma imersão empírica. A partir de visitas constantes e sistematizadas, buscou-se uma aproximação com os trabalhadores da construção civil, com o propósito de apreender e compreender as experiências cotidianas em relação aos cuidados com a própria saúde.

Por meio do processo de observação, somado à coleta dos depoimentos, empenhou-se em conhecer, da forma o mais fidedigna possível, na ótica desses trabalhadores as questões que potencializam ou limitam o cuidado com a própria saúde e os percursos informacionais desenvolvidos em torno do autocuidado (GUARESCHI, 1998).

Procurou-se, ainda, construir uma caminhada investigativa, sustentada pela articulação entre teoria e método, de tal forma que essa junção viabilizasse a ampliação do entendimento da realidade empírica em consonância com a concretização dos objetivos propostos para o estudo em sua totalidade.

Teoricamente, tornou-se necessário desenvolver uma interlocução entre a Ciência da Informação e as Ciências Sociais e da Saúde – especificamente, com a área da Saúde Coletiva –, a fim de compreender a problemática dessa realidade nas diferentes perspectivas e abordagens. Nesse contexto, Minayo (2004) assinala que campo da saúde apresenta uma realidade complexa ao demandar conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção” (MINAYO, 2004).

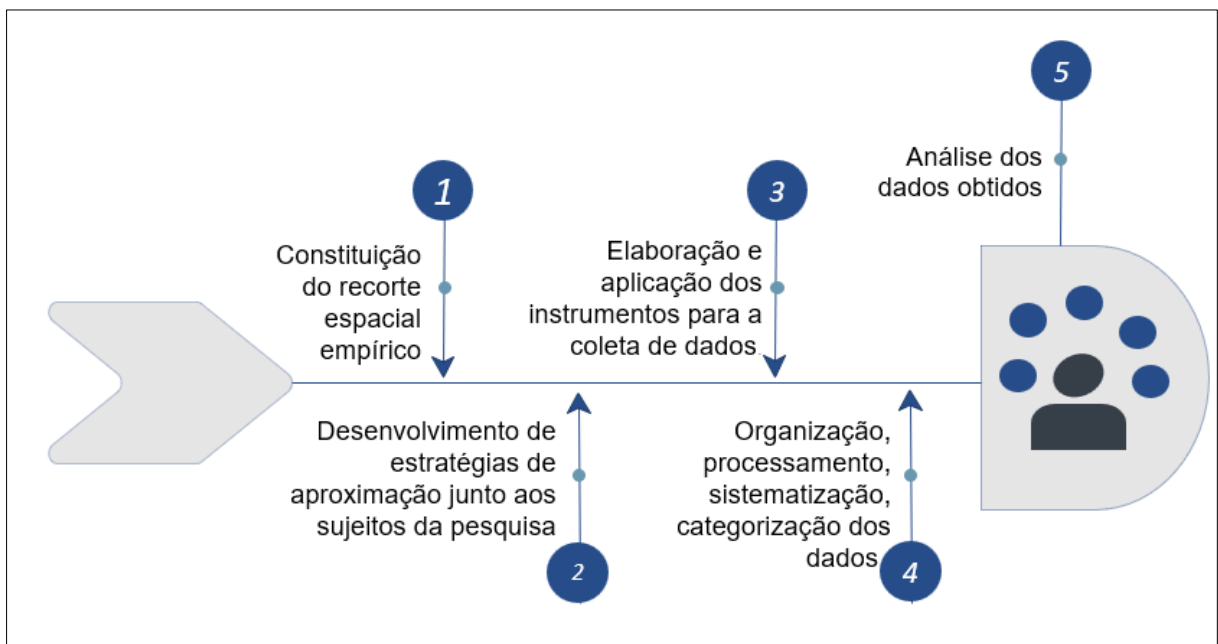
A aproximação do fenômeno informacional estudado ocorreu de maneira comprometida com a dimensão social, respeitando os aspectos éticos aprovados pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz, cujo detalhamento do processo de submissão será apresentado na seção **4.1.1.1**.

É oportuno acrescentar, com base em Martins (2004), que a preocupação essencial do cientista social é estabelecer a estreita aproximação dos dados, fazê-los falar da forma o mais completa possível, revelando o que se mostra presente na realidade social (CRUZ NETO, 1994, GIL, 2008).

Os procedimentos metodológicos que subsidiaram a consolidação desta pesquisa abarcaram os aspectos descritos na Figura 1.

Figura 1 — Procedimentos metodológicos



Fonte: Elaboração do autor, com base no percurso metodológico.

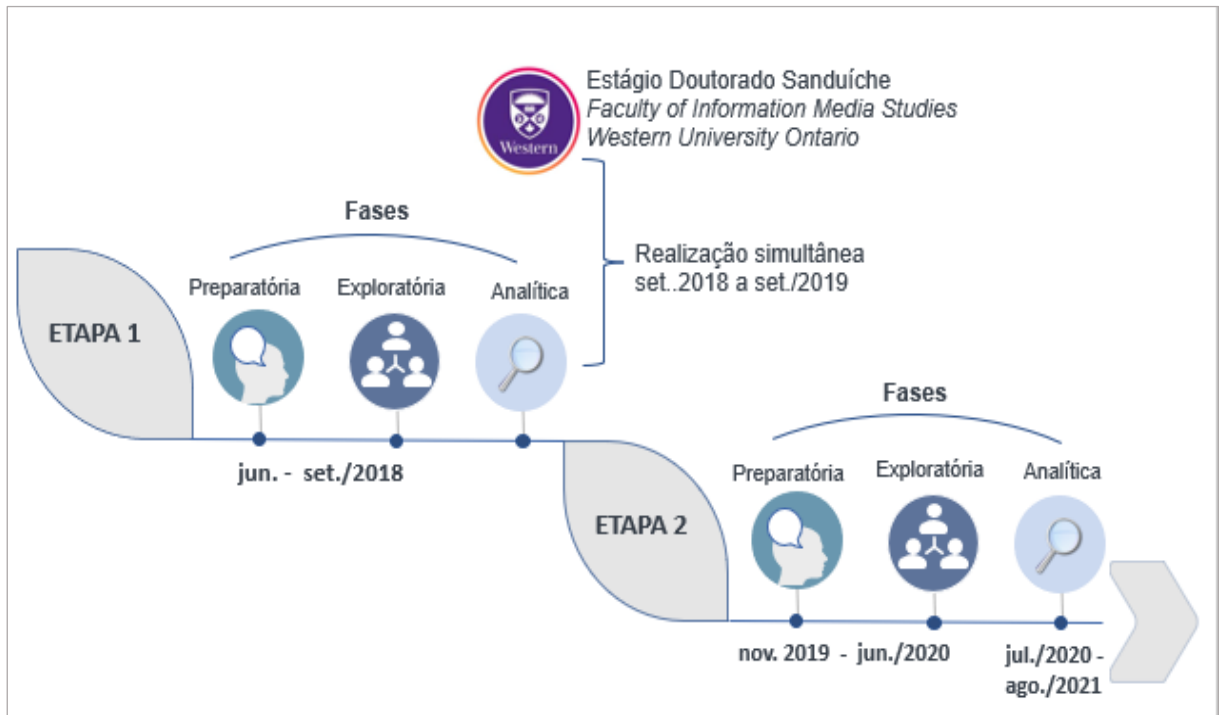
É importante explicitar que a metodologia da pesquisa de campo foi consolidada em duas etapas: a primeira entre junho e setembro de 2018 e a segunda entre novembro de 2019 e maio de 2020.

No interstício entre as etapas da pesquisa de campo, realizou-se o Estágio de Doutorado Sanduíche, na *Faculty of Information and Media Studies*, na *Western University of Ontario*⁶, cujas contribuições teóricas e metodológicas advindas dessa experiência acadêmica foram de grande valia para o desenvolvimento desta investigação, conforme foi abordado na seção **2.3**.

⁶ Iniciado em 15 de setembro de 2018 com o término em outubro de 2019, com bolsa Capes.

De maneira ordenada, descrevem-se as duas etapas da pesquisa, dando ênfase às fases do trabalho de campo, denominadas neste estudo “preparatória”, “exploratória” e “analítica” (Figura 2).

Figura 2 — Etapas e fases da pesquisa de campo



Fonte: Elaboração do autor, com base no percurso metodológico.

É relevante esclarecer que tais fases não ocorreram de maneira estanque/fixa, mas se efetivaram concomitantemente e foram permeadas pela própria dinâmica da pesquisa, como, a experiência acadêmica vivenciada na *Western University* e os procedimentos analíticos dos dados coletados na Etapa 1 da pesquisa de campo, que ocorreram simultaneamente.

A construção dos dados desta pesquisa não se constituiu como um “processo cumulativo e linear, cuja frequência, controlada e mensurada, autoriza o pesquisador, exterior à realidade estudada e dela distanciado, a estabelecer leis e prever fatos” (CHIZZOTTI, 2003, p. 89). Pelo contrário, a dinâmica investigativa vivenciada foi permeada por um processo que exigiu tempo, diligência, aproximações e afastamento para a formação acadêmica complementar no exterior, conforme mencionado. Posteriormente, com bastante cautela, promoveram-se reaproximações com os sujeitos da pesquisa, considerando as diretrizes protocolares de biossegurança para as interações presenciais em face da pandemia do Covid 19.

Nos tópicos subsequentes, explicitam-se as duas etapas da pesquisa de campo⁷ e as respectivas fases preparatória, exploratória e analítica, que se constituíram no corpo da investigação e possibilitaram a concretização desta tese.

4.1 Pesquisa de campo – Etapa 1 (imersão, entre julho e setembro de 2018)

Neste estudo, a Etapa 1 da pesquisa de campo caracterizou-se pela realização de um esforço cuidadoso para conhecer e estudar a dinâmica cotidiana dos trabalhadores da construção civil, buscando compreender sua percepção em relação à saúde e à forma como assumem o protagonismo do autocuidado. Esse processo de imersão ocorreu entre julho e setembro de 2018. Para que essa imersão exploratória acontecesse, foi preciso sedimentar ações de cunho preparatório, conforme será detalhado na seção seguinte.

4.1.1 Fase preparatória

Compuseram a fase preparatória da pesquisa de campo os seguintes procedimentos: levantamento e sondagem do universo empírico; obtenção da anuência institucional; e submissão da proposta de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz-Brasília. A articulação desses procedimentos encontra-se descrita nos tópicos adiantes.

4.1.1.1 Levantamento e sondagem do universo empírico, obtenção da anuência institucional e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz-Brasília.

Nos meses de maio e junho de 2018, procedeu-se ao levantamento de construtoras em sites/domínios especializados da área da construção civil, que consistiu no mapeamento, na área geográfica de Brasília e seu entorno, de um quantitativo expressivo de construtoras que atuam nos segmentos privado e público.

Foram visitadas diferentes modalidades de edificações em andamento, como, trincheiras, viadutos, pavimentação de asfaltos (na esfera pública), construções e

⁷ De acordo com Godoy (1995), a expressão *pesquisa de campo* é bastante comum entre antropólogos e sociólogos, que passaram a adotá-la no esforço de diferenciar os estudos conduzidos em “campo” – ou seja, no ambiente natural dos sujeitos – daqueles realizados em laboratórios ou espaços controlados pelo pesquisador.

reformas de casas, prédios residenciais, salas comerciais e *shoppings* (no âmbito privado) na região de Brasília e Regiões Administrativas do Distrito Federal.

É importante assinalar que a complexidade organizacional – ou seja, o difícil acesso aos representantes que constituíam as posições hierárquicas superiores dos organogramas, no âmbito das construtoras – tornou-se um elemento interveniente, que terminava por barrar a obtenção da anuência institucional. Para solucionar essa questão, adotou-se como estratégia a concentração das visitas às construtoras nos empreendimentos de menor porte, pela possibilidade de um contato mais célere com o responsável pela obra.

Mediante prévio agendamento de reuniões com os engenheiros responsáveis pelos empreendimentos⁸, procedeu-se a uma exposição dos objetivos do projeto e dos mecanismos que seriam utilizados para a coleta de dados. No entanto, de forma recorrente, os representantes das construtoras explicitavam o receio em relação à queda de produtividade de seus funcionários com a presença de um pesquisador “transitando” pela obra.

A proposta para minimizar a possível interferência consistiu no esclarecimento de que a presença do pesquisador nas dependências institucionais seria norteadada por um cronograma a ser aprovado e acompanhado pela empresa e no compromisso de cumprir as orientações e os regramentos de segurança voltados à prevenção de acidentes estabelecidos pela Construtora e à utilização dos equipamentos de segurança individual (EPI).

Depois de percorrer quinze empreendimentos distintos do setor privado, um engenheiro condicionou a autorização da coleta de dados da pesquisa à reapresentação dos objetivos do estudo ao médico do trabalho da empresa. Isso foi feito, e o médico do trabalho concordou com o estudo. Em 13 de junho de 2018, obteve-se a Carta de Anuência, assinada pelo engenheiro da construtora, conforme os termos indicados no Anexo A, requisito obrigatório para prosseguirmos com a submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética de Pesquisa da Fiocruz e para autorizar, no ambiente da Construtora, o levantamento e mapeamento preliminar do universo populacional e suas características, por meio de visitas sistematizadas, para

⁸ Em regra, em cada empreendimento havia uma placa indicando os responsáveis técnicos. A partir disso, os respectivos escritórios das construtoras eram contatados, buscando-se agendar uma reunião com o engenheiro principal do canteiro de obra.

dar início ao processo de observação da dinâmica e da rotina *in loco* dos trabalhadores da Construção Civil.

O cronograma inicial proposto foi aprovado pelo engenheiro responsável pela obra. A partir daí, ele designou o técnico de segurança de trabalho para o acompanhamento, deixando, ainda, sob aviso e à disposição a técnica de edificações e o técnico auxiliar de enfermagem, para subsidiar a inserção do pesquisador nos espaços institucionais da Construtora.

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz, 2.825.058 (Anexo B), em 16 de agosto de 2018, deu-se início à fase exploratória do trabalho de campo, cuja primeira tarefa consistiu na definição dos critérios amostrais.

4.1.2 Fase exploratória

Em razão do quantitativo de profissionais vinculados à construtora, procurou-se uma alternativa para se fazer um recorte amostral, com o propósito de selecionar os sujeitos participantes da pesquisa. Dessa forma, julgou-se pertinente a composição de uma amostra de caráter representativo, considerando que

[...] a amostragem representativa conseguirá a melhor descrição possível de uma população, apesar de se pesquisar apenas parte dela. Contudo, ela depende da possibilidade de um referencial de amostragem, de uma lista ou uma combinação de lista dos membros de uma população, ou do conhecimento da distribuição de características essenciais na população. Sem listas ou distribuições conhecidas, o procedimento não pode ser executado (BAUER; AARTS, 2019, p. 42).

Os referenciais de amostragem adotados como critérios de inclusão e exclusão para o recrutamento dos sujeitos do estudo são explicitados a seguir.

4.1.2.1 Recrutamento dos sujeitos para a Etapa 1 da pesquisa de campo

O recrutamento dos sujeitos para a Etapa 1 da pesquisa de campo resultou do mapeamento dos dados populacionais dos trabalhadores vinculados à construtora. A partir disso, definiram-se os critérios de inclusão, fixando-se que os participantes deveriam ser do sexo masculino e situar na faixa etária de 20 a 59 anos. Tal escolha tomou como referência a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), a qual preconiza em suas diretrizes e objetivos esse perfil do segmento populacional brasileiro como público foco de sua operacionalização (BRASIL, 2009). Em seguida, de modo a permitir que a amostra da pesquisa contemplasse, na medida

do possível, a representatividade do grupo em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2005, 2008), todo esforço foi realizado para que a seleção dos participantes contemplasse os níveis de hierarquia entre as funções, pelas seguintes potencialidades:

- Ampliar a participação de sujeitos que possuíssem os atributos que se desejava conhecer;
- Possibilitar a apreensão dos pontos de vistas, seja pela semelhança ou pela diferença, considerando a pluralidade dos informantes;
- Captar as distintas experiências que pudessem ser caracterizadas em virtude da função exercida.

Com base nesses parâmetros para a composição da amostra, prosseguiu-se com as atividades de cunho operacional, como descrito a seguir.

4.1.2.2 Sistematização dos dados populacionais

Após a emissão da Carta de Anuência Institucional, a construtora disponibilizou ao pesquisador, em formato digital, uma listagem nominal dos 115 trabalhadores em atividade no canteiro de obras em que se realizou a pesquisa. No entanto, houve a necessidade de rever as informações e complementar dados. Por essa razão, todas as pastas funcionais foram consultadas, de modo a compor o perfil populacional com as informações apuradas.

No primeiro momento, buscando dar prosseguimento ao estudo, procedeu-se ao levantamento dos dados relativos aos trabalhadores da construção civil inseridos naquele empreendimento no tocante a idade, função exercida e tempo de vínculo com a empresa. Esses dados foram sistematizados em uma planilha eletrônica (Apêndice C).

Em termos da identificação e caracterização do universo populacional, foi possível fundamentar a composição da amostra com base nos critérios definidos, anteriormente, ou seja:

- Trabalhadores masculinos da construção civil entre 20 e 59 anos, conforme faixa etária preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Trabalhadores homens dos diferentes níveis hierárquicos no canteiro de obra.

Todavia, é relevante explicitar os critérios de exclusão adotados:

- Profissionais da construção civil do sexo feminino. No caso da pesquisa, não se incorporou na amostra da pesquisa a técnica de edificações, pois o foco do estudo buscava captar a perspectiva masculina acerca do objeto em estudo;
- Trabalhadores designados pela construtora para acompanhar o desenvolvimento da pesquisa. Em razão disso, o técnico de segurança do trabalho e o técnico auxiliar de enfermagem não foram incluídos na seleção da composição da amostra, pois atuaram como suporte/apoiadores para o fluxo das atividades da pesquisa de campo;
- Trabalhadores da Construção Civil não contemplados na faixa etária entre 20 a 59 anos. Assim, foram excluídos da amostra 15 profissionais.

Tendo em vista os critérios de inclusão e a exclusão estabelecidos, realizou-se o agrupamento por faixa etária, com a delimitação de intervalos entre 20 e 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.

A consolidação da amostra buscou contemplar, aproximadamente, 20% de trabalhadores, com base no quantitativo de profissionais identificados em cada intervalo de faixa etária.

A Tabela 2 mostra a sistematização do universo da pesquisa com base nos critérios de inclusão e exclusão propostos, considerando os intervalos das faixas etárias.

Tabela 2 — Universo da pesquisa conforme os critérios de inclusão e exclusão

Faixa etária	Quantitativo	Seleção por faixa
20 a 29	18	4
30 a 39	20	4
40 a 49	31	6
50 a 59	30	6
Total	99	20

Fonte: Elaboração do autor, com base na pesquisa documental.

Diante dessa sistematização, procedeu-se à realização de sorteios aleatórios por faixa etária. Contudo, ao contatar os trabalhadores sorteados, 7 declinaram do convite, com base nas seguintes justificativas: falta de disponibilidade, em virtude do acúmulo de trabalho para cumprimento dos prazos para entrega da obra (3); não se sentirem à vontade para conceder depoimentos (2); e receio de que a participação no estudo pudesse comprometer, de alguma forma, o vínculo deles com a empresa (2).

A Tabela 3 agrupa as anuências obtidas por faixa etária de 20 a 59 anos.

Tabela 3 — Composição da amostra para as entrevistas - Etapa 1 da pesquisa de campo

Faixa etária	Quantitativo de profissionais do universo empírico por faixa etária	Profissionais sorteados (20% do universo, por a faixa etária)	Anuências (Etapa 1 da pesquisa de campo)
20 a 29	18	4	4
30 a 39	20	4	4
40 a 49	31	6	3
50 a 59	30	6	2
Totais	99	20	13

Fonte: Elaboração do autor, com base na pesquisa documental.

A caracterização do perfil dessa amostra será apresentada na seção que trata dos resultados deste estudo.

Com base na constituição dessa amostra representativa, procuramos avançar com o estudo, por meio da combinação de técnicas de coleta de dados elaboradas para a Etapa 1 da pesquisa de campo.

4.1.2.3 Coleta de dados: técnicas e estratégias adotadas

Para a coleta de dados na Etapa 1 do trabalho empírico, utilizaram-se as seguintes técnicas: pesquisa documental, observação, aplicação do questionário e realização de entrevistas semiestruturadas. Os objetivos dessas técnicas e as respectivas estratégias adotadas serão detalhados nos subtópicos a seguir.

4.1.2.3.1 Pesquisa documental

Godoy (1995b) define pesquisa documental como “o exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas interpretações complementares” (GODOY, 1995b, p. 21).

Tal concepção é corroborada por Lüdke e André (1986), ao assinalarem que “a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema” (LÜDKE; ANDRÉ; 1986, p. 38).

A técnica da pesquisa documental foi utilizada de início, com o intuito de caracterizar, qualitativa e quantitativamente, em termos gerais, a população-alvo investigada.

Como fonte de informação documental, obteve-se acesso às pastas funcionais, o que viabilizou a sistematização do perfil dos trabalhadores do lócus de pesquisa, em relação a sexo, à idade, função e tempo de vínculo de trabalho com a empresa.

Em seguida, pesquisaram-se os dados documentais relativos à própria construtora (site e fôlderes institucionais), para apreender, do ponto de vista histórico-social, sua atuação, importância e abrangência no mercado.

Estrategicamente, realizou-se a pesquisa documental nas duas primeiras semanas da pesquisa de campo, o que propiciou conhecer parte do perfil e do histórico dos trabalhadores na fase em que as interlocuções com eles estavam sendo formadas.

O acesso às pastas funcionais, na sala do técnico de segurança do trabalho, foi um aspecto positivo, pois o ambiente era muito frequentado pelos trabalhadores, que procuravam o referido técnico para obter orientação sobre o cronograma das atividades e para solicitar algum equipamento de proteção individual (EPI).

Os primeiros contatos com os trabalhadores foram estabelecidos e a presença do pesquisador nos ambientes institucionais foi ganhando espaço gradativamente. Assim, ao se fazer uso da pesquisa documental, concomitantemente, observaram-se os aspectos contextuais da dinâmica do trabalho no canteiro-de-obra. O uso combinado dessas técnicas mostrou-se pertinente para captar com maior riqueza de detalhes aquilo que só a convivência cotidiana costuma possibilitar.

Concomitantemente, procedeu-se, no período de janeiro a março de 2021, a um estudo no Arquivo Público do Distrito Federal, em que se buscou compreender a dimensão histórica da construção de Brasília em relação ao perfil dos operários que a edificaram.

4.1.2.3.2 Técnica de observação

A técnica de observação foi utilizada nos meses de julho, agosto e setembro de 2018, período que demarcou a Etapa 1 da pesquisa de campo. Ela permite que o pesquisador se aproxime mais da perspectiva dos sujeitos, apreendendo a visão de mundo desses atores sociais, isto é, “o significado que eles atribuem à realidade que os cercam e às suas próprias ações” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 26).

Tal modalidade de envolvimento inclui o “observador como participante”, revelando sua identidade e os objetivos do estudo ao grupo pesquisado, desde o início. Difere dos moldes da “pesquisa participante”, na qual o “pesquisador poderá

decidir, também desde a fase inicial do estudo, que atuará como um participante total do grupo, assumindo inclusive um compromisso político de ação e intervenção” (LÜDKE; ANDRE, 1986, p. 28).

A observação participante é apropriada para distinguir e caracterizar a referida técnica de coleta de dados aplicada neste estudo, servindo como o modo de contato com o real, tendo em vista que o observador esteve face a face com os observados. Ao presenciar a rotina e a dinâmica dos sujeitos em seu cenário habitual, o observador pôde captar e construir os dados empíricos. Consideramos que:

[...] é observando que nos situamos, orientamos nossos deslocamentos, reconhecemos as pessoas, emitimos juízos sobre elas. [...] A observação participa também de uma ampla variedade de descobertas e de aprendizagens realizadas pelos homens. [...] Não é, pois, surpreendente que a observação tenha também um papel importante na construção dos saberes, no sentido em que a expressão é entendida em ciências humanas. Mas para ser qualificada de científica, a observação deve respeitar certos critérios, satisfazer certas exigências: não deve ser uma busca ocasional, mas ser posta a serviço de um objeto de pesquisa, questão ou hipótese, claramente explicitado; esse serviço deve ser rigoroso em suas modalidades e submetido a críticas nos planos da confiabilidade e da validade (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 176).

Tomando como pressuposto as ideias do fragmento anterior, as idas e vindas ao canteiro de obra foram guiadas por um roteiro de observação semiestruturado. Para além do objetivo de captar a rotina dos trabalhadores, em termos de como eles se organizam para iniciar e encerrar o expediente e o que faziam durante o intervalo de almoço, dentre outras condutas, o propósito das observações visava apreender a dinâmica entre esses profissionais em torno das percepções de saúde e das ações desenvolvidas por eles em prol do autocuidado.

Estabeleceu-se com o técnico de segurança do trabalho um cronograma preliminar para as visitas⁹, de forma que a presença do pesquisador não interferisse na produtividade desses trabalhadores. Na primeira semana, as visitas ocorreram às segundas-feiras e às quartas-feiras, das 6h30 às 8h30, com retorno às 11h e permanência até às 14h, aproximadamente. Na segunda semana, preservou-se a programação anterior, incluindo visitas às terças-feiras e quintas-feiras. A partir da terceira semana, as visitas tornaram-se diárias, das 6h30 às 8h30 e das 11h às 14h,

⁹ Esse processo foi estabelecido durante a realização da pesquisa documental.

com a inclusão de um novo período de observação, das 15h30 às 17h30, com o propósito de apreender os processos de encerramento das atividades do dia.¹⁰

A nossa preocupação era que a aproximação acontecesse de maneira gradual e que os sujeitos se sentissem à vontade para compartilhar suas experiências, mediante a construção de vínculos de confiança durante os diálogos, que se estabeleciam pelo contato cotidiano.

Lüdke e Andre (1986) pontuam que “as circunstâncias particulares, em que um determinado objeto se insere, são essenciais para que se possa entendê-lo. Da mesma maneira as pessoas, os gestos, as palavras estudadas devem ser sempre referenciados ao contexto onde aparecem” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 12).

No processo de observação, ao compreendermos a importância de se considerar o contexto, procuramos compreender o que estava subjacente na dinâmica social dos sujeitos da pesquisa. A interação entre sujeito e objeto precisou caminhar para uma dimensão de maior proximidade, reconhecendo-se, inclusive os movimentos de alternância entre observador e observados. Em distintos momentos, os sujeitos da pesquisa se posicionavam em face do estudo para além da condição de informantes. Eles observavam detidamente a sequência das ações realizadas pelo estudo no canteiro de obra. Alguns, inclusive, indagavam diretamente o pesquisador sobre os propósitos do estudo e quais seriam os desdobramentos dos resultados da pesquisa para eles. Outros, ainda, perguntavam sobre a rotina cotidiana do pesquisador e sua vida pessoal.

Desse modo, nesta pesquisa, assim como Bosi (1994),

[...] fomos ao mesmo tempo sujeito e objeto. Sujeito enquanto indagávamos, procurávamos saber. Objeto enquanto ouvíamos, registrávamos, sendo como um instrumento de receber e transmitir a memória de alguém, um meio de que esse alguém se valia para transmitir suas lembranças. (BOSI, 1994, p. 55).

Essa condição de sujeito e de objeto revela, na visão de Oliveira (2011)¹¹, uma alternância que contém implicações que não podem ser desprezíveis, pois ela “ajuda a rechaçar atitudes pretensiosas do pesquisador de imaginar que o poder criador dos

¹⁰ É importante esclarecer que, mesmo diante dessa programação de cronograma, em poucas circunstâncias houve a necessidade de promover pequenos reajustes, ora a convite de um maior prolongamento para acompanhar uma atividade em desenvolvimento que demanda maior tempo de finalização, como a concretagem de uma laje, ora por parte de alguns trabalhadores para participar de dinâmicas mais individualizadas, como da socialização em um café da tarde.

¹¹ Professor em Psicologia Social, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

sujeitos pesquisados, só se revela verdadeiramente sob a mediação de suas lentes, de seu olhar, de suas reflexões” (OLIVEIRA, 2011, p. 63).

No processo de observador participante, foi preciso aprender a trabalhar essas diferenças, uma vez que, nas palavras de Oliveira (2011, p. 62), “tanto pesquisador quanto pesquisados são sujeitos e objetos numa pesquisa. Um emudece temporariamente para o que o outro se exprima”. Sem essa perspectiva, o pesquisador poderá não se reconhecer como objeto, isto é, “alguém que acolhe o que se vê e sente, que registra o que ouve, que procura captar a expressividade de outrem e que deve silenciar-se para que o outro possa exprimir-se” (OLIVEIRA, 2011, p. 63).

Os aspectos centrais observados foram registrados em blocos de anotações¹², ora em formato impresso, ora no formato eletrônico do celular ou do tablet. Os conteúdos se constituíram como parte integrante dos dados coletados durante a pesquisa de campo.

Essas informações serviram, ainda, como importantes balizas para a elaboração do questionário e, posteriormente, do roteiro de entrevistas como instrumentos integrados para ampliar o entendimento acerca das contradições e dos consensos entre as percepções dos trabalhadores da construção civil sobre a saúde e a forma como eles desenvolvem as práticas de autocuidado.

4.1.2.3.3 Questionário

No decurso da pesquisa de campo, tornava-se cada vez mais relevante o esforço para compreender o fenômeno informacional estudado, na perspectiva dos participantes. Nesse sentido, a dimensão contextual na qual esses sujeitos estão inseridos não poderia ser desconsiderada, sobretudo o ambiente do trabalho, onde eles permanecem a maior parte do dia.

O questionário foi incorporado à pesquisa, com a finalidade de explorar e complementar os dados captados inicialmente pelo exercício da pesquisa documental e da observação.

Souza, Meireles, Tavares e Menandro (2015) assinalam que

¹² Visto também como “Diário de campo”, nomenclatura que será indicada para recuperar notas de observação e registros fotográficos.

[...] os questionários se configuram como dispositivos normativos e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo. A semelhante ou diferente distribuição desses atributos entre os diversos grupos é avaliada em termos de significância estatística (SOUZA; MEIRELES; TAVARES; MENANDRO; 2015, p. 133).

Estrategicamente, sem perder de vista os objetivos norteadores deste estudo, o questionário deu ênfase à “saúde do homem no trabalho” em seu contexto profissional, com base nos seguintes propósitos:

- Mapear as faixas etárias e os níveis de escolaridade, tendo em vista que os dados cadastrais registrados nas pastas funcionais estavam desatualizados, conforme observado durante a pesquisa documental;
- Identificar a forma de admissão dos profissionais na construtora, tempo gasto por eles para chegarem ao trabalho e modalidade de transporte utilizada;
- Mapear o quantitativo de profissionais que possuem ou não plano de saúde e as razões que os fizeram acionar esse recurso pela última vez;
- Mensurar, quantitativamente, aqueles trabalhadores que se encontravam em dia com o tipo de vacinação exigida para atuarem no canteiro de obra;
- Identificar a frequência da utilização do protetor solar e os possíveis motivos que os impedem de fazer uso;
- Detectar o nível de satisfação dos trabalhadores em relação ao almoço concedido pela empresa e reunir possíveis sugestões de melhoria;
- Cotejar quanto à higiene com as mãos (antes e depois de ir ao banheiro), bem como a higiene bucal (após os lanches e almoço) e a limpeza dos talheres pessoais utilizados na empresa para as refeições.

Além de contribuir para a formulação do perfil dos trabalhadores, o questionário se constituiu como um instrumento exploratório, uma vez que potencializava a obtenção de dados descritivos no que diz respeito aos cuidados dos trabalhadores com a própria saúde em uma perspectiva mais global e contextual.

Antes da aplicação do questionário¹³, aguardou-se um período para o estabelecimento de interação entre pesquisador-sujeitos do estudo. Tal conduta possibilitou que os trabalhadores assimilassem a presença de um membro externo, de forma sistemática no ambiente laboral.

¹³ Roteiro disponível no Apêndice D.

Durante o intervalo de espera, realizamos pré-testes¹⁴ orientados para avaliar a adequação dos termos, a ordem e o quantitativo das questões, atividade que se constituiu em uma oportunidade para definirmos a melhor ocasião para aplicar o referido instrumento.

Após uma reunião de equipe da empresa, os trabalhadores foram convidados a responder ao questionário de forma voluntária. Muitos optaram por preencher o questionário ali mesmo, no espaço da reunião, antes de retornarem ao posto de trabalho.

De forma operacional, disponibilizamos uma caixa coletora, colocada perto da entrada principal do refeitório. Assim, cada trabalhador poderia livremente depositar seu formulário preenchido. No entanto, 15 trabalhadores solicitaram auxílio para o preenchimento, justificando que tinham “pouca leitura”.

Ao final do expediente daquele dia, contabilizamos o retorno de 64 respondentes, ou 55,7% do universo de trabalhadores da obra. Como desdobramento da experiência da aplicação do questionário e das vivências em campo, consideramos pertinente aprofundar na obtenção de dados mediante entrevistas.

4.1.2.3.4 Entrevistas

Ao lado da pesquisa documental, da observação e do questionário, a entrevista se constituiu em uma estratégia importante para o aprofundamento da realidade investigada, na medida em que representa um momento especial da construção dos dados, de forma que a interação singular entre pesquisador e interlocutores, em um ambiente de confiança e empatia, possibilita o acesso a informações muito relevantes, geralmente interditas em circunstâncias usuais (CHIZZOTTI, 2003).

Minayo (2004, p. 98) reconhece a entrevista como “uma conversa com finalidade”, sendo permeadas por condutas de sociabilidade, que “terá maior sucesso de partir, gradativamente, de perguntas e assuntos mais amenos até os mais delicados” (DESLANDES, 2005, p. 169 - 170).

¹⁴ O pré-teste do questionário foi aplicado a dez trabalhadores do ambiente da pesquisa de campo que estavam fora do escopo da faixa etária estabelecida para a composição amostral. O referido instrumento foi elaborado para explorar tópicos de tema, do mais simples ao mais complexo, por meio de perguntas fechadas, de maneira idêntica para todos, sem alteração de ordem ou formulação, garantindo-se, ainda, a preservação do anonimato dos informantes. Ao terem acesso ao formulário do pré-teste, o técnico de segurança do trabalho, a técnica da edificação e o técnico de auxiliar de enfermagem assinalaram que o dispositivo tinha o potencial de contribuir para o aprimoramento das ações institucionais em termos da saúde do trabalhador e fomentar medidas de segurança em prol da prevenção de acidentes na obra.

O movimento de preparação do roteiro semiestruturado da entrevista foi elaborado em consonância com a ida diária ao campo, buscando estreitar os elos com os trabalhadores, sobretudo aqueles 13 que aceitaram fazer parte da amostra.

Sem perder de vista os objetivos da pesquisa, as perguntas do roteiro semiestruturado foram compostas em atendimento aos eixos que compõem o marco teórico desta investigação: a) informação e cultura; b) masculinidade e cuidado; e c) percurso e cultura informacional masculina em saúde.

No eixo informação e cultura, as questões das entrevistas tiveram como prioridade apreender a percepção dos homens acerca da saúde com base na dimensão da cultura e da dimensão informação. As perguntas do eixo masculinidade e cuidado convidaram os participantes a refletirem se o cuidado realmente é atribuição do universo feminino, se a saúde do homem é tratada de forma diferente da saúde da mulher no contexto social e se essas possíveis distinções se apresentam e repercutem no seio familiar. No eixo percurso e cultura informacional masculina em saúde, o interesse foi mapear e caracterizar o percurso informacional dos trabalhadores da construção civil em relação à saúde, buscando caracterizar, nos distintos depoimentos, os fatores que mobilizaram esses sujeitos a cuidar da própria saúde. Como desdobramento, procuramos, ainda, identificar e analisar os aspectos que poderiam restringir, limitar ou potencializar a prática do cuidado por parte desses homens.

Realizamos o exercício de três entrevistas-piloto e procedemos às respectivas transcrições. Com base nessas tarefas, aprimoramos o roteiro semiestruturado. As expressões que comportavam dubiedade foram suprimidas. Procuramos dirimir as dificuldades de assimilação identificadas com a substituição de palavras e termos mais simples presentes no repertório dos entrevistados.

As experiências do trabalho de campo de Bosi (1994), Costa (2008), Costa (2018) e Oliveira (2011) foram muito importantes para compreendermos a entrevista como um modo peculiar de relacionamento entre os sujeitos, de compartilhamento de experiências e obtenção ou troca de informações.

A leitura dos autores mencionados permitiu-nos entender que as entrevistas poderiam interromper o ritmo do trabalho dos informantes, que, atentos aos cumprimentos de suas atribuições e prazos, condicionaram a participação à autorização das chefias imediatas para se ausentarem de suas atividades. Diante disso, eventualmente, ocorreram alguns remanejamentos.

Na circunstância da marcação das entrevistas, o pesquisador já era conhecido entre os participantes do estudo. A construtora cedeu espaços privilegiados para a realização das entrevistas; sendo que, conforme a disponibilidade, elas poderiam ocorrer tanto em um dos apartamentos da cobertura, quanto em um apartamento-modelo, destinado à visitação externa dos interessados em adquirir o imóvel.

Ao combinar as entrevistas, esclarecemos aos participantes sobre o tempo de duração das conversas, razão pela qual optamos por realizar dois encontros.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente com cada entrevistado nos ambientes disponibilizados pela construtora. No primeiro encontro, além de parecerem ansiosos, os participantes demonstravam surpresa ao chegarem aos espaços preparados para as entrevistas. Eles reconheciam o que tinham feito naqueles ambientes e expressavam isso com muita satisfação.

Essas manifestações tornavam-se o ponto de partida das conversas. Na sequência, reiteramos os objetivos da pesquisa eram reiterados, enfatizamos os aspectos legais e éticos envolvidos e assinalamos a liberdade de interromperem a participação a qualquer momento, se assim desejassem, sem acarretar nenhum prejuízo pessoal. Em consonância com os fundamentos éticos e científicos pertinentes (BRASIL, 2012), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos, em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador responsável, conforme o modelo apresentado no Apêndice A.

Como atividade introdutória ao tema da pesquisa, realizamos duas ações: a) convidar os participantes a relatarem sobre sua rotina semanal, com a liberdade de compartilharem o que julgassem importante para caracterizar a dinâmica habitual desenvolvida nos ambientes nos quais estão inseridos; b) apresentar a proposta da entrevista, dando a conhecer os três principais tópicos que seriam abordados, no segundo encontro.

Em linhas gerais, mencionamos apenas que a entrevista tinha como centralidade três tópicos: conversar sobre como os homens da construção civil percebem sua saúde e cuidam dela; discutir se há padrões entre os homens na forma como desenvolvem o próprio cuidado e quais seriam suas origens e influências no dia a dia; e refletir se os homens da construção civil desenvolvem algum tipo de percurso

informativa para cuidar da saúde e quais seriam as pessoas e os lugares de apoio procurados nesta trajetória.¹⁵

Notamos que essa simples explicação deixou os participantes mais seguros diante dos receios verbalizados de não conseguirem responder às perguntas da entrevista. Ao final dessas atividades, marcamos o segundo encontro, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados; ocorrendo, geralmente, entre dois e três dias depois.

No segundo encontro, procuramos, de início, verificar se havia alguma dúvida sobre a conversa anterior. Felizmente, não constatamos o distanciamento revestido de uma postura de desinteresse; pelo contrário, notou-se o desejo claramente manifestado de colaborar.

Ao final do processo das entrevistas, podemos destacar que nos relatos predominava uma forma mais objetiva de narrar as experiências e vivências em relação à saúde. Isso exigiu uma atenção redobrada para aprofundar o diálogo em torno das particularidades e captar as diferentes visões e reflexões sobre as perguntas introduzidas. Os homens falavam pouco. Em algumas situações predominavam as respostas monossilábicas e os acenos com a cabeça, indicando uma posição alternada, ora para sim, ora para o não.

Os dois encontros foram permeados pelo acordo de compreensão e contribuíram para sedimentar os vínculos de confiança e respeito, à medida que eles se sucederam. No bloco de anotações, registramos as impressões que se destacavam aos olhos, sendo comuns os gestos de contentamento ao falarem dos filhos, das façanhas sexuais, do projeto da construção da própria casa, do medo de ficarem doentes e dependerem de terceiros, da insatisfação em relação ao irrisório salário diante dos lucros da empresa e da rotina árdua do trabalho, dentre outras peculiaridades.

Associada ao registro dessas observações, o uso consentido do gravador, durante as conversas, foi um suporte importante em prol de uma análise posterior desses depoimentos, além de uma surpresa positiva, por ninguém demonstrar constrangimento e objeção ao uso deste equipamento.

Se, de um lado, a realização das entrevistas não demandava saídas do espaço institucional, de outro lado, os barulhos e ruídos, característicos de um canteiro de

¹⁵ Roteiro de entrevista disponível no Apêndice C.

obra, atravessavam, eventualmente, a conversa. Tais episódios pediam uma postura de espera e compreensão de ambas as partes.

Pelas características físicas e estruturais dos espaços onde acontecia a coleta dos depoimentos, a entrevista proporcionava aos depoentes um pequeno momento de intervalo em relação à dinâmica extenuante laboral. Procuramos, então, deixar esses espaços mais acolhedores, disponibilizando uma estrutura adequada para recebê-los.

A vista livre e panorâmica proporcionada por esses ambientes exercia o papel de controlar o tempo, pois, diante da percepção que os entrevistados tinham da movimentação do lado de fora, as preocupações em retornar ao trabalho suspenso revelavam-se nos gestos e nas expressões deles. Por essa razão, procurávamos respeitar¹⁶ a duração média de 45 a 55 minutos para os encontros, como acordado com cada um dos participantes.

Considerando que para cada entrevista tivemos dois momentos, perfizeram-se 26 encontros. Com isso, a interação com os informantes e demais trabalhadores da empresa se consolidava. Nessa fase, a permanência na construtora alcançava quase oito horas por dia, o que nos possibilitou cumprir o cronograma das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

Ao final desse processo, durante a reunião coletiva promovida pela empresa, agradecemos aos trabalhadores pela cordialidade em compartilharem as experiências pessoais. Nessa circunstância, informamos que as idas à construtora seriam suspensas, pela necessidade de concentração no processo de análise interpretativa dos dados reunidos. Justificamos, ainda, que a interrupção das visitas ocorreria em função da mudança para o exterior, considerando o início do Estágio do Doutorado Sanduíche, em uma instituição canadense.

4.1.3 Fase analítica

Após três meses da Etapa 1 da pesquisa empírica, foi possível reunir um volume significativo de dados advindos do processo de observação participante, da pesquisa documental, da aplicação do questionário e das entrevistas realizadas.

Campos (2004) explica que

¹⁶ As entrevistas eram agendadas preferencialmente entre 8h e 10h ou entre 14h e 16h, sempre respeitando o horário de almoço de uma hora, entre 12h e 13h.

[...] a fase de analisar os dados, na execução de pesquisa científica, seja um dos momentos mais nevrálgicos e a escolha do método ou da técnica para sua realização necessita do pesquisador muita atenção e cuidado. Essa escolha realmente tem que ser adequada e proporcionar a exploração dos dados em toda a sua riqueza e possibilidade (CAMPOS, 2004, p. 611).

Ao ponderarmos sobre esses aspectos, consideramos pertinente adotar a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), associada à Hermenêutica Dialética, formulada por Gadamer (1999), revisitada por Minayo (2008), como um caminho analítico interpretativo.

De acordo com Bardin (2016), o termo *análise de conteúdo* designa

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

Segundo essa autora, a análise de conteúdo consiste em uma técnica metodológica que pode ser aplicada em distintos discursos e em diferentes formas de comunicação, independente do seu suporte.

Para Câmara (2013), embasada nas formulações de Bardin (2016), o pesquisador poderá

[...] compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (CÂMARA, 2013, p. 182).

É importante recuperar que Bardin (2016) indicou três fases fundamentais para se realizar a análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados por meio da inferência e da interpretação.

Neste estudo, os dados da pesquisa documental foram armazenados em planilhas eletrônicas no Excel, as respostas do questionário foram tabuladas com base no *Google Forms* e os registros da observação participante e as transcrições das entrevistas¹⁷ foram sistematizados por meio do *Software Nvivo*, cujas licenças para uso foram concedidas pela *Faculty of Information & Media Studies* (UWO) e pelo Laboratório de Culturas e Humanidades Digitais (Labcut) do PPGCI-UFMG.

Ao reunirmos esse acervo de conteúdo, constituímos o *corpus* a ser analisado. Diante disso, procedemos à leitura flutuante desse *corpus* repetidas vezes, com o

¹⁷ As entrevistas foram transcritas na íntegra e os depoentes tiveram acesso aos registros.

intuito de apreender, de forma global, as ideias e seus significados gerais. Essa fase foi muito importante, pois o contato com a totalidade dos dados permitiu rememorar as impressões advindas da interação cotidiana com os sujeitos da pesquisa e nos permitiu desenvolver as ações subsequentes.

Passamos, em seguida, a selecionar as “unidades de análise” com base na orientação temática¹⁸, incluindo palavras, frases, trechos das entrevistas, notas de registro de campo e sentenças-chave presentes nos roteiros de observação, das entrevistas semiestruturadas e do questionário.

É possível argumentar que a seleção por essa ou por aquela unidade temática considerou uma conjunção de interdependência entre os objetivos da investigação e seus pressupostos e as fundamentações teóricas e conceituais adotadas para esta pesquisa. Neste constante movimento reflexivo envolvendo os objetivos da pesquisa, o marco teórico, os dados, e vice-versa, foi possível perceber a pertinência, a clareza e a relevância das unidades de análises selecionadas.

Ao buscarmos agrupar as unidades temáticas, optamos por fazer isso de forma não apriorística, a fim de avançarmos para o processo de categorização e subcategorização.

Segundo Bardin (2016) e Câmara (2013), podemos compreender as categorias como enunciados centrais, que abarcam um número variável de temas, conforme seu grau de proximidade ou intimidade, sem desconsiderar os distintos pontos de vistas dos sujeitos. Com isso, é oportuno ressaltar que o processo de agrupamento das unidades de análise que constituíram as categorias e as subcategorias desta pesquisa não foi apenas norteado pela repetição de conteúdos comuns à maioria dos entrevistados. Tal processo de agrupamento incluiu, também, temas e aspectos que se mostraram importantes, mesmo não tendo sido reiterados no relato de outros participantes, mas que guardavam singularidades e relevância próprias para o estudo.

Em decorrência dessas ações, prosseguimos em direção à terceira fase: a inferência e interpretação da análise do conteúdo.

¹⁸ De acordo com Campos (2004, p.613), “o tema pode ser compreendido como uma escolha própria do pesquisador, vislumbrada através dos objetivos de sua pesquisa e indícios levantados do seu contato com o material estudado e teorias embasadoras, classificada antes de tudo por uma sequência de ordem psicológica, tendo comprimento variável e podendo abranger ou aludir a vários outros temas”. Assim, para a autora, é difícil delinear com absoluta transparência os motivos da escolha deste ou daquele fragmento, sem levar em consideração que a relação que se processa entre o pesquisador e o material pesquisado é de intensa interdependência.

Segundo Bardin (2016), a inferência na análise de conteúdo se orienta por diferentes focos de atenção. Para a autora, o ato de inferir significa a realização de uma “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (BARDIN, 2016, p. 45).

No caso desta pesquisa, as inferências produzidas apontaram para a percepção da relação dos trabalhadores da construção civil com sua saúde, considerando o contexto social no qual esses sujeitos estão inseridos. Contudo, as inferências tiveram a função de nos conduzir no processo interpretativo, com o propósito de revelar aquilo que se escondia sob a aparente realidade.

Em outras palavras, importava-nos identificar os elementos subjacentes presentes na relação dos trabalhadores da construção civil com o cuidado da própria saúde, como os significados dos discursos enunciados: o que queriam dizer em profundidade e suas percepções e afirmações. Dessa maneira, foi preciso prosseguir a caminhada analítica à luz da Hermenêutica Dialética formulada por Gadamer (1999), revista por Minayo (2008).

Do ponto de vista conceitual, a hermenêutica, segundo um dos maiores estudiosos do assunto, Gadamer (1999), representa a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo a linguagem como seu núcleo essencial.

Ao revisitar esse conceito, Minayo (2008) assinala que “uma das ideias centrais que fundamentam a hermenêutica é a de que os seres humanos, na maioria das vezes, entendem-se ou fazem um movimento interior e relacional para se porem de acordo” (MINAYO, 2008, p. 85).

Assim, podemos considerar que

[...] a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação (MINAYO, 2008, p. 100).

No caminho reflexivo e interpretativo deste estudo, foi importante recuperar que a dialética apresenta uma dimensão distinta da hermenêutica. Como ciência, a dialética é a arte do diálogo, da pergunta, da argumentação e da controvérsia. A dialética, diferentemente da hermenêutica, procura nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura os núcleos obscuros e contraditórios, a fim de realizar uma crítica informada sobre eles (MINAYO, 2008).

O pensamento dialético, na perspectiva metodológica desta pesquisa, objetivou compreender as contradições presentes na relação dos sujeitos com sua saúde, buscando colocar em evidência os aspectos que limitam, restringem ou potencializam o protagonismo desses trabalhadores da construção civil no tocante aos cuidados com a própria saúde.

Para os propósitos deste estudo, do ponto vista operacional, a junção da hermenêutica com a dialética pavimentou o caminho analítico interpretativo, pois

[...] a hermenêutica se move entre os seguintes termos: compreensão como categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes e significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, é desenvolvida por meio de termos que articulam as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social. (MINAYO, 2008, p. 83-84).

Frota (2007), apoiando-se em Domingues (2004), acrescenta que a “busca pelo sentido é tarefa complexa e ampla uma vez que é o homem que indaga pelo sentido” (FROTA, 2007, p. 57).

No processo de construção da compreensão da realidade empírica desta pesquisa, optamos por analisar a coletânea dos dados construídos pelo viés hermenêutico-dialético, buscando alcançar a interpretação do fenômeno informacional estudado, em sua totalidade, pelo exercício reflexivo acerca do significado que é atribuído, *o modus significandi*, (DOMINGUES, 2004; FROTA, 2007), considerando os confrontos, as contradições e a crítica que se fazem presentes.

4.2 Pesquisa de campo – Etapa 2 (imersão realizada entre novembro de 2019 e junho de 2020)

Com base na análise preliminar dos dados coletados na Etapa 1 da pesquisa de campo, revelou-se iminente a necessidade de constituir uma nova etapa empírica, visando aprofundar e ampliar o entendimento acerca da relação dos trabalhadores da construção civil com sua saúde.

Foi preciso empreender esforços em prol de uma reaproximação com os sujeitos da pesquisa, uma vez que o contato presencial e cotidiano foi interrompido em razão da realização de um estágio sanduíche, na modalidade de pesquisador-visitante, na FIMS-WUO, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019, com bolsa Capes.

Durante essa formação complementar realizada no Canadá, mantínhamos contato com alguns entrevistados, via telefonemas e trocas de mensagens pelo *WhatsApp*. Havia um interesse mútuo em acompanhar os acontecimentos e os desafios do dia a dia.

Com o término do estágio sanduíche, em novembro de 2019, promovemos ações voltadas para alcançar os objetivos estabelecidos para a Etapa 2 da pesquisa de campo.

Seguindo a estrutura de apresentação da Etapa 1, atribuímos ênfase às principais atividades desenvolvidas, estando elas agrupadas em três fases – preparatória, exploratória e analítica –, as quais pretendem esclarecer a dinâmica desta Etapa 2, sem o propósito de realizar uma descrição engessada e linear. Pelo contrário, ao ordenarmos algumas ações, tivemos a intenção de demonstrar que elas foram desenvolvidas simultaneamente, de acordo com as necessidades requeridas pelo trabalho.

4.2.1 Fase preparatória

Iniciamos as atividades da Etapa 2 da pesquisa de campo na primeira semana de novembro de 2019. Foi possível identificar que o empreendimento que se encontrava em fase de concretagem das lajes durante a Etapa 1 já estava no processo de acabamento e entrega das chaves dos apartamentos aos proprietários.

Com base nos relatos e percepções dos entrevistados, apurou-se que ocorreram demissões em massa na construtora, atingindo parte dos 115 trabalhadores que integravam o universo empírico da Etapa 1. Dos 13 entrevistados, 6 continuavam com vínculo empregatício com a construtora. Destes, 2 atuavam no mesmo empreendimento relatado anteriormente e 4 tinham sido remanejados para obras da empresa localizadas no entorno do Distrito Federal.

Em dezembro de 2019, por telefone, concentramo-nos em contatar os 7 trabalhadores que haviam sido demitidos. Destes, 3 se mudaram de Brasília, 3 foram contratados por outras construtoras e 1 estava desempregado. Mediante os contatos estabelecidos com os 13 entrevistados, 5 manifestaram interesse e disponibilidade em participarem da Etapa 2 da pesquisa de campo (Tabela 4).

Tabela 4 — Composição da amostra da Etapa 2: Grupo Focal da pesquisa de campo

Faixa etária	Anuências (Etapa 1 da pesquisa de campo)	Anuências da Etapa 2	Nível operacional (Função exercida e idade) Etapa 2	Nível gerencial (Função exercida e idade) Etapa 2
20 a 29	4	1	• Servente - 24 anos	-
30 a 39	4	3	• Pedreiro - 30 anos • Pedreiro - 32 anos	• Encarregado de pedreiro - 33 anos
40 a 49	3		-	-
50 a 59	2	1	-	• Encarregado de instalações - 57
Totais	13	5	3	2

Fonte: Elaboração do autor.

Sob o prisma qualitativo, os princípios de definição amostral se basearam na busca de aprofundamento e de compreensão de um grupo social (MINAYO, 1993, 1994, 2012). Por essa razão, consideramos que o caráter intencional da amostra da Etapa 2 da pesquisa de campo, ao levar em consideração a predisposição dos sujeitos, buscou reunir um número suficiente de interessados vinculados ao contexto da construção civil cujas percepções e experiências sobre a saúde se objetivava ampliar. Nessa fase preparatória da Etapa 2 da pesquisa de campo, foi possível identificar as mudanças no cenário empírico e proceder à composição amostral intencional para a fase subsequente.

4.2.2 Fase exploratória

Ainda em dezembro de 2019, o objetivo era fortalecer os elos com os trabalhadores que aceitaram participar da Etapa 2 da pesquisa de campo, em um formato coletivo de grupo focal. Assim, procedemos às visitas individuais e programadas, em conformidade com a disponibilidade de cada profissional, que, em sua maioria, indicou o período do almoço como o momento mais apropriado para uma conversa. Nessas ocasiões, a intenção era estabelecer conversas livres, tendo como referência as formulações de Gonçalves Filho (2003):

A conversa abre portas para um lugar de pensar que ninguém ocupava antes de conversar; um lugar em que não ingressamos no isolamento e pede desprendimento do lugar familiar. [...] A comunicação com cidadão das classes populares pede muitos deslocamentos, pede várias vezes o deslocamento para bem longe de casa. Pede deslocamentos que dão em deslocamentos, deslocamentos de classe, e culminam num outro ponto de vista: literalmente, culminam num outro ponto no mundo de onde nossa visão vai ver o que não via antes (GONÇALVES FILHO, 2003, p. 23).

Prosseguimos em janeiro e fevereiro, priorizando as conversas livres, sem um roteiro-guia. Na companhia de cada trabalhador, seguíamos para os locais públicos próximos ao posto de trabalho, visando aproveitar os 15 ou 20 minutos restantes do intervalo de uma hora de almoço. Naquele momento, o propósito era estreitar os vínculos de confiança para além das paredes institucionais.

Outra forma encontrada para mergulhar na vida dos sujeitos estudados foi conhecer pessoalmente onde e como eles moram, como fazem para chegar ao trabalho, que linha de ônibus utilizam, em que ponto descem e por quais ruas caminham.

Passamos a andar a pé, realizando o itinerário do ônibus que eles tomavam, estabelecendo, dessa forma, um contato com os diferentes bairros do entorno do Distrito Federal. Conhecemos as feições das pessoas dessas vizinhanças e as estruturas sociais (posto de saúde, quadra de esporte, escolas, avenidas principais, praças, igrejas e hospitais regionais adjacentes) dos bairros Planaltina de Goiás, Planaltina, Santa Maria, Ceilândia e Samambaia.

Ao relatar essas experiências aos respectivos participantes, em relação às visitas realizadas aos bairros em que eles residem, os pontos de interlocuções se intensificavam. Ocorreu, em algumas oportunidades, o retorno aos bairros com o acompanhamento dos respectivos moradores.

A convite dos entrevistados, realizamos juntos o itinerário do trabalho para casa após o expediente ou durante uma visita no final de semana. Um lanche na padaria local ou na cozinha das casas dos participantes permitia estreitar os laços de confiança e oportunizava o conhecimento de seus familiares, os cômodos da casa em construção e seus planos.

Essas experiências contribuíram para a elaboração do roteiro semiestruturado que serviria de guia durante a aplicação da técnica de grupo focal com os 5 trabalhadores integrantes da amostra, mas, sobretudo, para estreitar os elos de confiança, respeito e afinidades.

4.2.2.1 Grupo focal – diretrizes teóricas, preparação e aplicação

Para Minayo (2006),

a técnica de grupo focal é largamente utilizada em avaliação, seja de forma combinada com entrevistas, seja com exclusividade. Constitui-se em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos, homogêneos, que atua de forma planejada para se obter informações relativas a um tema específico. (MINAYO, 2006, p.93).

Como há processos em uma dinâmica de grupos que não são vistos na interação em entrevistas individuais (GASKELL, 2019), a estratégia do grupo focal se apresentou como uma possibilidade de ampliar a perspectiva sobre o foco do estudo. O grupo focal proporciona “um ambiente mais natural e holístico, em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros” (GASKELL, 2019, p. 76).

Com base nessas diretrizes teóricas, a incorporação do grupo focal como técnica para a coleta de dados da Etapa 2 da pesquisa de campo visou potencializar a verbalização das vivências dos participantes do estudo, mediante a preparação de um ambiente coletivo e fora do contexto do trabalho, e o compartilhamento das percepções sobre saúde e ações desenvolvidas em prol do autocuidado.

Dito de outra forma, por meio desse movimento, buscamos aprofundar e ampliar a compreensão dos resultados obtidos na Etapa 1 da pesquisa de campo.

Utilizamos um roteiro semiestruturado, revisto e testado *a priori* com três sujeitos do contexto empírico não pertencentes à amostra do grupo focal. Ações como essa contribuem para o ajuste dos termos, das expressões e do ordenamento das questões, além de definir as estratégias mais adequadas para conduzir as quatro atividades previstas.

Em março de 2020, decidimos postergar a realização do grupo focal em função da pandemia do Covid-19 e de sua proliferação no contexto nacional. Nesse intervalo de espera, redefinimos o local do encontro para um ambiente localizado no perímetro mais acessível para a maioria dos entrevistados. Em 18 de maio de 2020, realizamos o encontro do grupo focal, resguardando e adotando medidas de proteção à saúde dos participantes, conforme os protocolos de biossegurança.

Nesse encontro, além do pesquisador, que assumiu as funções de entrevistador e de moderador dos debates, contávamos com a presença de uma

pessoa de apoio, para o registro das impressões e o suporte técnico operacional. Ao iniciarmos os trabalhos, às 9h30, fizemos as devidas apresentações. A disposição das cadeiras formava um círculo, facilitando uma visualização mútua de todos durante as atividades. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi lido, o qual, à vista da ausência de dúvidas, foi assinado por todos, em duas vias, ficando uma cópia com o participante e a outra com o pesquisador. Houve consentimento de todos quanto à gravação do áudio das discussões e ao registro fotográfico das atividades (APÊNDICE B)

Em torno das 11h30, fizemos um intervalo de 10 minutos. A finalização das atividades do grupo focal ocorreu às 13h, sendo servido um almoço, respeitando todos os protocolos de biossegurança.

No Apêndice E, encontra-se o detalhamento das instruções indicadas para cada uma das atividades. Contudo, cabe mencionar as quatro questões norteadoras e as respectivas estratégias construídas em prol de uma participação colaborativa, dinâmica, inclusiva e prazerosa (Tabela 5).

Quadro 9 — Questões norteadoras do Grupo Focal e estratégias facilitadoras

QUESTÕES NORTEADORAS	ESTRATÉGIAS FACILITADORES
Saúde – o que é para os participantes?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilização de um painel para anotação da pergunta norteadora com o propósito de fomentar as participações, registrando-as em local de fácil visualização. Distribuição de uma folha contendo um conjunto de 20 expressões aleatórias a fim de promover um conceito individualizado de acordo com a visão de cada participante, para posterior formulação coletiva do conceito de saúde.
Como você aprendeu, ao longo da sua história, sobre saúde?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No painel, distribuímos as palavras chaves: infância/adolescência; idade adulta e maturidade contendo as respectivas perguntas motivadoras: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Como foram as aprendizagens sobre saúde com os pais, parentes e amigos?</i> ▪ <i>Como foi a aprendizagem na fase adulta? Quais foram as informações recebidas?</i> ▪ <i>como o cuidado tem sido repassado no seu contexto familiar?</i> ▪ Em sequência, para ativar a memória em relação às experiências com a saúde/doença: realizamos um jogo de palavras contendo nome de doenças e causas de morte externas que acometem os homens e as mulheres. Os participantes foram convidados a identificar as doenças prevalentes ao gênero masculino. ▪ Como recurso de consulta e esclarecimentos de dúvidas: disponibilizamos um material contendo a definição das doenças conforme o dicionário terminológico adotado pelos profissionais da área da saúde.
Homem e sua saúde: mitos e verdades em relação às formas de enfrentamento de doenças;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No painel, foram apresentadas as seguintes perguntas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Os homens têm medo de doenças?</i> ▪ <i>Os homens “escondem” quando estão doentes?</i> ▪ <i>Quais são os tipos de ajuda que os homens precisam para vencer os medos e inseguranças provocadas pelas doenças?</i>
Corpo, saúde e trabalho: o trabalho coloca exigências ao corpo?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No painel, foram apresentadas, em destaque, as palavras: corpo, saúde e trabalho. Para fomentar a discussão, os participantes foram convidados a refletirem sobre a relação corpo-saúde-trabalho.

Fonte: Elaboração do autor.

4.2.3 Fase analítica

As formulações teóricas que respaldam a Etapa 2 da pesquisa de campo foram mantidas, a saber: a perspectiva de Bardin (2016) e a hermenêutica dialética de Gadamer (1999), revisitada por Minayo (2008), ambas mencionadas na Etapa 1.

A gravação das discussões do grupo focal foi transcrita na íntegra. Em seguida, procedemos às três fases, para a operacionalização da análise de conteúdo, segundo os preceitos de Bardin (2016): fases preparatória e exploratória, e tratamentos dos resultados, buscando estabelecer as inferências para fundamentar as interpretações, com base nos aportes teóricos que sustentam a pesquisa.

O produto dessa sistematização foi integrado aos resultados parciais da Etapa 1 da pesquisa de campo, de modo a identificar as complementaridades e interconexões entre os resultados da pesquisa em sua totalidade.

Antes de prosseguirmos, é importante destacar que os procedimentos metodológicos adotados fizeram dialogar diferentes abordagens e ações, haja vista que

[...] fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta de dados (MINAYO, 2012, p. 622).

A amplitude do objeto desta pesquisa demandou continua revisão e análises de literatura, cujo resultado proporcionou a constituição do marco teórico, direcionando, desde modo, as delimitações e formulações das chaves conceituais da presente investigação

5 ENTRE A OBRA E AS SINGULARIDADES: INTERLOCUÇÕES E VIVÊNCIAS COMPARTILHADAS

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados, nada de absolutamente original, portanto, um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma aproximação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais.

ROSÁLIA DUARTE

Considerando as etapas, fases, instrumentos, estratégias e procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa, é oportuno descrever e caracterizar seu universo empírico em termos de sua localização geográfica, composição e contexto no qual está inserido.

Na seção **5.1**, apresenta-se o canteiro de obra onde foi realizada a coleta de dados da 1ª Etapa do trabalho de campo, descrevendo o perfil dos trabalhadores no tocante a idade, vínculos empregatícios com a construtora, faixa salarial, níveis de escolaridade e tempo gasto com o deslocamento entre casa-trabalho.

No tópico **5.2**, enfatiza-se a dinâmica cotidiana dos 115 trabalhadores, em uma visão macro. Ao se debruçar sobre a rotina dos trabalhadores – ou seja, o que se repete e o que emerge dessa repetição –, a perspectiva da cultura informacional assume maior relevo, sobretudo para destacar os elementos que caracterizam a intrínseca relação conceitual-teórica entre informação, cultura, saúde e masculinidade(s), a partir da ótica dos trabalhadores da construção civil.

Como desdobramento dessa sistematização e em função das decisões metodológicas, direcionou-se o olhar para a dimensão das singularidades dos treze participantes que compuseram o estudo.

No tópico **5.3**, salientam-se os aspectos identificados nas entrevistas que particularizam os participantes (13) que concederam depoimentos, entre a 1ª e a 2ª Etapas da pesquisa de campo. Desse modo, será possível destacar situações históricas e as condições socioeconômicas, que conduziram os participantes em sua inserção no ramo da construção civil, além de assinalar a composição do arranjo

familiar, o valor atribuído ao trabalho, seus sonhos e as interações sociais estabelecidas.

5.1 Caracterização do *lócus* da pesquisa

Mediante a anuência institucional de uma construtora, a Etapa 1 da pesquisa de campo foi realizada, especificamente, em um canteiro de obra situado em Brasília, no Plano Piloto. Do ponto de vista histórico, pode-se indicar que a construtora detém muitos anos de mercado e é reconhecida em Brasília e no entorno do Distrito Federal, dentre outros fatores, pela quantidade de obras realizadas e pela atuação em outros nichos de negócios.

É oportuno esclarecer que durante a coleta de dados encontravam-se em edificação dois prédios residenciais, aqui denominados “Empreendimentos A” e “Empreendimento B”, ambos situados em uma região que possui um arranjo urbano estruturado sob o conceito de “cidade-parque”, o qual privilegia a predominância de áreas verdes e arborizadas entre os edifícios residenciais, cujos imóveis apresentam alto valor de mercado (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Enquanto o Empreendimento A estava na fase de acabamento das unidades, fachadas, jardinagem, iluminação e sinalização dos espaços coletivos e da entrega das chaves aos proprietários, o Empreendimento B estava na fase de estruturação e concretagem das lajes, da alvenaria e tubulação hidráulica e elétrica dos pavimentos.

As Figuras 3 e 4 retratam as respectivas fases desses empreendimentos.

Figura 3 — Empreendimento A



Fonte: Diário de campo, 18 jul. 2018, 16h25min

Figura 4 — Empreendimento B



Fonte: Diário de Campo, 18 jul. 2018, 16h25min

Os dados da pesquisa documental e as visitas de campo permitem identificar as similaridades entre os projetos de edificação, tendo em vista que para ambos foram projetadas duas torres, contendo cada uma seis andares, com quatro unidades residenciais por pavimento, totalizando 48 apartamentos. A diferença em relação ao tempo entre as fases da edificação do Empreendimento A e do Empreendimento B, além de prevista no planejamento da construtora, viabilizava uma logística de

execução das atividades. Nessa forma de gerenciamento, identificou-se que a empresa conduzia ações estratégicas de remanejamento dos trabalhadores, controle e circulação de materiais (almoxarifado único), bem como o compartilhamento de espaços de uso coletivo, como, refeitório, lavabo e banheiro/vestiário (Figura 5).

Figura 5 — Espaços de uso coletivo: refeitório e lavabo



Fonte: Diário de Campo, 24 jul. 2018, entre 12h e 12h25min.

Essa dinâmica de gerenciamento e controle demarcava o compasso dos 115 trabalhadores, que estavam sob contínua supervisão e eram orientados a cumprir com as atividades requeridas, conforme os cronogramas de execução dos respectivos Empreendimentos.

5.1.1 Universo populacional do estudo: composição e perfil dos trabalhadores

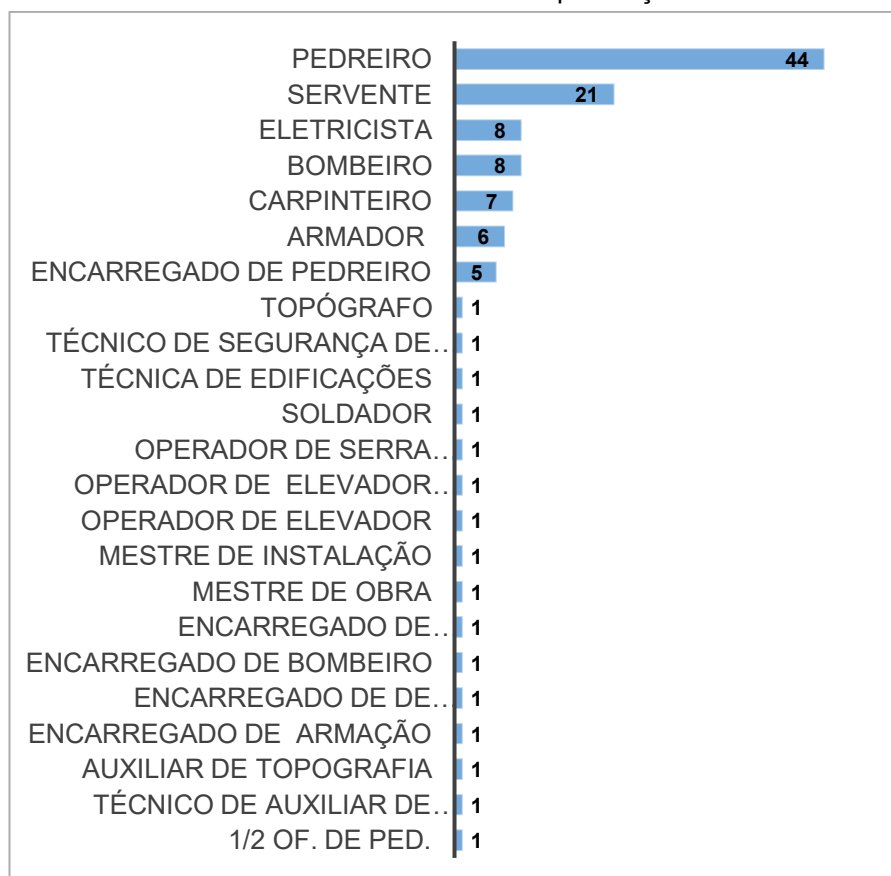
De acordo com Cantisiani e Castelo (2015) e os dados do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2020), o ramo da Construção Civil é predominante ocupado pelo segmento masculino. Identificou-se nesta pesquisa que seu universo populacional era composto majoritariamente por 114 homens, ou 99,13%, havendo apenas uma mulher, ou 0,87%.

Do ponto de vista das diferentes funções existentes no canteiro de obra investigado, constatou-se que havia a predominância de 44 pedreiros e 21 serventes. Essas duas funções somadas equivaliam a 58% dos trabalhadores distribuídos nos dois empreendimentos. Considerando-se, ainda, o quantitativo de profissionais associado às demais funções, observou-se que havia 8 eletricitistas, 8 bombeiros, 7 carpinteiros, 6 armadores 5 cinco encarregados de pedreiros e 2 operadores de elevador/carga. Havia, ainda, 14 modalidades de função, cada uma exercida por

profissional específico: topógrafo, técnico de segurança do trabalho, técnica de edificações, soldador, operador de serra elétrica, mestre de instalação, mestre de obra, encarregado de carpinteiro, encarregado de bombeiro, encarregado de almoxarifado, encarregado de armação, auxiliar de topografia, técnico de enfermagem e meio oficial de pedreiro.

O Gráfico 2 mostra o quantitativo dos profissionais por função exercida.

Gráfico 2 — Profissionais por função exercida



Fonte: Elaboração do autor, com base na pesquisa documental.

Com base na sistematização dos dados da pesquisa documental sobre o universo empírico e nas notas de observação do diário de campo, identificaram-se quatro níveis principais de hierarquia entre os trabalhadores que atuavam cotidianamente e diretamente no canteiro de obra, neste estudo denominados como:

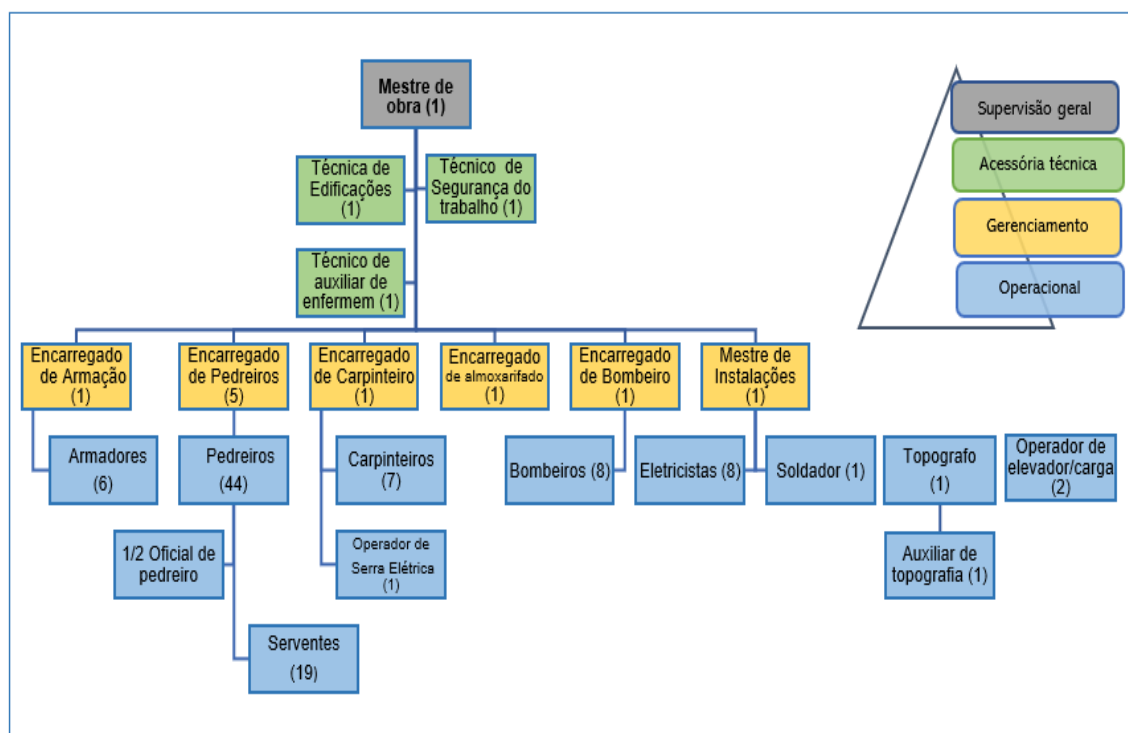
- Operacional (87% do universo): pedreiros, meio oficial de pedreiro, serventes, auxiliar de topografia, bombeiros, carpinteiros, eletricistas, operadores de elevador e carga, operador de serra elétrica, soldador e topógrafo.
- Gerencial (9% do universo): mestre de instalação, pedreiro, armação, almoxarifado, bombeiro e carpinteiro. Tais profissionais eram

responsáveis por pequenos grupos de trabalhadores que exercem a mesma função, com exceção do encarregado do almoxarifado, que atua sozinho no controle do setor sob sua gerência.

- Assessoria técnica (3% do universo): técnico de enfermagem, técnico de edificações e técnico de segurança do trabalho, cada qual, em sua esfera de atuação, mas todos subordinados ao mestre de obra. Em parceria, tal assessoria técnica tinha a missão de estabelecer estratégias integradas, voltadas para a produtividade, em termos do cumprimento do cronograma dos empreendimentos e em consonância com as legislações existentes no que se refere a segurança e prevenção de acidentes no canteiro de obra.
- Supervisão geral (1% do universo): um mestre de obra, cuja responsabilidade era coordenar todas as atividades dos dois empreendimentos, mediante a composição das equipes, da distribuição e do acompanhamento das tarefas, além de analisar o progresso dos respectivos cronogramas com os engenheiros e arquitetos, dentre outras atribuições.
-

Diante da composição dos quatro níveis de hierarquia, descritos, foi possível apreender que o fluxo de comando e controle no canteiro de obra era estabelecido com base nos moldes de uma estrutura hierárquica piramidal (Gráfico 3).

Gráfico 3 — Níveis de hierarquia observados no canteiro de obra



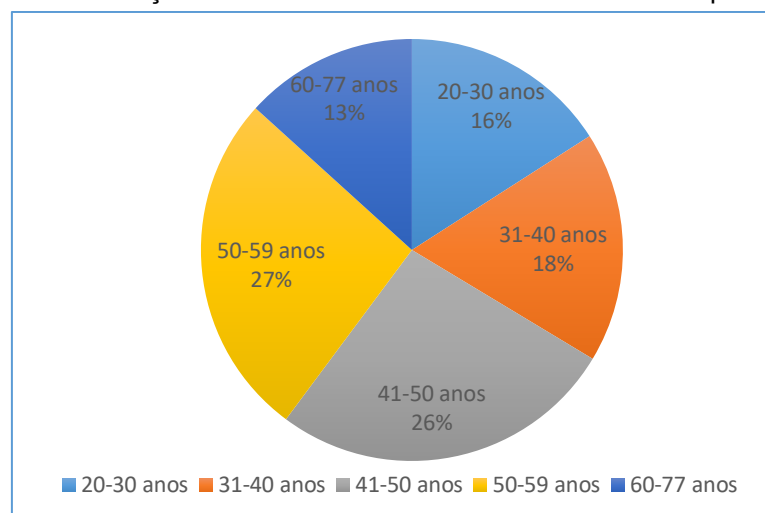
Fonte: Elaboração do autor, com base na pesquisa documental e nos registros de observação da pesquisa de campo.

A identificação da referida estrutura piramidal de comando e controle permitiu apreender a dimensão hierárquica no canteiro de obra e alguns elementos que a compõem, como, dinâmica e polos de interações entre os trabalhadores e fluxos informacionais a serem seguidos para solicitar/justificar uma ausência no trabalho por uma questão de saúde, dentre outras situações.¹⁹

No tocante à idade dos 115 trabalhadores entrevistados, identificou-se a prevalência da faixa etária de 50 a 59 anos, com 27%, seguida da faixa de 41 e 50 anos, com 26%. A faixa etária de 60 a 77 anos alcançou apenas 13% e a de homens mais jovens, de 20 a 30 anos, obteve 16%.

O Gráfico 4 sintetiza a idade dos trabalhadores que compõem o universo da pesquisa, por faixa etária.

Gráfico 4 — Distribuição dos 115 trabalhadores do canteiro de obra por faixa etária



Fonte: Elaboração do autor, com base na pesquisa documental.

Considerando as informações sistematizadas no Gráfico 4, depreende-se que ocorreu no universo empírico deste estudo a prevalência de profissionais acima de 40 anos, com 66%.

Os aspectos identificados coadunam com os apontamentos da literatura de que a Construção Civil é um ramo com significativa rotatividade entre os empregados com menor grau de experiência e ocupantes de funções de nível operacional, como serventes e pedreiros. Em contrapartida, os anciões, em razão dos conhecimentos

¹⁹ Cabe esclarecer que se reconhece a existência de demais níveis de hierarquias superiores ao do mestre de obra. Contudo, optou-se por fazer uma representação considerando os sujeitos trabalhadores alvos desta pesquisa e as relações de hierarquias presentes entre eles na dinâmica cotidiana.

adquiridos sobre a prática profissional, têm sido preservados como empregados remanescentes das obras finalizadas.

A correlação entre as funções e idade revelou que a remuneração é proporcional a tempo de serviço, piso salarial e ajustes anuais, com base nos dispositivos trabalhistas. Os dados revelaram que a grande maioria dos trabalhadores, perfazendo 75%, recebe remuneração correspondente a até dois salários-mínimos (em 2018, ano de referência, R\$ 954,00).

Considerando o contingente de 64 profissionais que manifestaram sua opinião no questionário sobre temas específicos, apurou-se que 82,8% foram admitidos na construtora mediante indicação de terceiros (colegas já vinculados à empresa); 46,9% gastam, em média, mais de três horas de deslocamento entre sua casa e o trabalho; e 87% utilizam o ônibus em seu deslocamento.

Considerando esse mesmo contingente, em relação aos aspectos associados ao autocuidado no ambiente laboral, os dados indicaram:

- 75% usam sempre os equipamentos de proteção individual;
- 78% não têm plano de saúde;
- 87% estão com a vacinação em dia;
- 64% não usam protetor solar;
- 98% gostam da refeição oferecida pela empresa;
- 95% lavam as mãos antes de ir ao banheiro;
- 100% lavam as mãos após irem ao banheiro;
- 98,4% lavam as mãos antes do almoço;
- 98,4% lavam os próprios talheres para as refeições;
- 78,1% escovam os dentes após os lanches;
- 82% escovam os dentes depois do almoço.

É importante ressaltar que os dados supramencionados, mesmo que apresentem uma relevante dimensão socioeconômica a ser analisada, não podem ser lidos e interpretados desconsiderando a dinâmica cotidiana desses sujeitos, permitindo confrontar e analisar os dados apresentados pelos participantes do estudo.

A percepção do universo populacional do estudo reflete não apenas a composição e o perfil dos trabalhadores que o compõem, mas, sobretudo, uma dimensão informacional acerca das estruturas e dos padrões organizacionais que subjazem a dinâmica do canteiro de obra e a atuação dos profissionais, conforme a discussão a seguir:

5.1.2 O canteiro de obra e a dinâmica dos trabalhadores

As observações empíricas confirmaram que os trabalhadores da Construção Civil eram regulados pelo controle de ponto (Figura 6).

Figura 6 — Controle de ponto



Fonte: Diário de campo, 18 jul. 2018, 16h55.

Eles costumavam chegar entre 6h15min e 6h45min para vestirem o uniforme. Nesse intervalo, o refeitório da empresa encontrava-se aberto para o café da manhã, concedido pela empresa, com direito a dois pães de sal/doce com manteiga, ou um pão de queijo, ou um pedaço de broa, tendo sempre como acompanhamento um pingado.

Às 7h, cada trabalhador assume seu posto de trabalho, quando recebe as orientações sobre as atividades previstas para o dia. Geralmente, os encarregados reúnem seus subordinados para a realização do Diálogo Diário de Segurança (DDS), cujo objetivo é orientar sobre a importância e a necessidade de cada funcionário observar as normas de segurança no trabalho e fazer uso dos equipamentos de proteção individual (EPI). Tais orientações ganhavam uma dimensão mais ampla e coletiva às segundas-feiras, quando o técnico de segurança do trabalho reúne-se com todos os funcionários no pátio da empresa. Além de reforçar as diretrizes de segurança e prevenção de acidentes, com o apoio do técnico de auxiliar de enfermagem, promove atividades de ginástica laboral, constando de exercícios de alongamento corporal ergonômico, considerando a rotina extenuante do esforço físico demandado no canteiro de obra. Observou-se, todavia, que não havia uma adesão de todos os trabalhadores em relação à prática dos exercícios. Muitos ficavam à margem,

apenas observando os outros colegas realizarem os alongamentos ergonômicos. Alguns justificaram como causas da não adesão o fato de que não gostarem, de não terem interesse e de que aquilo não adiantava, tendo em vista que a frequência era apenas às segundas-feiras.

A Figura 7 mostra os registros fotográficos produzidos durante as observações do DDS coletivo.

Figura 7 — Atividades de alongamento durante o DDS coletivo



Fonte: Diário de Campo, 9 de julho de 2018, 7h10min.

Em regra, as atividades coletivas de DDS eram encerradas com oração/prece e com os trabalhadores de mãos dadas. De forma costumeira, eles pediam por proteção divina contra acidentes no ambiente de trabalho e livramento de todos os males aos membros da família.

Esse aspecto chamou bastante a atenção por duas razões: a seriedade com que os trabalhadores se portavam durante esse momento; e o fato de, diante da diferença entre as religiões (Católica, Evangélica, Espírita e Adventista, dentre outras), a alternativa encontrada para congregar as distintas crenças consistiu em adotar o “O Pai-Nosso” como uma opção/oração coletiva e universal entre eles (Figura 8).

Figura 8 — A presença da oração nos momentos do DDS coletivo



Fonte: Diário de Campo, 16 de julho de 2018, 7h25min.

Ao voltar o olhar para a rotina dos trabalhadores, percebeu-se que as demandas de cada etapa da construção, além de sinalizarem as ferramentas e os insumos necessários, revelavam distintas especificidades de conhecimento entre os profissionais. Tal aspecto revelava os saberes de uma prática profissional que abarcava desde a fundação, a estrutura e o acabamento de uma obra.

No canteiro de obra, havia trabalhadores que executam atividades individualmente, em dupla, em equipe ou em grupos maiores. Porém, em todas elas observou-se que eles eram instruídos a fazerem uso obrigatório dos equipamentos de proteção individual, como, capacetes, botas e linhas da vida (equipamento de proteção contra queda de altura).

A Figura 9 retrata essa dinâmica do trabalho.

Figura 9 — Dinâmica do trabalho realizado no canteiro de obra



Fonte: Diário de Campo, 13 julho de 2018, período vespertino.

A observação das diferentes atividades desenvolvidas pelos trabalhadores evidencia que, depois de cinco horas de trabalho, esses profissionais ficavam cansados. Era notória a fadiga corporal e o anseio pelo horário do almoço/intervalo, pois a primeira refeição ocorrera antes das 7h, com o desjejum concedido pela construtora. Assim, 12h era o horário muito aguardado por eles, constituindo-se em um momento que também demarcava uma questão de hierarquia e segmentação. No refeitório, havia uma divisória separando a entrada destinada aos cargos de liderança e da administração (composto por 15 pessoas) e a entrada reservada para a maioria dos trabalhadores, vinculados ao nível mais operacional (em torno de 100 pessoas).

Outras diferenças eram nítidas: o tempo de espera e a forma como as pessoas eram atendidas. O menor grupo podia servir o próprio alimento, enquanto o maior precisava aguardar na fila para que o responsável pelo refeitório o servisse.

A Figura 10 retrata essa percepção do trabalho, iniciado às 7h, o cansaço antes do almoço e a extensa fila para o refeitório no horário do almoço.

Figura 10 — Dinâmica do trabalho e fila para o almoço



Fonte: Diário de Campo, 3 de julho, 2018.

O tempo de espera na fila era muito desproporcional em relação ao período de permanência no refeitório. Surpreende que, embora fossem grandes as porções de comida, a maioria dos trabalhadores tinha o hábito de comer em poucos instantes, algo entre 8 e 10 minutos. O alimento tem a função de suprir a fome e de refletir a dimensão da comensalidade (MOREIRA, 2010), traduzindo uma oportunidade de diálogo entre os presentes à mesa.

A Figura 11 registra momentos mais individuais dos trabalhadores durante a refeição do almoço. Foi possível constatar que poucos utilizam o lavabo para lavar as mãos antes ou depois das refeições. Em conversas livres com os trabalhadores, constatou-se que muitos se sentem desconfortáveis por não terem um lugar mais privativo para a higiene bucal.

Figura 11 — Almoço e higiene



Fonte: Diário de Campo, 30 de novembro de 2019, 12h20.

Percebeu-se, também, que a pressa em comer demonstrava diferentes interesses, por exemplo: jogar dominó ou futebol; ver os colegas durante as partidas; ler a Bíblia; utilizar o celular; cochilar; conversar; participar, no subsolo, de um grupo de oração; e pagar conta nas imediações da construtora.

A Figura 12 mostra registros fotográficos de algumas atividades realizadas pelos trabalhadores durante o intervalo do almoço.

Figura 12 — Algumas atividades realizadas durante o intervalo do almoço



Fonte: Diário de campo. 25, jul, 2015, período vespertino.

Não havia qualquer sinal sonoro que indicasse o término do almoço. Contudo, os trabalhadores ficavam em alerta e cumpriam o horário rigorosamente. É importante assinalar que às 17h, de segunda-feira a quinta-feira, encerrava-se o expediente. Porém, às sextas-feiras havia uma redução de uma hora na jornada de trabalho, conforme dispositivo trabalhista da área.

Apresentado um possível perfil dos trabalhadores da Construção Civil em termos de uma composição global associada à dinâmica do canteiro de obra, é importante prosseguir com uma caracterização dos 13 trabalhadores que participaram das entrevistas individuais, sendo que 5 também integraram a composição do grupo focal, conforme o processo de recrutamento descrito na seção metodológica desta pesquisa.

5.2 Singularidades dos sujeitos entrevistados

Para a caracterização dos 13 trabalhadores da Construção Civil que concederam depoimentos para o estudo, colocou-se em centralidade a relevância de se conhecer a rotina pessoal e os contextos sociais em que esses sujeitos estão inseridos, tendo como base os diferentes momentos de aproximação e interlocução com esses profissionais.

No esforço em retratar as percepções acerca das singularidades desses profissionais enquanto sujeitos da pesquisa, não se perdeu de vista o compromisso ético assumido de garantir o sigilo da identidade deles, mediante a preservação e a garantia do anonimato. Contudo, visando marcar – simbolicamente – a unicidade desses sujeitos, deixou-se explícito em seus relatos apenas o sobrenome, associado à respectiva profissão e à idade.²⁰

5.2.1 *Silva, pedreiro, 32 anos*

Na infância, residiu, com a mãe e os dois irmãos, em Pedregal/Goiás. O contato com o pai era muito pouco. Na adolescência, percebia que era importante ajudar em casa. Assim, começou a trabalhar como ajudante de obra, orientado por um parente que lhe ensinara o ofício. A maturidade veio em função dessas vivências. A ausência de oportunidade o privou do acesso aos estudos. Morava a 18 quilômetros do serviço, fazendo o trajeto de ida/volta por bicicleta. Declarou: “Com todo esforço e a duras penas”, conseguiu concluir a sétima série do ensino fundamental. Ainda na adolescência, foi em busca de emprego com carteira assinada, mudando-se para o estado de Goiás e depois para Brasília. Ao realizar serviços autônomos e mediante a

²⁰ No próximo capítulo, a partir da seção 6.2.1 será adicionada a sigla EI para indicar “entrevista individual” e GF para os relatos obtidos durante o grupo focal. Esse esclarecimento é para indicar aos leitores o contexto no qual os dados estão circunscritos.

indicação de um amigo, logrou ser contratado como pedreiro na construtora, em 2015. Hoje, aos 32 anos, revela grande prazer em exercer a profissão, realizando tudo com muito esmero. Para tanto, sempre se esforça para chegar no horário, pois “atrasos não são bem vistos”. Separado da esposa, manteve a guarda do filho, de 6 anos, a quem dedica atenção ao chegar do trabalho.

Nos fins de semana, gosta de lavar a moto e utilizá-la para passear nas imediações de Samambaia Norte, bairro onde mora, 31 quilômetros de distância do local da empresa. Saídas para diversões são praticadas somente quando tem dinheiro, algo muito raro, salienta. Dessa forma, fica mais em casa e procura fazer algo para descansar.

5.2.2 *Vieira, pedreiro, 22 anos*

Tem 22 anos, é casado e morador do bairro Ceilândia Norte. Chegou à empresa por meio de um colega, que o indicou para o processo seletivo. Com um ano de trabalho, conseguiu ser promovido de meio oficial para pedreiro. A alegria decorrente dessa conquista é relatada com satisfação. Gosta do trabalho que realiza na construtora e sempre procura se dedicar a suas tarefas. Mostra-se grato pela oportunidade de se tornar pedreiro em tão pouco tempo e reconhece que essa promoção foi significativa, por lhe assegurar uma pequena melhoria no salário. Diz ser “um sujeito mais tímido, mas prestativo” e que é um “homem de poucas palavras, mas de muitas atitudes”. Ao chegar do trabalho, costuma preparar o jantar enquanto aguarda a esposa retornar do serviço. Antes da refeição, o casal, frequentemente, pratica ginástica, utilizando um aplicativo pelo celular. Aos sábados, tem como atividade de lazer receber dois casais de amigos para um churrasco. No domingo, também prefere ficar em casa na companhia da esposa, com o intuito de descansar para o início da semana.

5.2.3 *Teixeira, pedreiro, 30 anos*

Nasceu em São Luiz. Aos 22 anos, mudou-se para Brasília, em busca de uma oportunidade de trabalho e realizar o sonho de construir sua própria família. Relatou que não conheceu o pai, sendo criado pela mãe e pelo padrasto, com quem mantinha bom relacionamento. Hoje, com 30 anos, aguarda a chegada do terceiro filho. Mora em Águas Lindas de Goiás, entorno do DF, 53 quilômetros, aproximadamente,

trabalho. Foi admitido na construtora graças à indicação de um conhecido, exercendo a função de pedreiro há dois anos. Mostrou-se grato por estar empregado e por fazer o que gosta, exercendo uma profissão que aprendeu quando adolescente na cidade onde nasceu. Nos intervalos do almoço, alterna-se entre o dominó e as partidas de futebol, na quadra em frente à obra. Ele declara: “Tenho um espírito de competidor”. Quando chega a casa do trabalho, dedica sua atenção aos filhos. Aos sábados, pela manhã, trabalha como voluntário na reforma da Igreja e fica em casa com a família na parte da tarde. Aos domingos, ele e sua família frequentam a congregação.

5.2.4 Meneses, encarregado de pedreiro, 33 anos

Nasceu no estado do Piauí. Junto com a esposa, aos 18 anos, mudou-se para o estado de Goiás, em busca de um emprego. De início, trabalhou como ajudante de horta. Depois de seis meses, trabalhou por quinze dias em uma construtora do ramo de demolição. Disse que essa função o deixava muito cansado. Decidiu, então, aceitar uma oportunidade de trabalho no Mato Grosso. Lá, residiu em Primavera do Leste, região de agropecuária, onde trabalhou como ajudante de lavoura e beneficiamento de soja e de algodão, durante quatro anos. Com o nascimento do filho, mudou-se para Brasília, motivado pela oportunidade de estudos, principalmente, para o filho. Um cunhado que trabalhava em uma construtora o indicou para uma vaga como ajudante de ladrilheiro, atividade que exerceu durante oito 8 meses. Com os conhecimentos adquiridos, foi contratado como pedreiro em outra construtora. Em seguida, fez um curso de mestre de obra profissionalizante, por perceber falta de conhecimento técnico da área. A partir dessa formação, assumiu o cargo de encarregado quando tinha 30 anos, função que o distingue entre os demais encarregados, situados na faixa de idade acima de 40 anos. Está sempre atento à dinâmica da obra, liderando, há três anos, um grupo de seis pedreiros e quatro ajudantes. Relatou que gosta muito de ler a Bíblia e temáticas relacionadas ao desenvolvimento humano, à mitologia, à psicologia, à filosofia e ao direito constitucional. Coursou até o segundo período de Pedagogia e almeja retornar aos estudos quando possível. Durante a semana, no intervalo de seu almoço, gosta de interagir com os colegas do trabalho, jogando dominó. À noite, após chegar do trabalho, gosta de ler, pois é um único tempo que consegue se dedicar à leitura, mesmo que por poucos instantes. Da sua casa ao trabalho, são, aproximadamente, 39 Quilômetros. Conseguiu articular uma carona de

moto com um colega da construtora. Nos finais de semana, gosta de desenhar caricaturas, além de ir, com a família, ao shopping, casa de amigos e restaurante.

5.2.5 Lima, topógrafo, 49 anos

É piauiense, casado e concluiu o ensino médio. Trabalha há 23 anos na construtora, sendo quinze na função de topógrafo. Mantém uma rotina de inúmeras demandas importantes para o desenvolvimento da obra. Durante o período de observação, estava envolvido no mapeamento topográfico dos dois empreendimentos relacionados ao canteiro de obra objeto desta pesquisa. Fazia também análise desses dados, ao elaborar e atualizar os mapas e as plantas arquitetônicas dessas edificações. Morador de Valparaíso, no entorno do DF, vive com a esposa e três filhos (19 anos, 16 anos e 10 meses). No intervalo do almoço, procura um lugar mais calmo, dentro da obra, para um cochilo. Lida com um problema crônico nos olhos, que o tem preocupado com mais frequência. Na parte da noite, quando chega do trabalho, frequenta uma igreja evangélica, às terças-feiras e às quintas-feiras. Nos finais de semana, retorna à igreja pela manhã e pela noite. No restante do tempo livre, gosta de ficar em casa com os filhos.

5.2.6 Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos

Atua como operador de retroescavadeira na construtora desde 2011. Pela característica de sua função, é direcionado para diferentes canteiros de obra da empresa, conforme a necessidade de cada empreendimento, realizando um trabalho “itinerante”, como assinala. Mora, com a esposa e o filho de quatro anos, no Jardim Planalto/Luziana (Goiás), cidade localizada, aproximadamente, 43 quilômetros do trabalho. Além de se mostrar muito comprometido com o trabalho, revelou interesse pela temática do estudo. Em seu horário de almoço, costuma dirigir-se a um lugar mais reservado, perto de sua máquina, para um cochilo entre 20 e 30 minutos, suficiente, segundo ele, por ter acordado às 04h30min da manhã para chegar ao trabalho às 6h30, com a obrigatoriedade de registrar o ponto e iniciar as atividades laborais às 7h. Ao retornar para casa, leva a esposa à academia enquanto o filho fica com a mãe. Aproveita o tempo para caminhar/correr em uma praça perto da academia, porém esclarece que nem todos os dias tem ânimo para fazer atividades físicas. Gosta de passar os finais de semana com os pais e sua família em uma roça quinze

quilômetros de Luiziana/Goiás. Retorna para casa no domingo, em torno das 20h, procurando descansar para o início da semana.

5.2.7 Silva, carpinteiro, 28 anos

É um jovem maranhense de 28 anos. Mudou-se, ainda adolescente, para Brasília, com o pai. Aos 14 anos, teve a oportunidade de aprender os primeiros passos da Construção Civil, como ajudante, por intermédio de um mestre de obra conhecido. Aos 18 anos, casou-se. Hoje, é pai de três filhos, de 10, 8 e 5 anos. A contratação pela construtora foi uma indicação do filho do mestre de obra, que já trabalhava na empresa. Mostrou-se muito responsável nas atividades, que desenvolve com dedicação e prazer. De servente, evoluiu para carpinteiro na obra, onde trabalha há cinco anos. No intervalo de seu almoço, gosta de alternar entre as atividades de jogar bola, participar dos cultos, dormir e disputar dominó. Ao final do expediente, prefere tomar banho em casa, preocupado em não “perder” o ônibus, que demora a passar. Quando chega, procura valorizar o tempo brincando com os filhos, orando e lendo a Bíblia. Frequenta uma congregação protestante às quartas-feiras, à noite, retornando aos domingos, para a Escola Bíblica, pela manhã, e para o culto, na parte da noite. Quando tem oportunidade, gosta de visitar os amigos e estar com a família para um banho de piscina.

5.2.8 Gonçalves, carpinteiro, 46 anos

Maranhense, mudou-se para Brasília quando tinha 17 anos. Inicialmente, morou com uma tia. Com o passar do tempo, constituiu sua família e passou a morar em Planaltina, onde vive com sua companheira, em regime de união estável, que perdura por 18 anos. Tem três filhos, de 26 anos, 18 anos e 13 anos. Do ponto de vista da formação escolar formal, tem o ensino fundamental incompleto, esclarecendo que desde cedo precisou trabalhar para se sustentar e ajudar em casa. Diante dessa realidade, pontua que “encaixar o estudo depois de um dia pesado de trabalho era muito difícil”. Declara que é um homem comunicativo e observador e que gosta de jantar pouco, procurando garantir um tempo suficiente para uma boa digestão antes de ir dormir, em torno das 23h. Nos fins de semana, ajuda nas atividades do lar, onde prefere ficar a maior parte do tempo, para “participar do aconchego da casa”. Quando

possível, gosta de desbravar cachoeiras da região do Distrito Federal, junto com os familiares.

5.2.9 Costa, encarregado de instalações, 57 anos

Divorciado há dois anos, depois de um casamento que durou 25 anos, é pai de uma mulher de 25, casada, e de um rapaz de 18 anos, que mora com a mãe. Coursou, na modalidade de Educação de Jovens e Adultos, a quarta série. Graças à experiência de trinta anos no ramo da Construção Civil, ocupa a posição de mestre de instalações da construtora, um cargo de liderança muito importante, cuja responsabilidade perpassa pelo acompanhamento de toda a parte elétrica da obra, sob a supervisão geral do mestre de obra. No período de observação, era frequente sua permanência na obra após o horário de expediente, pois, segundo ele, na Construção Civil há demandas que não podem esperar para o próximo dia. Mora sozinho, em Ceilândia, cidade satélite situada a 37 quilômetros do trabalho. Quando chega a casa, segue a rotina: toma banho, prepara o jantar, arruma a cozinha e descansa. Nos finais de semana, gosta de ir à casa da filha e participa, regularmente, do Encontro de Jovens, atividade da Igreja que frequenta aos domingos pela manhã. Em 1993, sofreu um acidente de trabalho, ocasionando a perda da visão do olho esquerdo.

5.2.10 Silva, encarregado de pedreiros, 59 anos

Completo o ensino primário. Ocupa uma posição de centralidade na construtora: encarregado de pedreiros. Aos 59 anos, ainda está na ativa, mesmo depois de aposentado, há dois anos, pois acredita que “é importante acordar com um destino, um lugar para ir, ter algo para fazer e não se acomodar na vida”. Mostrou-se bastante interativo com os colegas, demonstrando que busca exercer seu papel de liderança “fazendo junto”. Como conduta padrão, ele acompanha de perto as atividades de seus subordinados, alertando-os sobre os procedimentos de segurança, para reduzir os riscos de acidente no trabalho, e mobilizando a força de trabalho, para alcançar a produtividade estabelecida para o cumprimento do prazo da entrega da obra. Foi diagnosticado com diabetes, há dez anos, na ocasião em que pretendia doar sangue. Atualmente, lida com essa condição de saúde, buscando fazer negociações consigo mesmo em relação à sua dieta e à redução do seu peso. Já teve uma queimadura no rosto de tanto ficar exposto ao sol. Depois disso, não tira seu grande

chapéu de palha da cabeça que reveste o capacete de segurança. Esse acessório o diferenciava entre os demais nos ambientes por onde circula no canteiro de obra. Não usa o protetor solar, pois sente irritação nos olhos com o suor, além de esquecer, em alguns momentos, e não ter disposição de passar, conforme assinalado por ele. Casado há 27 anos, tem um filho de 26 e uma filha de 19 anos. Prioriza ficar com a família ao chegar a casa, depois da rotina habitual de trabalho. Nos finais de semana, também gosta de ficar em casa, além de lavar seu automóvel no sábado e passear com a esposa pelas imediações onde mora, em Ceilândia.

5.2.11 Silva, pedreiro, 35 anos

Aos 35 anos de idade, mantém uma união estável de onze anos. É pai de três crianças (5, 11 e 12 anos). Mora no Jardim Ingá, na região de Luziana, distante 51 quilômetros do trabalho. Em 2012, chegou à construtora por indicação do sogro. Inicialmente, trabalhou como ajudante durante um ano e, pela dedicação e aprendizado das atividades do canteiro de obra, foi promovido a pedreiro. Sente-se feliz por completar seis anos na função. Gosta muito da empresa. Tem o costume de jogar dominó com os colegas e gostaria de dormir para descansar um pouco, mas o tempo de uma hora de almoço é muito corrido. Depois do expediente do trabalho, prefere “banhar em casa”, pois a fila do chuveiro da empresa demora muito. Ao chegar a casa, gosta de brincar um pouco com os filhos, que ficam na creche das 7h às 19h. A esposa também trabalha fora e as atividades do lar são compartilhadas, tais como, cozinhar, limpar, lavar e passar a roupa. Nos finais de semana, a família fica em casa, pois, do ponto de vista econômico, é difícil sair com três filhos. Aos domingos, como forma de lazer, gosta de preparar churrasco em casa, levar os filhos à catequese e ajudá-los nos deveres escolares. É uma pessoa muito extrovertida e brincalhona, “mas com respeito”, como frisa. Ele expressa que “as dificuldades financeiras presentes na vida cotidiana de um operário da Construção Civil são concretas” e que “é importante descontrair um pouco com os colegas de trabalho”.

5.2.12 Oliveira, servente, 24 anos

É um jovem piauiense de 24 anos, que chegou a Brasília em 2013. Desde então, sempre trabalhou no ramo da Construção Civil. Embora recém-chegado à empresa, após indicação de um amigo, com apenas cinco meses de trabalho já exerce

certo tipo de controle, detendo em suas mãos as chaves da construtora. Em outras palavras, é o responsável por abrir e fechar as portas durante o expediente. Mantém uma relação amistosa e de proximidade com os dois ascensoristas, que o chamam/gritam constantemente: “Ô chaveiro!”. Atencioso a esses chamados, sobe e desce, corriqueiramente, pelos elevadores, escadas e rampas da obra para atender às demandas de abrir e fechar salas e depósitos. Mora com sua esposa, em regime de união estável, que já dura três anos. Tem um filho de um ano e dois meses. Reside em Planaltina do Goiás, distante 53 quilômetros da empresa. Costuma acordar às 4h30 da manhã, pois gasta 1h30min, aproximadamente, para chegar ao trabalho. Considerando que seu expediente se inicia às 7h, procura chegar uns vinte minutos antes, tendo em vista sua função de chaveiro da obra, não podendo, por isso, chegar atrasado. Tendo o ensino fundamental incompleto, sente falta de mais estudos para conquistar melhores oportunidades de trabalho e cuidar melhor da família. Sua maior diversão é passar tempo com sua família na casa da cunhada, em Paranoá. Nesse ambiente familiar, gosta de preparar um churrasquinho, sem renunciar a uma boa cerveja de acompanhamento enquanto disputam dominó. Gosta de ganhar as partidas e fica muito atento para que isso aconteça. Ainda como lazer, gosta de jogar bola com os amigos, às terças-feiras e quartas-feiras, à noite, perto de sua casa. Aos domingos, prefere ficar em casa, buscando descansar para o início da semana.

5.2.13 Sampaio, servente, 40 anos

Maranhense da cidade de São Luís, quando criança tinha sérias crises de pneumonia. Com muito empenho dos pais para arcar com os custos, iniciou a prática da natação como alternativa para aliviar as constantes crises respiratórias. Aos 13 anos, precisou deixar os estudos, pois o horário da escola não era compatível com o trabalho. Foi uma decisão tomada para seguir o conselho da mãe, que estabeleceu o trabalho como prioridade para o filho para ele alcançar a autonomia financeira desde cedo. Na fase adulta, deixou os pais e o filho na terra natal em busca de melhores condições de vida na Capital Federal. Trabalhou como servente em diferentes empresas do ramo da construção até ser contratado pela construtora, há três anos. Atualmente com 40 anos, mora no bairro Boa Vista/Novo Gama, distante, aproximadamente, 47 quilômetros do trabalho. Seu arranjo familiar é composto por sua esposa, com problemas de saúde oriundos de um AVC, e três enteados. Como hobby, gosta de ler livros de anatomia humana, por ter interesse em conhecer as partes do corpo e por aspirar a cursar medicina.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO: MODOS DE VIVER E VER AS QUESTÕES DE SAÚDE

Saúde é tudo. Sem ela não temos nada.

Costa, encarregado de instalações, 57 anos

Eu penso em saúde de uma forma também muito mais abrangente. Penso que a saúde preventiva seja significativa para nós e para termos uma vida de qualidade. Existe uma frase que, quando eu tive conhecimento dela, me fez mudar sobre alguns comportamentos meus. Alguém, questionando Dalai Lama, perguntou o que era o homem para ele. E ele disse que era um ser totalmente paradoxal, que vivia como se não fosse morrer e morria como não se tivesse vivido. Gastava dinheiro, gastava tempo e saúde atrás de dinheiro, e depois gastava dinheiro atrás de saúde. Eu vejo isso. Infelizmente, nós temos uma cultura que se gasta muita saúde para se ter dinheiro.

Meneses, encarregado de pedreiro, 33 anos

Saúde é uma palavra tão bonita e que pouco se dá valor.

Silva, pedreiro, 32 anos.²¹

No decorrer desta investigação, ficou nítida a importância de se compreender o que a saúde significa para os trabalhadores da Construção Civil e como ela se mostrava interpretada e dotada de sentidos para eles. Em função desse eixo condutor, considerou-se necessário trazer para esta análise os modos de ver e de viver as questões da saúde, indagando de que maneira tais elementos se encontram inseridos na cultura informacional dos trabalhadores deste segmento.

A caracterização do universo empírico descrito e apresentado no capítulo anterior nos permitiu compreender a dinâmica cotidiana dos sujeitos e sua relação com a saúde no ambiente do trabalho, tendo como base os dados estatísticos advindos da aplicação do questionário, das notas de observações e dos dados relativos à pesquisa documental.

²¹ Exemplos de percepções dos entrevistados da pesquisa a respeito do valor atribuído à saúde, com base nos depoimentos compartilhados durante o encontro do grupo focal.

A análise dos resultados deste estudo dá centralidade às dimensões qualitativas presentes na relação dos trabalhadores com sua saúde. Por essa razão, este capítulo tem por objetivo destacar os resultados e a discussão analítica em relação aos depoimentos dos sujeitos selecionados, com base nos critérios amostrais, incluindo as visões dos 13 atores que nos concederam entrevistas individuais, realizadas na primeira etapa da pesquisa de campo e os relatos compartilhados por 5 deles no encontro do grupo focal, que ocorreu na segunda etapa empírica.

Buscamos conjugar um olhar que enfatizasse as dimensões de interpretação e análise, com o propósito de aclarar, criticamente, as indagações norteadoras desta pesquisa. Ou seja: Como os trabalhadores da Construção Civil percebem a saúde e desenvolvem ações de cuidado? e Como se efetiva o acesso às informações em saúde?

Considerando os elementos supramencionados, assumimos como pressuposto o entendimento de que os processos de busca por cuidados são permeados por uma dimensão informacional, que pode ser caracterizada pelo acesso e pela produção de sentido acerca das informações em saúde.

Do ponto de vista estrutural, este capítulo está organizado em quatro subtópicos:

- **6.1** – sistematizam-se os principais aspectos que particularizam os 13 participantes desta pesquisa, tendo como base as singularidades apresentadas a respeito desses indivíduos no capítulo anterior.

- **6.2** – descrevem-se os principais sentidos de saúde atribuídos pelos participantes e o modo como esses significados se mostraram atrelados à dinâmica cotidiana, caracterizados, sobretudo, como condições necessárias à promoção da saúde.

- **6.3** – identifica-se como as práticas de cuidado dos participantes são circunscritas por modelos e padrões culturais que delegam à figura feminina (mãe, esposa ou filha) o papel social do cuidado como resultante de uma construção histórica.

- **6.4** – recupera-se o que emergiu das experiências dos homens entrevistados em relação ao acesso às informações em saúde, destacando os processos de busca, assimilação e apropriação dessas informações como conhecimento.

6.1 Os sujeitos entrevistados

Considerando a descrição das singularidades dos 13 participantes que concederam depoimentos, apurou-se que 5 (38%) são casados, 7 (54%) estão em união estável e 1 (8%) é divorciado.

Em relação ao plano de saúde, apenas 3 possuem assistência médica privada, contratada para lidar/acompanhar um problema crônico de saúde, como, diabetes, gota e glaucoma (Quadro 9).

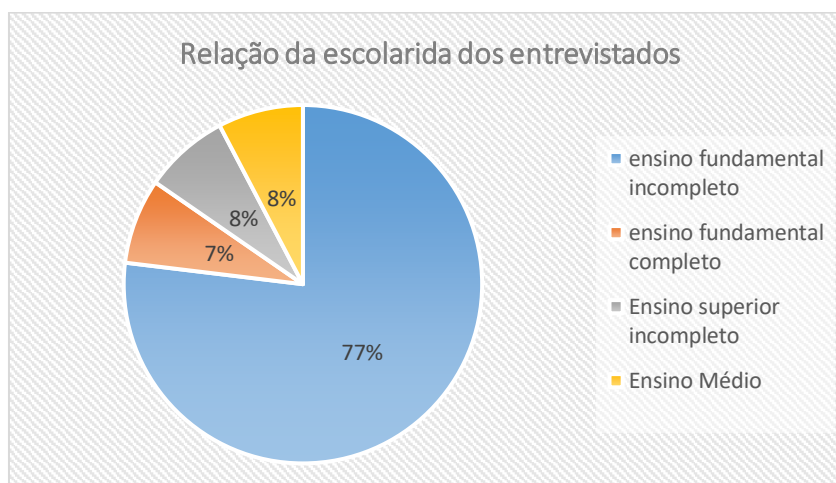
Quadro 10 — Relação dos sujeitos entrevistados

Participantes	Profissão	Idade	Status civil	Plano de saúde	Doença crônica
Silva	Pedreiro	32	União estável	Não	sem queixa
Vieira	Pedreiro	22	Casado	Não	sem queixa
Teixeira	Pedreiro	30	União estável	Não	sem queixa
Meneses	Encarregado	33	Casado	Não	Sem queixa
Lima	Topógrafo	49	Casado	Sim	glaucoma
Garcia	Operador de retroescavadeira	28	Casado	Não	sem queixa
Silva	Carpinteiro	28	União estável	Não	sem queixa
Gonçalves	Carpinteiro	46	União estável	Não	sem queixa
Costa	Encarregado de instalações	57	Divorciado	Sim	gota
Silva	Encarregado de pedreiro	59	Casado	Sim	diabetes
Silva	Pedreiro	35	União estável	Sim	glaucoma
Oliveira	Servente	24	União estável	Não	sem queixa
Sampaio	Servente	40	União estável	Não	sem queixa

Fonte: Elaboração do autor, com base na pesquisa documental

Nessa seção, é importante sistematizar uma característica significativa, relacionada à formação escolar, pois a maioria dos entrevistados (77%) não conseguiu completar o ensino fundamental, em função da necessidade econômica de trabalhar desde a adolescência, para ajudar na subsistência da família, tornando inviável conciliar os estudos com o expediente do trabalho.(Gráfico 5).

Gráfico 5 — Escolaridade dos trabalhadores entrevistados



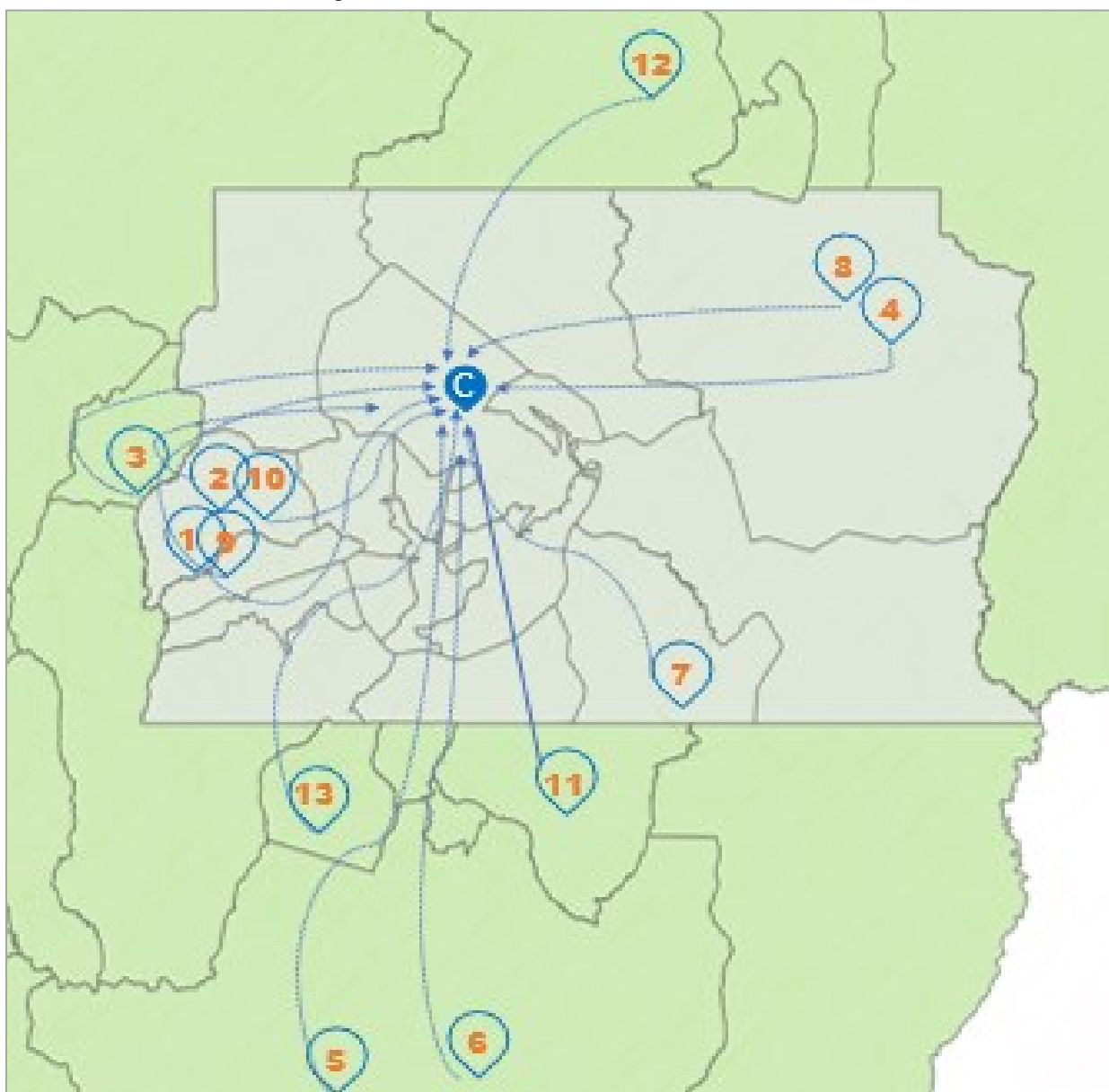
Fonte: Elaboração do autor, com base na pesquisa documental e na aplicação do questionário.

A partir das singularidades dos sujeitos da pesquisa, pôde-se apreender que houve em alguns casos um movimento migratório em direção à Capital Federal. Esse deslocamento remete às origens nordestina, às crenças e às esperanças por um futuro promissor para a família. A inserção e a aprendizagem do ofício tiveram como intermediários um membro familiar (pai e/tio) ou conhecido próximo, diante da necessidade de ter um trabalho para prover a subsistência, ainda na fase da adolescência. Contudo, trabalho e o estudo tornaram-se incompatíveis. A evasão escolar restringe a possibilidade de uma formação formal, mas não retira a capacidade desses indivíduos de exercerem o conhecimento advindo de sua experiência no ramo da Construção Civil, que contrata empregados com base nas indicações de terceiros.

A carência de um conhecimento formal, de outro lado, inviabiliza a mobilidade social dos trabalhadores da Construção Civil que moram distantes do trabalho. Com uma baixa remuneração, os sujeitos da pesquisa residem fora da esfera do Plano Piloto, cujo custo de vida alcança valores exorbitantes. Em média, os sujeitos entrevistados percorrem o trecho de trinta quilômetros (ida e volta), consumindo duas horas. Isso totaliza trezentos quilômetros em quarenta horas semanalmente. Majoritariamente, esses deslocamentos são feitos por meio de transporte público coletivo, que, na visão dos entrevistados, é demorado, cheio e causa muito cansaço e desconforto. Esses aspectos foram compreendidos como condições do cotidiano que afetam a saúde dos trabalhadores.

A Figura 13 apresenta a localização geográfica dos participantes e o tempo gasto por eles em seus deslocamentos de casa para o trabalho.

Figura 13 — Descolamento: casa e trabalho



Fonte: IGBE.

Legenda²²

Identificação do trabalhador, da região e da distância percorrida da casa para a Construtora (C)

Identificação	Bairro (residência)	Distância percorrida	Identificação	Bairro (Residência)	Distância percorrida
1 Silva (pedreiro, 32 anos)	Samambaia	31 km	8 Gonçalves (carpinteiro, 46 anos)	Planaltina	43,5 km
2 Vieira (pedreiro, 22 anos)	Ceilândia	32 km	9 Costa (encarregado, 57 anos)	Samambaia	31 km
3 Teixeira (pedreiro, 30 anos)	Águas Lindas de Goiás	53,3 km	10 Silva (encarregado, 59 anos)	Ceilândia	25 km
4 Meneses (encarregado, 33 anos)	Planaltina	43,5 km	11 Lima (topógrafo, 49 anos)	Valparaíso	45 km
5 Silva (pedreiro, 35 anos)	Jardim Ingá	47,5 km	12 Oliveira (servente, 24 anos)	Planaltina de Goiás	58,4 km
6 Garcia (operador de retroescavadeira, 28 anos)	Luziânia	60 km	13 Sampaio (servente, 40 anos)	Novo Gama	41,6 km
7 Silva (carpinteiro, 28 anos)	São Sebastião	21 km			

²² Para o cálculo das distâncias, utilizou-se o site: <https://www.google.com.br/maps>

Ao recuperarmos os elementos centrais que marcam as singularidades dos 13 entrevistados, fica explícito que há experiências comuns presentes nas histórias de vida e nas condições socioeconômica e culturais, que caracterizam como determinantes sociais de saúde, os quais limitam e restringem as práticas de cuidado e uma mobilidade social.

6.2 A saúde na ótica dos trabalhadores da Construção Civil: sentidos e práticas adotadas²³

Tendo como base os procedimentos de organização, tratamento e interpretação dos dados, explicitados no capítulo metodológico, identificamos três categorias temáticas²⁴ que retratam os sentidos de saúde de maneira predominante nas falas e nas entrelinhas de todo o conteúdo transcrito dos depoimentos e das notas de observação, a saber: saúde como ausência de doença, saúde como práticas de cuidado e saúde como bem-estar. Os elementos que caracterizam essas categorias serão descritos e analisados a seguir, conforme os desdobramentos dos tópicos.

6.2.1 Saúde como ausência de doença

O sentido de saúde como ausência de doença pode ser exemplificado em alguns trechos de entrevistas, os quais estabeleceram uma correlação explícita entre saúde e doença:

“Saúde é você não ter doenças.”
— Vieira, pedreiro, 22 anos | EI.

“Eu penso que saúde significa você não estar doente, não ter enfermidade.”
— Lima, topógrafo, 49 anos | EI

“Saúde, para mim, é você viver sem sofrer com doenças.”
— Sampaio, servente, 40 anos | EI.

²³ Cabe registrar o seguinte esclarecimento: neste estudo, os trechos dos depoimentos oriundos das entrevistas individuais serão identificados com a sigla EI. Já os trechos retirados do grupo focal serão representados com a sigla GF. A relevância desse esclarecimento justifica-se por indicar aos leitores o contexto no qual os dados estão circunscritos

²⁴ As categorias temáticas foram definidas pelo processo de Análise de Conteúdo cuja base teórico-metodológica encontra-se alicerçada nas formulações de Bardin (2006) e Minayo (1993, 1994, 2004, 2014).

De acordo com os referenciais teóricos, Batistella (2007), Machin *et al.* (2009), Figueiredo (2008), Nascimento e Gomes (2009), é comum as pessoas associarem o conceito de saúde à ausência de doença, uma vez que essa visão se mostra popularmente difundida. Neste estudo, encontramos outros relatos que reiteram esse entendimento, por exemplo:

“Em primeiro ponto, eu entendo que saúde é a gente ter um corpo sem doença. É você não sentir dores físicas”.
— Teixeira, pedreiro, 30 anos | EI.

“Eu vejo saúde como uma forma de você estar forte, não ter fraqueza. Então, eu acredito que saúde significa que você não está doente.
— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Saúde é você não ficar doente. Claro, né. Isso aí é óbvio. Ter saúde é você não compadecer com enfermidade. Eu penso que saúde é ter um corpo são.”
— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

No cerne dos relatos acima, observamos que há uma contraposição entre “ter um corpo sem doença” *versus* “não sentir dores físicas”; “estar forte *versus* não ter fraqueza”; “[...] não compadecer com enfermidade” *versus* “ter um corpo são”. Tal aspecto denota não apenas a dualidade presente em ter ou não ter um corpo saudável, mas revela, inclusive, que saúde como ausência de doença representa na ótica dos trabalhadores do estudo a preocupação em manter as condições físicas necessárias para o desempenho das atividades laborais, conforme podemos observar nos trechos abaixo:

“Na minha vida, o que eu mais prezo nela é sempre a saúde (...) Sem ela, como eu vou trabalhar? Adoecer, para mim, é como perder tudo.”
— Teixeira, pedreiro, 30 anos | EI

“Saúde é você, em primeiro lugar, ter um corpo saudável. Assim... [pausa na fala]. Eu vejo saúde como ter condições físicas para trabalhar. Você trabalhando está movimentando o seu corpo, e movimentando o seu corpo você está tendo saúde. Com isso, você está tendo energia.”
— Silva, pedreiro, 32 anos | EI.

“Saúde é você não ter algum tipo de doença e poder fazer as coisas que você precisa no dia a dia.”
— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | GF.

É relevante ponderar que os depoimentos supramencionados retratam a possibilidade de compreendermos o sentido de *saúde como ausência de doença*, tendo como centralidade o entendimento de saúde ancorado no aspecto físico do

corpo em termos de sua funcionalidade e capacidade para o exercício laboral. Essa perspectiva fica assinalada de maneira mais nítida nos seguintes depoimentos:

“Se você não tiver saúde, eu acho que você não vai ter nada na sua vida, né. Primeiro, tem que ter saúde. Tendo saúde, você consegue trabalhar.”

— Lima, topógrafo, 49 anos | EI.

“Sem o trabalho, eu não vou comer, né. É uma questão de sobrevivência. O trabalho é importante para viver. Você tem que trabalhar e precisa de ter saúde para isso.”

— Costa, 57 encarregado de instalações | EI.

O entendimento de saúde não é o mesmo para todos os entrevistados. Assim também, o sentido de ausência de doença caracterizará alguns pontos de vista reunidos acima, o sentido de práticas de cuidado é atribuído por outros como aspecto relevante para definir saúde e caracterizá-la, conforme descreveremos a seguir.

6.2.2 Saúde como práticas de cuidado

O sentido de saúde como *práticas de cuidado* foi identificado em diferentes depoimentos, sendo que prevenir acidentes; alimentar bem, não ter vício, ter higiene pessoal e ir ao médico foram os principais aspectos apreendidos nas narrativas dos participantes, os quais revelam uma associação entre os modos de ver e viver as questões de saúde. Isso porque, ao mesmo tempo em que indicam os sentidos que os trabalhadores entrevistados atribuem à saúde, remetem às práticas que adotam como condições necessárias para cuidar da saúde, conforme detalhamento adiante.

6.2.2.1 Prevenir acidentes

Concernente a prevenir acidentes como um sentido de saúde, citam-se os seguintes depoimentos:

“Eu acho que prevenir é uma forma de evitar a doença (...) A prevenção dentro da obra é muito importante. Pessoas passam e não observam possíveis acidentes. Vou colocar um exemplo bem simples: um pedaço de madeira com um prego para cima. Tem muitos que passam, veem, e não têm coragem de tirar aquela madeira dali e colocá-la em um canto, para não machucar alguém. Então, eu vejo a que prevenção é tentar ver alguma coisa e tirar do caminho para evitar acidentes. Prevenção é isso: prevenir-se antes. É ver e fazer.”

— Costa, 57, encarregado de instalações | GF.

“Prevenir é uma forma de cuidar da saúde. Mais prevenir do que remediar. Muitos dos casos acontecem com as pessoas querendo mais remediar do que evitar a situação na vida, do que se prevenir. É o que o médico mais nos aconselha a fazer: procurar se cuidar, ter mais disponibilidade de colocar em prática a prevenção de acidentes. Mas, muitas vezes, a gente só ouve como apenas um conselho.”

— Sampaio, servente, 40 anos | EI.

“Eu penso que prevenir é andar em lugares com cuidados, para não se machucar. É buscar evitar acidentes no trabalho, ficar o tempo todo em alerta e com muita atenção.”

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI).

Os depoimentos acima permitem inferir que o sentido de saúde associado à prevenção de acidentes caracteriza a percepção dos trabalhadores entrevistados de que o canteiro de obra apresenta riscos constantes, tornando-se necessário ter cautela:

“Nós trabalhamos em uma área de risco onde o nível de periculosidade é 3. Nós nos comparamos à indústria. Eu estou sempre levando isso para a minha equipe, dizendo: ‘Olha! Há um perigo iminente. Há um perigo iminente.’”

— Meneses, 33, encarregado de pedreiro |GF.

Essa dimensão dos riscos na Construção Civil fica mais evidente quando se analisam as estatísticas do setor. Dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho²⁵ revelam que entre 2012 e 2020 ocorreram 5,58 milhões de acidentes de trabalho no Brasil, o que representa um acidente a cada 50 segundos. Desses acidentes de trabalho, 119 mil aconteceram na Construção Civil e resultaram em 9.456 mortes em oito anos, tornando este setor o quinto com maior quantidade de acidentes. (SmartLAB, 2021). Ademais, o serviço nesse setor, por ser dinâmico e predominante braçal, exige do trabalhador movimentação constante durante todo o dia. Em algumas ocasiões podem ocorrer acidentes que podem ameaçar a saúde, como, quedas em altura, cortes e lacerações, lesões por esforços repetitivos, exposição a ruídos intensos e nocivos e exposição ao sol.

Alguns depoimentos revelam a preocupação com as medidas de segurança e proteção individual, conforme os trechos abaixo:

²⁵Organizado pela SmartLab (2021). Disponível em: <https://smartlabbr.org/saibamais/smartlab> . Acesso em: 15 ago 2021.

“Eu uso os equipamentos de segurança, capacete, óculos. Procuo ficar atento, sempre alerta, pois com um descuido posso me acidentiar ou colocar um colega em perigo. Então, eu sempre procuro usar os EPIs direitinho, mas observo que nem sempre todo mundo tem essa preocupação.”

— Silva, 28 anos, carpinteiro | EI.

“Na minha vida eu procuro não ficar tentando fazer as coisas para que venha piorar ou venha me acidentiar no canteiro de obra, porque o nosso trabalho é muito perigoso, principalmente em época que tem muita poeira. Às vezes, têm muitas pessoas que não se previnem muito com máscaras e outros EPIs. Eu procuro me prevenir. Eu tento usar o máximo de EPI disponível e fazer de tudo para não prejudicar a minha saúde.”

— Teixeira, 30 anos, pedreiro | EI).

Os depoimentos acima evidenciam o valor atribuído ao uso dos EPIs. O elemento mobilizador para a utilização desses equipamentos, em alguns casos, foi a experiência pessoal em relação a acidentes de trabalho ou ao conhecimento de situações vivenciadas por terceiros.

“Eu uso um chapéu de palha por cima do capacete, como você pode ver. É um chapéu bem grande. Comecei a usá-lo depois que eu sofri com uma queimadura no rosto de tanto ficar exposto ao sol. Como eu fico muito tempo exposto, só tiro o chapéu quando eu vou embora. O sol é muito forte. Ele queima demais sem você perceber. Agora, fico com esse chapéu que me protege bastante.”

— Silva, 59 anos, encarregado de pedreiro | EI.

“Eu gosto tanto de falar sobre prevenir no trabalho! Eu não sei se é porque já aconteceu muitas coisas comigo em relação a acidentes de trabalho. Eu acho que tem tudo a ver. Hoje, eu sou cego de um olho. Foi um acidente de trabalho, há muito tempo. Teve outra situação em que um prego entrou no meu pé. E olha que procuro ficar sempre atento, né! Eu gosto de falar disso, porque é importante falar e passar para os outros as nossas experiências.”

— Costa, 57, encarregado de instalações | GF.

“Antes, eu não me preocupava tanto com segurança e atenção, mas, com o tempo, fui percebendo que prevenir é importante. Eu vi um colega machucar. Ele ficou quase dois meses de licença, quase perdeu dois dedos da mão usando equipamento de serra. Depois disso, eu fiquei mais “ligado”. Não corto mais na serra elétrica sem o óculo, que é importante por proteger a visão. Já ando com ele aqui no capacete. Quando uso a serra, fico muito atento. Não quero passar pela mesma situação que meu colega passou.”

— Silva, 28 anos, carpinteiro | EI.

Outros participantes ofereceram narrativas que justificam a falta do uso contínuo dos EPIs no dia a dia como uma ação preventiva, conforme os seguintes trechos:

“Às vezes, por causa da pressa, eu esqueço de utilizar o protetor de ouvido e os óculos, né. Andamos com o tempo apertado e com os minutos contados. Muitas vezes, quando eu uso a makita para cortar o granito, eu penso que será rápido aquele serviço, e acabo não utilizando nem os óculos e nem o protetor auricular para diminuir o ruído.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | GF.

“Eu sei que usar o capacete é obrigatório, mas ficar com ele o dia inteiro na cabeça é muito difícil, pois incomoda bastante. No final do dia, estou com dor de cabeça. Então, não é em todo momento que eu uso, mas, quando ando pela obra, não deixo de usar, pois posso ser advertido pelo técnico de segurança.”

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI.

Na ótica desses participantes, pode-se assinalar que o ato de buscar o equipamento de segurança no posto de distribuição é compreendido como algo que poderá atrasar o serviço e que a dificuldade em fazer uso prolongado de alguns EPIs, como o capacete, pode ocorrer em função dos incômodos gerados.

No processo de observação empírica, identificou-se que a construtora apresenta protocolos de prevenção de acidentes, de forma a atender às legislações trabalhistas no tocante às normas regulamentadoras do setor. De maneira sistematizada, os DDS ocorrem entre as equipes de trabalho, havendo, inclusive, o reforço das instruções básicas de assuntos relacionados à prevenção de acidentes todas as segundas-feiras, às 7h da manhã, no pátio da empresa, com a presença de todos os trabalhadores do canteiro de obra, como detalhado no capítulo anterior.

6.2.2.2 *Alimentar bem*

Os depoimentos ressaltam a importância que os entrevistados atribuem à alimentação, considerada como fonte essencial para promoção da saúde.

“Saúde, para mim, é você cuidar da alimentação. Eu preciso me alimentar bem.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | EI.

“Na minha opinião, cuidar da saúde é você se alimentar bem. Primeiro lugar é se alimentar bem.”

— Silva, encarregado de pedreiro, 59 anos | EI.

“Para mim, saúde é você ter uma boa alimentação.”

— Sampaio, servente, 40 anos | GF.

“Acho que, se uma pessoa tem uma boa alimentação, ela terá uma boa saúde.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

Os relatos a seguir ressaltam o grau de relevância que os trabalhadores atribuem à alimentação.

“Eu me preocupo muito com a minha alimentação. Eu procuro me alimentar bem.”
— Sampaio, servente, 40 anos | EI.

“Sempre tento fazer uma boa alimentação, uma alimentação que seja saudável.”
— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Eu cuido da minha saúde de vários jeitos. Primeiramente, a gente cuida da alimentação, que tem que se alimentar bem, né.”
— Lima, topógrafo, 49 anos | EI.

A análise de tais depoimentos permite inferir que os participantes reconhecem a importância da alimentação com base nos qualificadores a ela atribuídos: “alimentar bem”, “boa alimentação” e “ter um bom alimento”. Para alguns entrevistados, é preciso evitar alimentos que possam causar mal à saúde; para outros, uma alimentação saudável representa ater-se ao consumo de alimentos que não possam agravar doenças crônicas, como, diabetes, pressão alta e gota.²⁶

“Eu procuro me alimentar bem. Estou fazendo uma dieta. Sou diabético. Faço uma refeição mais leve por causa da diabetes. Eu evito massa à noite, que é muito ruim para a pessoa com diabetes.”
— Silva, 59 anos, encarregado de pedreiro |EI.

“Na minha família tem um problema de diabetes. Não aqui, mas lá no Maranhão, onde mora a minha mãe. Não é toda comida que ela pode comer. Minha mãe gosta de comer tudo, mas não é tudo que ela pode comer. Ela tem que se prevenir, para que a doença não venha prejudicar mais. O diabetes é uma doença que requer atenção por causa das complicações. É preciso ter muito cuidado. (...) eu não gosto de comer muito doce, né. Como doce, mas é muito raramente. Eu não gosto. Eu não como todo tipo de comida. Se tem doce, eu já não quero. Eu até posso comer, mas não direto. Então, eu acho que isso é uma forma de prevenir também, né. Evitar comer doce. Essas coisas.”
—Teixeira, pedreiro, 30 anos |GF.

“Eu tenho gota e não posso comer de tudo. Eu não posso comer carne vermelha, pé de frango, moela, fígado. Nada de vísceras. Eu cuido da minha alimentação dessa forma: evitando comer essas coisas. E doce também eu não posso muito, pois na minha família o problema com diabetes por parte de mãe é hereditário. Minha mãe e minhas tias enfrentam esse problema. (EI). [...] Elas vão ao médico de mês em mês. Precisa fazer acompanhamento, fazer exame, para ver como é que está a glicose. E elas tomam um remédio. Tem um remédio que elas tomam que é insulina. Minha mãe tem que tomar duas vezes ao dia, porque está bem avançado a diabetes dela. É isso aí, né. Uma vida que a gente não quer.”
— Costa, encarregado de instalações, 57 anos |GF.

²⁶ A gota é uma doença inflamatória, que acomete, sobretudo, as articulações. Ocorre quando a taxa de ácido úrico no sangue está em níveis acima do normal (hiperuricemia). Fonte: www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/gota/.

Há situações em que uma alimentação saudável reflete o entendimento de uma refeição considerada balanceada em termos nutricionais, restringindo-a, entretanto, a um cardápio que não contenha itens considerados prejudiciais, como gordura.

“Alimentar bem significa comidas saudáveis [...]. Uma alimentação saudável precisa ser balanceada. Refeições coloridas, com legumes, frutas, carne, hortaliças, como dizem as campanhas de saúde.”

— Meneses, encarregado de obras, 33 anos | GF.

“Alimentar bem significa o caboclo comer um prato de arroz e ovo frito.”

— Oliveira, servente, 24 anos | GF

“Busco me alimentar de forma saudável. Procuo comer muitas frutas. Evito muito comida gordurosa. Outra coisa, eu procuro beber água, bastante água. Quando estou em casa, no final de semana, às vezes, eu encaixo no almoço aquele suco, suco de fruta mesmo: suco de acerola, manga, abacaxi, caju... São coisas assim que eu faço sempre que possível. São esses cuidados que eu zelo muito.”

— Sampaio, servente, 40 anos | EI.

Observamos, também, que a escolha alimentar é condicionada às condições financeiras, que impedem o consumo de uma alimentação desejada, baseada nos parâmetros considerados saudáveis por eles:

“A maior parte do meu tempo eu passo aqui na empresa e eu não tenho acesso a frutas e essas coisas assim com muita frequência em casa. Eu alimento praticamente aqui na empresa, o que eles dão na empresa.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

Os sujeitos da pesquisa consideram que a alimentação é de suma importância para suprir as necessidades do corpo, em face de uma jornada de trabalho extenuante:

“Para nós da Construção Civil é fundamental alimentar bem para dar conta do rojão, alimentar na hora certa. No dia a dia, eu acordo às 5h e chego ao trabalho às 6h. Pego pesado o dia todo. E pego esse sol quente, e tudo mais. Eu cuido da minha saúde bebendo bastante água, se possível.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | EI.

Subir e descer as escadas dos pavimentos em construção, descarregar caminhão de cimento, rebocar, assentar pisos e azulejos, pedras e granitos, fazer instalações hidrossanitárias ou de portas e janelas, dentre outras atividades que requerem resistência física, tudo isso se configura como elementos da dinâmica do trabalho. Pode-se inferir que, na ótica dos trabalhadores, “ter um bom alimento”; “alimentar bem” e “ter uma boa alimentação” representam o anseio de que o acesso

à alimentação saudável seja possível, conforme se depreende dos depoimentos e da observação empírica.

6.2.2.3 Não ter vícios

Para alguns entrevistados da pesquisa, saúde também incorpora o sentido de não ter vícios, em razão dos prejuízos que alguns hábitos podem provocar. A percepção dos malefícios que o cigarro, as bebidas alcoólicas e o uso de entorpecentes causam à saúde são explicitados nos seguintes relatos:

“Uma das coisas que estraga a vida de uma pessoa é se ela tiver algum vício. Vamos supor, beber e fumar. Principalmente fumar. Eu acho que fumar estraga mais que a própria bebida, na minha opinião. Beber eu não bebo. Como eu falei, eu sou diabético, e a bebida alcoólica me faz mal. Então, eu não bebo bebida alcoólica nenhuma.”

— Silva, encarregado de pedreiros, 59 anos | EI.

“Eu não fumo e não tenho o hábito de bebida no final de semana. Na minha opinião, esses vícios prejudicam a saúde”.

Sampaio, servente, 40 anos, | EI.

“Eu procuro não fazer coisas que podem me fazer mal mais tarde, tipo não maltratar meu corpo usando entorpecentes ou algo assim que possa me prejudicar no futuro.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

“Hoje eu evito bastante coisa. Álcool, nem pensar. É o pior de todos, para mim, por causa da gota. É tomar e eu já sinto alguma coisa. A batata da perna endurecendo é o primeiro sinal.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

Os depoimentos supramencionados deixam claro que os entrevistados têm consciência dos possíveis danos que os vícios podem causar à saúde. Isso se mostrou ainda construído a partir das vivências e experiências em torno da relação saúde-doença, sobretudo, no contexto familiar.

“Foi com a perda do meu avô que eu aprendi muito cedo o efeito negativo que o tabagismo tem na vida. Daí, passei a não gostar (...). Eu aprendi com um avô que teve câncer de boca por causa do cigarro. Nós o perdemos da pior forma possível. Desde a dignidade até o impacto visual, né, até a estética. Meu avô faleceu com câncer que tomava parte da boca. (...) Eu posso dizer que eu aprendi muito com o meu pai, que agora está acometido por uma enfermidade. A minha mãe tem gastrite. O meu sogro tinha diabetes. A minha sogra tinha pressão alta. Então, esses tipos de doenças nas nossas famílias vão fazendo com que a gente pense melhor a respeito daquilo que nos alimentamos, da forma como vivemos, da forma como lidamos com nosso corpo.”

— Meneses, encarregado de pedreiro, 33 anos | GF.

O alcoolismo foi um vício apontado pelos participantes do estudo como um problema que afeta o relacionamento familiar.

“Há alcoolismo na família. Um problema! Meu pai foi um homem que bebeu muito e só parou porque a idade pediu. Eu não posso falar que nunca tenha bebido. Já bebi, sim, mas com doses menores, o que não prejudicou ninguém da família. Meu pai foi exatamente o contrário. Foi o modelo que eu coloquei na minha cabeça que não posso fazer o mesmo, que não poderia seguir. Durante muito tempo, nosso relacionamento não era bom. Não existe relacionamento com pessoas que ficam o tempo todo bebendo. O relacionamento não é bom. Hoje, o tratamento é diferente. Eu chego hoje e beijo meu pai, eu o abraço, beijo, mas tudo isso é porque ele mudou. Parou de beber com as complicações que foram surgindo. Ele hoje tem 90 anos e é evangélico.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | GF.

“Meu pai bebia direto. Era alcólatra. Da cachaça da pesada mesmo. Eu, graças a Deus, tenho um caminho diferente ao dele. Eu até já bebi, mas me afastei. Nunca fui de bebedeira. Também, graças a Deus! Igual eu falei, eu quero ser diferente para os meus filhos. Quero ser espelho para eles. Eu não posso agir e fazer certas coisas, porque senão os meus filhos vão sofrer isso tudo.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | GF.

Os entrevistados entendem que o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais provocou distanciamento na relação pai-filho, gerando, inclusive, uma postura de vigilância em não reproduzir o comportamento paterno em relação a esse aspecto.

6.2.2.4 *Ter higiene pessoal*

Constatamos que o tema “higiene pessoal” é abordado ora com o sentido de saúde ora como prática necessária para o cuidado com o corpo, como confirmam os trechos a seguir:

“Eu acho que saúde é a pessoa ter higiene e não deixar se desleixar. É importante se sentir bem.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | EI.

“Saúde para gente é cuidar da gente mesmo, cuidar da higiene pessoal. Sentir bem para mim é saúde.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

A higiene pessoal é apontada como uma ação que promove a saúde e previne as doenças. As atividades rotineiras da vida diária, como, tomar banho, escovar os dentes e cortar as unhas, foram relatadas pelos participantes como importantes para o autocuidado, associadas à autoimagem e à autoestima.

“Ah! Eu penso que tomar banho, lavar o seu corpo, cortar as unhas e cortar o cabelo são formas de você cuidar da saúde, sentir bem! Sentir bem é ter saúde. É também andar com roupa limpa.”

— Silva, 32 anos, pedreiro | EI.

“Quando termino o meu expediente, eu prefiro tomar banho aqui na empresa, mesmo que demore um pouco por causa da fila para o chuveiro. Assim, eu não pego condução para voltar para casa suado. E o banho parece que tira um pouco do cansaço. [...] Eu tenho duas botinas. Uma eu deixo para trabalhar aqui na obra e a outra para vim para cá e voltar pra casa durante a semana de ônibus. Eu não gosto de sair por aí com os sapatos sujos de terra.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | EI.

Em uma perspectiva mais crítica, a questão da higiene pessoal também é observada considerando os riscos de doença, sobretudo, quando se compartilha o banheiro da empresa durante o banho.

“Saúde, para mim, é cuidar do corpo. Eu cuido da minha saúde limpando as minhas mãos. É importante deixar as unhas cortadas, pois debaixo das unhas acumula muitas bactérias, e a gente fica o tempo todo levando a mão no rosto, na boca, nos olhos e no nariz, levando bactéria para o próprio corpo. São meios de você se contaminar com determinada doença, e nem está sabendo. Então, dessa forma, higienizando bem as mãos e escovando bem os dentes, está se prevenindo contra uma doença qualquer. Por exemplo, falei os dentes. Por que escovar os dentes é importante? Além de você matar e combater as bactérias bucais, está evitando doenças pela higienização. [...] Eu uso chinelo para tomar banho, pois é uma forma de você prevenir micose nos pés, principalmente, por ser um local coletivo, onde muitas pessoas estão utilizando naquele momento. Se, porventura, você tiver algum machucado ou uma lesão na pele, não tem contato direto com aquelas secreções saindo do corpo das pessoas, onde as pessoas estão tomando banho, mijando ao mesmo tempo [...]”

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI.

A higiene com as mãos é reiterada pelos trabalhadores como forma de prevenir algum tipo de doença. Todavia, como observado na pesquisa de campo, poucos incorporaram o hábito de lavar os próprios utensílios e talheres utilizados em suas refeições. O depoimento a seguir revela e exemplifica essa dualidade de ações.

“Eu tomo muito cuidado. Lavo as mãos para almoçar e para comer alguma coisa. [...] Lavo bem as mãos antes de comer, ao ir ao banheiro, ao sair do banheiro. Hoje, eu tenho o meu próprio prato aqui no trabalho, que fica no meu armário. Quando eu vou almoçar, eu o lavo. Termino e lavo de novo. No outro dia, a mesma coisa. Isso é rotina. [...] A empresa oferece o almoço para todos os empregados. Mas cada funcionário tem que trazer o seu próprio talher (faca, colher, garfo, estas coisas). Veja o que acontecia: algumas pessoas começaram a passar mal, com problemas de diarreias. Muitas faltas. Muitos atestados. Eles identificaram que o grande problema era que a maioria dos empregados não lavaram bem os talheres. Mas eu observo que muitos nem se lembram de lavar. Pega assim e passa na própria roupa que está suja de poeira.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

Como forma de prevenir doenças, a questão da higiene mostrou-se como uma preocupação mais presente em face ao contexto da pandemia do Covid-19 e das medidas de biossegurança:

“Nessa época de pandemia, a gente usando máscara já estamos nos prevenindo. Todo mundo mascarado [risos]. Prevenir e fazer algo antes que alguma coisa aconteça, né. A gente ter higiene, lavar as mãos, usar álcool em gel é muito importante que todos façam.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | GF.

Há relatos que mostram que as práticas de cuidado pessoal são atravessadas por dimensões subjetivas, as quais refletem o modo como cada um lida com essa questão no seu dia a dia, sobretudo, no ambiente profissional, em que a produtividade é constantemente monitorada.

“Eu, no meu dia a dia, fico identificando colegas pelas conversas que dizem (“Deixa para lá!”), e pela pressa acaba não escovando os dentes e lavando as mãos. Antes de ir ao banheiro, você sabe o que eu costumo fazer? Antes de ir lá, eu lavo as mãos e lavo depois que eu retorno. Eu acho que o ideal é lavar antes de ir, porque você pega em material que rato mijá, coisas que ficam no depósito por muito tempo pegando poeira... Aí, você vai ao banheiro e pega nas partes íntimas com a mão suja. Não pode. Tem camarada que só lava depois. Eu observo. Mas eu acho que o certo é lavar antes e depois. Então, eu acho que é importante lavar antes de tocar na joia rara da família [risos].

— Gonçalves, 46 anos, carpinteiro | EI.

6.2.2.5 Buscar por atendimento médico e realização de exames periódicos de prevenção de doenças

A ida ao médico foi identificada como uma percepção de cuidado relacionada à busca de reparação de algum problema de saúde já existente.

“Eu entendo saúde como uma forma de você cuidar de si. Quando necessário, é importante procurar o médico, para ele dizer o que você tem que fazer para se recuperar.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | GF.

“Sempre que sinto alguma coisa, eu procuro ir ao médico. Principalmente por causa da diabetes, eu preciso ficar bem atento.”

— Machado da Silva, 59 anos, encarregado de pedreiros | EI.

Ir ao médico representa para os sujeitos da pesquisa uma forma preventiva de cuidado, ao se reconhecer a importância da realização de exames periódicos.

“Cuidar da saúde é sempre ir ao médico para fazer exames de prevenção de doenças. É importante fazer check-up, como os médicos dizem, e estar sempre se preocupando com a saúde, procurando se cuidar.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

Há, entretanto, alguns relatos que denotam comportamentos de procrastinação no cuidado.

“Às vezes, eu sou desleixado. Não procuro médico. Eu passo pelo médico, para falar a verdade, só quando eu vou fichar. Não sou de fazer exames. Não vou ao posto de saúde para fazer exames de prevenção nem para medir a pressão. Nessa parte eu sou desleixado.”

— Oliveira, 24 anos, servente | GF

Os depoimentos acima permitem inferir que as visões dos trabalhadores colocam em destaque a relação homem-saúde-atendimentos institucionais da área de Saúde, bem como aspectos que potencializam ou limitam o acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, cabe ponderar que nem todos os trabalhadores têm plano de saúde. Dos 13 entrevistados, apenas 3 relataram que contrataram o serviço porque enfrentam problemas crônicos de saúde, como, diabetes, hipertensão, gota e problemas de visão.

6.3 Saúde como bem-estar

No tocante ao bem-estar como sentido atribuído à saúde, identificamos que este aspecto está associado às questões emocionais tendo como base a convivência, interações e relacionamentos desenvolvidos.

“Eu me esforço para ter uma boa convivência em casa e no trabalho.”

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI.

“Uma das coisas que eu mais me dedico é construir bons relacionamentos com as pessoas.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | GF.

A convivência foi explicitada como elemento importante para a felicidade no contexto familiar, sendo também uma ferramenta para a construção de amizade no âmbito profissional.

“Ter boa convivência dentro de casa é importante para a saúde. Um lar que tenha felicidade faz parte também do significado de saúde, certo. Dentro da minha casa, eu procuro cultivar essa questão. Se eu tiver um casamento feliz com a minha esposa, estarei feliz dentro da minha própria casa. Para mim, isso é fundamental e conta bastante. No trabalho, procuro fazer muita amizade com os meus colegas, para ter um ambiente saudável também. Coisas que possam colher bons frutos, né.”

— Vieira, pedreiro, 22 anos | EI.

As observações de campo permitem destacar que as interações entre os trabalhadores, para além da esfera profissional, ocorrem durante as refeições, partidas de dominó e futebol, conversas no intervalo de almoço e reuniões de oração, dentre outras atividades de socialização.

Na esfera familiar, os depoimentos revelaram que os participantes dedicam o tempo livre às famílias, inclusive durante os finais de semana. Os encontros com os amigos mais próximos ocorrem com menor frequência, como relatado por eles. Como atividade recreativa de lazer, os exercícios físicos citados ficaram restritos à caminhada e ao futebol, conforme os exemplos reproduzidos abaixo:

“Eu acho importante fazer atividades físicas, mas não é sempre que eu faço. Eu procuro fazer uma caminhada, quando estou animado, mas preciso estar bem animado mesmo.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | GF.

“Eu gosto muito de jogar futebol no sábado pela manhã.”

— Vieira, servente, 24 anos - EI).

“Algumas vezes, eu caminho com a minha esposa.”

— Maranhão, 59 anos, encarregado de pedreiro, EI).

Foi possível observar que há maior constância na participação em atividades de cunho religioso, tais como, missa e culto evangélico, notadamente no domingo. Esse envolvimento repercute na forma de compreender a saúde e de se relacionar consigo mesmo e com os outros, como exemplificado no depoimento a seguir:

“Saúde é também viver em comunhão, uns com os outros. O segredo de tudo para nós hoje é o amor, porque, se você amando, não vai se sentir menor do que os outros. [...] Você tem que amar o teu próximo. Se você tiver amor no seu coração, eu creio que Deus vai acrescentar o melhor na sua vida.”

— Silva, carpinteiro, 28 anos | EI.

6.4 Masculinidade(s) e memórias do cuidado com a saúde: aprendizagens e atribuição de sentidos

Neste estudo, a relação do homem com sua saúde é analisada em sua dimensão social como uma prática dotada de significados que, referenciados por determinados valores, padrões e normas, dizem respeito a diferentes situações e aprendizagens, que ora reforçam a concepção histórica e enraizada de que o cuidado é atribuído ao feminino e ora colocam esse entendimento em questionamento, requerendo mudanças de olhar e de atitude.

Para compreender o modo como os trabalhadores da Construção Civil cuidam da saúde, é necessário entender como eles estabelecem as relações de cuidado. Isso implica não se ater apenas ao cuidado em si, mas também atentar para sua relação com outros elementos relevantes para a configuração do contexto em que as ações de cuidado se efetivam.

Por essa razão, foi oportuno recuperar que a noção e a prática de cuidado estão presentes desde a infância e protagonizadas pela figura da mãe, conforme os diferentes relatos:

“Quando eu era criança, minha mãe cuidava de mim e dos meus irmãos. Ela, inclusive, ensinou que devíamos cuidar uns dos outros. Os mais velhos cuidavam dos mais novos. Nessa época, meus pais já estavam separados: ‘Tá na hora de você tomar seu banho, pode banhar. Tá na hora de você dormir, vai dormir’. O cuidado era esse. E só olhava para não sumir, para não ir para rua.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | EI.

“A minha mãe era bem rigorosa. Cuidava muito bem da gente. Servia fruta pra gente. Ela cuidava da gente, assim, em questão de higiene. Me sentia muito bem cuidado.”

— Garcia, 28 anos, operador de retroescavadeira

“Na fase de criança, eu já tive pneumonia, catapora, bronquite também. Minha mãe cuidava e meu pai trabalhava para suprir as despesas da casa.”

— Vieira, pedreiro, 22 anos | EI.

“Minha mãe cuidava de mim muito bem.”

— Silva, carpinteiro, 28 anos | EI.

Os entrevistados destacaram que o cuidado exercido pela mãe não se restringia à higiene, à alimentação e à atenção dedicada no dia a dia e no enfrentamento de problema de saúde. Havia, sobretudo, o esforço para levar o filho ao médico para tomar vacina ou para preparar remédio caseiro, diante da falta de acesso médico e da restrição financeira para arcar com os custos de medicamentos.

“Quando eu era criança, eu morava no interior. Então, a gente não tinha muito meio e recurso. Não tinha médico, não tinha nada. A gente era mais cuidadoso com o remédio do mato. Minha mãe fazia bastante, pois não tínhamos dinheiro para comprar remédio ou procurar um médico particular em outra cidade. No interior, você sabe que o que mais tem é remédio do mato... Então, quando eu era criança eu lembro que eu frequentava bem pouco ao médico. Mas eu era bem cuidado pela minha mãe. Bem cuidado.”

—Teixeira, pedreiro, 30 anos | GF.

“Eu morava no interior. Situação muito simples. Minha mãe cuidava da gente com remédio caseiro.”

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI.

Pode-se inferir que a função do cuidado vinculado à figura materna prevalecia na fase da adolescência, haja vista que a recordação da presença paterna ficou associada a sua ausência no lar, principalmente no caso em que os pais eram separados ou quando esse pai ficava comprometido em prover as necessidades da família, delegando, assim, o cuidado dos filhos à companheira.

“Eu sofri muito na adolescência. Na época, as pessoas conheciam apenas como asma. Hoje, a medicina já destaca isso como pneumonia. Muitas crises de falta de ar. Minha mãe sempre me auxiliava muito nessas coisas. Para me ajudar, ela me colocou na natação.”

— Sampaio, servente, 40 anos | EI.

“Nessa fase, minha mãe sempre cuidava superbem de mim e do meu irmão. Meu pai trabalhava viajando, para cuidar da gente. Era muito difícil. Pouco dinheiro em casa.”

— Oliveira, servente, 24 anos | EI.

“Eu lembro que meu pai sempre ficava trabalhando, sempre correndo atrás do melhor para a gente. Estava sempre viajando. Quase não ficava em casa. Só dava mesmo para comer e ficar um pouco dentro de casa. Ele fazia isso para dar um pouco de conforto para nós, minha mãe e meus irmãos. Meu pai chegava sexta-feira e já viajava no domingo. Acho que a mesma coisa acontece comigo. A única diferença é que eu durmo todo dia em casa. Ele não dormia.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

É importante ponderar como os relatos supramencionados são carregados por elementos culturais que informam e caracterizam padrões de comportamento socialmente construídos, reforçando e legitimando o papel do cuidado atrelado à mãe e o de provedor ao pai. Essas vivências e aprendizagens em relação ao cuidado com a saúde no contexto familiar se desdobram na fase adulta, não só em sua reprodução, como indicado acima – “Acho que a mesma coisa acontece comigo” –, como também em termos da continuidade do protagonismo da mulher como a representante do cuidado da família e de seus membros, deslocando-se, no novo contexto, para a esposa/companheira.

“A minha esposa marca as minhas consultas e fica brigando comigo, insistindo que eu faça todo ano o exame de próstata e que eu cuide da unha encravada.”

— Silva, 59 anos, encarregado de pedreiro | EI.

“Na minha casa, minha ex-companheira brigava muito comigo direto para eu ir ao hospital, principalmente, por causa da úlcera, né. Eu nunca fui. Eu descobri um remédio que alivia a dor causada pela úlcera. Estou só remediando. Antes de eu descobrir esse remédio, que é o Omeprazol, que eu tomo. Rapaz, eu sofria demais!”

— Silva, pedreiro, 32 anos | GF.

“Minha mulher fala: ‘Vai ao médico olhar essa dor que está sentindo!’ Eu digo: ‘Deixa que depois eu vou’. Eu sempre deixo para depois. Às vezes, eu vou, mas não é todas às vezes.”

— Meneses, encarregado de pedreiro, 33 anos | GF.

Esses relatos são significativos para refletir acerca do protagonismo masculino no cuidado com sua própria saúde, considerando que desde a infância, a adolescência e a fase adulta, na realidade dos entrevistados a presença da mãe e, posteriormente, da esposa/companheira consolida padrões e modelos de dependência da mulher para o exercício do autocuidado. Ou seja, desde cuidar da unha encravada, realizar o exame preventivo anual de próstata e procurar um médico para tratar de um problema crônico no estômago, dentre outras possíveis situações de maior complexidade, os comportamentos masculinos foram amparados pela insistência da mulher.

O fato é que esses exemplos de atitudes revelam, dentre outros aspectos, a construção de uma *cultura informacional* sobre ser homem e sua relação com o cuidado. Apreender os elementos que caracterizam essa relação na ótica da masculinidade possibilitou identificar a maneira como ela emerge nas relações sociais e configura os modos de ver e agir em relação às questões de saúde por parte dos trabalhadores entrevistados.

Para os propósitos deste estudo, foi imprescindível pensar a masculinidade analiticamente a partir das relações de gênero, posto que sua própria constituição é fruto dessas relações. Porém, como discutido no referencial teórico, gênero não se refere apenas às diferenças sociais e culturais presentes nas atitudes, comportamentos e ações de homens e mulheres, mas também ao próprio corpo como estrutura que dá forma à produção dessas diferenças.

A investigação sobre o modo como os trabalhadores da Construção Civil cuidam da saúde permitiu identificar que eles atribuem significados às diferenças corporais, conforme os relatos reproduzidos adiante.

“A mulher parece que tem a saúde mais delicada, um corpo mais frágil, que exige mais um pouco de cuidado. O homem, não. O homem tem um jeito mais grosseiro, tem mais força física, não tem tanto cuidado como a mulher tem. A mulher tem mais cuidado que o homem.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

“A mulher se cuida mais, mas o homem é mais resistente. Eu acho não é porque eu sou homem, mas eu acho que o homem tem mais resistência, tem um corpo mais forte.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Eu acho que a mulher se cuida mais. Porque, assim, a gente vê que as mulheres procuram mais médicos que os homens. Hoje, a gente trabalha e fala sobre prevenções dentro da obra. Prevenção significa não acontecer acidente, né, para você não se acidentar. É prevenção. A mulher trabalha muito a prevenção com ela do que o homem com ele, que fica muito restrito às questões da prevenção no trabalho.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | GF.

“Eu acho que a mulher se cuida mais que o homem, que parece que tem um certo instinto, tipo ser mais forte, mais grosseiro. Eu creio que a mulher se cuida mais. É mais cuidadosa.”

— Silva, 28 anos, carpinteiro | EI.

Um corpo mais frágil *versus* um corpo mais resistente/grosseiro foi uma particularidade presente nos depoimentos, revelando-se como um importante elemento para justificar as fundamentações apresentadas pelos sujeitos da pesquisa quando desejavam distinguir a atenção dedicada ao cuidado com base nas características corporais entre homens e mulheres, tendo como referência o contexto familiar.

“A minha esposa faz prevenção direto. A cada seis meses, ou alguma coisa assim. Para ela, é como se fosse praticamente normal ir ao médico direto. Sempre que sente alguma dor, ela quer ir ao médico, para saber o que está acontecendo. Eu não sou assim. Eu vou de ano a ano, e olhe lá... (risos).”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | EI.

“Eu acredito que o homem deveria ir mais ao médico, se preocupar mais com a sua saúde, porque, depois que você descobre que tem alguma coisa grave, talvez seja um pouco tarde. Eu acho que a mulher é muito vaidosa e cuida mais. Eu vejo assim. Eu tenho uma companheira. Eu também tenho que seguir esse mesmo caminho. Então, eu preciso cuidar mais e passar a me tratar, a cuidar de mim. Tem homem que é muito relaxado.”

—Oliveira, servente, 24 anos | EI.

“Na minha família, eu cuido menos da minha saúde. Eu não fico muito doente. Eu já vejo a minha esposa. Ela periodicamente está no médico, levando os nossos filhos, cuidando deles, se prevenindo. As mulheres têm mais essa preocupação de se cuidar, de cuidar dela e de toda família.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

Os entrevistados consideram o corpo masculino como dotado de maior força e resistência. Inclusive, essa visão está associada à procrastinação no cuidado, identificada em muitos comportamentos, que também se mostraram revestidos pelo receio de descobrir algum tipo de doença diante de exame periódico de prevenção.

“Eu vejo que o homem é um ser humano que quase não procura um médico. As mulheres, não. Ao sentirem algo, elas já procuram o médico. O homem, não. Raramente ele procura um médico.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | EI.

“Eu acho que o homem é mais relaxado. A mulher, eu acho, é um pouco mais ativa. Qualquer coisinha, procura um hospital. Às vezes, o cara sente uma dorzinha, ‘Ah! Não. Amanhã passa’, e fica naquela mesmo.”

— Vieira, pedreiro, 22 anos | EI.

“Nós homens ficamos empurrando com a barriga quando precisamos ir ao médico. Acredito que alguns parece, têm até medo de ir ao médico. Um exemplo: eu conheço pessoas que dizem que não fazem o exame de próstata. Eu creio isso é prejudicial para a saúde. E a mulher, não. Direto ela vai ao ginecologista, faz os exames. O homem deixa mais a desejar.”

— Silva, carpinteiro, 28 anos | EI).

“Eu acho que a mulher se preocupa muito mais com a saúde que o homem. Tem muito homem machista que só vai ao médico se estiver sentido alguma coisa. Se não sentir nada, não faz revisão de exame, não faz nada. São poucos homens que fazem isso. Mesmo tendo plano de saúde.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

“As mulheres cuidam mais da saúde do que os homens. Homem, para ir ao médico, é um trabalho! As mulheres, não. Elas vão mais naturalmente.”

— Lima, topógrafo, 49 anos | EI

Sobre o modo como o corpo é percebido pelos sujeitos da pesquisa e de que maneira essa percepção produz as diferenças consideradas significativas entre homens e mulheres no cuidado com a saúde, diversas atitudes e hábitos usuais em torno do autocuidado foram observados, como, visão de mundo e costumes naturalizados, a partir da distinção de gênero.

Com base na concepção de que o homem tem um corpo mais resistente, a procrastinação é vivenciada como um comportamento aceitável, mesmo havendo a autocrítica que tal postura configura-se como uma atitude negativa para a própria saúde, em função dos possíveis agravos decorrentes de uma procura tardia por tratamento. Há o entendimento de que esses fatores são fruto de uma cultura já internalizada entre os trabalhadores de que devem procurar por cuidados só quando não suportam mais um problema de saúde que estiverem enfrentando.

“O homem é muito desleixado. Às vezes, eu sou desleixado. Não procuro médico. Eu passo pelo médico, para falar a verdade, só quando eu vou fichar na empresa. Não sou de fazer exames, não vou ao posto de saúde para medir a pressão.”

— Oliveira, servente, 24 anos | GF.

“O homem é mais relaxado. Muitas vezes, não quer cuidar da saúde. Já a mulher, não. Já corre, faz exame, vai a uma consulta conforme o médico orienta. Tem homem que prefere recorrer à ajuda quando já está em uma grave situação. Praticamente doente mesmo.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | EI.

“O mestre levantou uma bandeira que eu concordo”. Ele disse assim: ‘Eu não vou ao médico quando não estou doente. Eu vou porque adoço’. Caraca! Eu fiquei pensando: ‘O que isso quer dizer?’. Mas como assim se eu estiver doente? Eu vejo que isso é uma cultura entre nós. Hoje, eu penso diferente. Quando um subordinado meu vem e diz: ‘Eu preciso ir ao médico’, eu digo: “Vai, meu querido’.”
— Meneses, encarregado de pedreiro, 33 anos | GF.

De outro lado, há depoimentos que assinalam que o movimento tardio na busca por cuidado decorre do receio de perder o emprego ao precisar ausentar-se do trabalho para se cuidar.

“Na nossa classe, a gente não tem tanto tempo assim para cuidar da saúde como a mulher, assim, ficar indo ao hospital quando precisa. Com essa rotina de trabalho, se você faltar, corre o risco de ser dispensado. E, aí, como você faz?”
— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

Considerando os apontamentos dos trabalhadores da Construção Civil sobre a distinção de gênero e sua relação com o cuidado, é oportuno destacar o que emergiu das experiências deles, buscando captar, a partir desses elementos, a questão informacional que subjaz aos sentidos de saúde e às práticas de cuidados vivenciadas pelos sujeitos deste estudo.

6.5 Itinerário informacional dos trabalhadores da Construção Civil em relação às questões de saúde

Até aqui, o empenhou-se em demonstrar as potencialidades de se compreender a realidade social dos trabalhadores da Construção Civil em relação a sua saúde como um fenômeno informacional. A partir dessa perspectiva, foi possível apreender como os modos de viver e ver as questões de saúde, na ótica dos trabalhadores entrevistados, estão vinculados aos sentidos de ausência de doença, de práticas de cuidado e de um bem-estar que perpassa as dimensões física, social e emocional.

Os sentidos e as práticas identificadas retratam a cultura informacional dos trabalhadores da Construção Civil acerca de seu entendimento sobre a saúde e as práticas de cuidados apreendidas e incorporadas no cotidiano, ao mesmo tempo em que revelam como os trabalhadores procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde.

É importante reiterar que a proposição conceitual de cultura informacional como uma categoria analítica adotada para esta pesquisa proporcionou a oportunidade de apreender, de maneira crítico-reflexiva, os distintos aspectos do contexto social dos

trabalhadores da Construção Civil e as diferentes interações estabelecidas por eles em torno do cuidado com a saúde, além de perceber o desenvolvimento de um *itinerário informacional* percorrido por eles na busca por cuidados, conforme a discussão a seguir.

6.5.1.1 A busca por cuidado

Nesta pesquisa, diante dos diferentes relatos reunidos, foi possível identificar que no processo de busca por cuidado encontra-se subjacente uma dimensão informacional. A análise dos depoimentos revelou que há distintos itinerários na busca de atenção à saúde por parte dos trabalhadores da Construção Civil em diferentes espaços sociais.

O contexto familiar foi identificado como o principal ambiente no qual os sujeitos da pesquisa procuram orientações para resolver suas demandas ou problemas de saúde. Atrelado a essa percepção, identificamos, mais uma vez, o protagonismo feminino, representado pela figura da mãe, esposa/companheira ou filha. Essas figuras femininas, cada uma a seu modo, atuam como fontes de informações, cuja credibilidade está alicerçada pelos vínculos de afeto e convivência, além de reconhecer nesses elos uma fonte de saberes e de experiências de vidas.

“Quando eu estou sentindo alguma coisa, eu falo com alguém da minha confiança: ‘Estou sentindo dor tal’. Geralmente, a primeira coisa que eu faço é falar com a minha esposa.”

— Machado, 59 anos, encarregado de pedreiro | EI.

“Eu sempre ligo para a minha filha, que entende muita coisa de saúde.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

“Converso primeiro com a minha esposa. Geralmente, ela me orienta o que devo fazer, insistindo que procure um médico.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Quando eu era casado, eu perguntava muitas coisas sobre a minha saúde para a minha esposa. Na verdade, não chegava nem ao ponto de perguntar. Ela já percebia logo que alguma coisa estava ruim e dizia o que eu tinha que fazer.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | EI.

Em consonância com esses depoimentos, outros profissionais reiteraram que explicitam suas queixas de saúde no ambiente familiar, revelando, inclusive, uma ordem de prioridade em relação às figuras femininas, vistas com conselheiras e capazes de promover ajuda e suporte.

“Quando eu estou com alguma coisa me incomodando, eu sempre procuro primeiro minha mãe, para ver o que eu posso fazer. Ela é tipo a minha guia, né. Isso. Minha guia. Quando eu estou com algum problema, eu sempre a procuro, para ela me dizer o que eu posso fazer. Com meu pai, eu quase não compartilho essas coisas com ele, porque minha mãe já é mais desenvolvida para essas coisas, para mim, eu acho. Só com a minha é que eu compartilho alguns assuntos. Só com a minha mãe. Não sei o porquê, mas eu sempre vou procurar a minha mãe mesmo. É a pessoa que eu mais confio. Eu falo com a minha mãe, mesmo em relação aos assuntos mais delicados e pessoais. Eu não tenho esse tipo de receio. Se for um caso de doença, alguma coisa assim, eu sempre comunico a ela. Com a minha mãe eu tenho total liberdade.”

—Vieira, pedreiro, 22 anos | EI.

“Às vezes, eu converso sobre os meus problemas de saúde com o meu filho de 26 anos. Porém, quando vejo que é um problema mais sério, eu converso com a minha esposa, pois ela tem mais experiência.”

— Silva, 59 anos, encarregado de pedreiro | EI.

“Quando eu falo como o meu filho, ele me pergunta: ‘Você já falou isso com a minha irmã? Ela é melhor para lhe ajudar com essas coisas de saúde do que eu’.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

Se para os entrevistados acima a busca por esclarecimento e cuidado se centraliza na mãe, na esposa/companheira ou na filha, foi oportuno observar que na experiência de outros participantes a busca pelo cuidado se efetiva também no contexto do trabalho, porém com algumas reservas. Nesse contexto de trabalho – a dimensão informacional presente na busca por cuidado –, os relatos dos entrevistados assinalam uma sensação de insegurança em compartilhar suas demandas e questões de saúde com os colegas do canteiro de obra.

“Quando eu tenho algum problema pessoal em relação à minha saúde, é difícil comentar com colegas da empresa para decidir o que devo fazer. Depende muito da pessoa, pois alguns levam para o lado da gozação. Então, fica melhor você tomar cuidado e conversar com a pessoa adequada. Aqui no serviço tem poucas pessoas que eu confio. Conversou ali e ficou ali. Por isso, eu sempre converso com a minha esposa. [...] Raramente, dependendo da rotina do trabalho e com quem você está, eu converso, toco no assunto. Às vezes, eu penso que poderia ajudar muito. Um problema de família que está acontecendo que o seu colega já passou por aquilo, essa experiência dele poderia lhe ajudar, orientar: ‘Rapaz, não é desse jeito, não’.”

— Silva, 59 anos, encarregado de pedreiro - EI.

“Aqui no emprego é bem raro eu falar sobre o que estou sentindo e perguntar alguns assuntos aos colegas. Eu converso mesmo só com uma pessoa aqui, o JJ. Ele é um colega mais próximo em quem eu confio.”

— Silva, 32 anos, pedreiro - EI.

É possível inferir que há um notório receio de expor a vida pessoal, em razão do risco de “vazamento das informações”, mesmo sob o compromisso do sigilo. Esse

fato não apenas repercute na quebra da confiança como pode suscitar comentários maliciosos, somados às manifestações de zombaria e ridicularizações, inibindo, dessa forma, o compartilhamento de questões de saúde entre os trabalhadores.

“Não sou de ficar conversando sobre problemas de saúde com os colegas do trabalho, pois eles zoam muito. E o pessoal fala demais: ‘Está vendo aquele cara? Ele está castrado. Não pode mais ter filhos’. Então, quando eu fiz a minha cirurgia de vasectomia, eu fiquei na minha. Antes de fazer, eu tinha até dúvidas, né. Pensei até em conversar com um colega daqui que tinha feito. Como eu falei, você acaba sabendo pelos comentários. Mas preferi ficar na minha. [...] Eu tinha dúvida, por exemplo, se a cirurgia poderia prejudicar o meu desempenho sexual, quanto tempo deveria ficar de repouso, para não faltar no trabalho, porque os colegas perguntam: ‘Por que você faltou?’, e tal! Acabei fazendo quando estava de férias. Foi tranquilo e não precisei falar nada disso aqui no trabalho.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Eu fico sem jeito de conversar sobre a minha saúde com outras pessoas, principalmente aqui nas empresas. A galera zoa geral. É um caso meio esquecido. Eu acho que quem conversa sobre a saúde com uma pessoa e outra é a mulher. A mulher conversa sobre tudo.”

— Teixeira, 30 anos, pedreiro - EI.

“Fico na minha quando eu tenho algum problema de saúde. Eu tenho poucos amigos. Colegas a gente tem muito, mas amigos mesmo de verdade são poucos.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos - EI.

Os relatos acima corroboram com a compreensão de que há formas de silenciamento entre os trabalhadores sobre as questões de saúde, sendo elas caracterizadas pelo receio de terem sua masculinidade colocada em dúvida. Os entrevistados estão imersos em uma cultura informacional cujas características de força, resistência e supremacia na performance sexual, dentre outros atribuídos reconhecidos como do universo masculino, confrontam-se com as manifestações de uma condição de saúde compreendida no imaginário dos entrevistados como sinal de fraqueza ou impotência sexual, dentre outras vulnerabilidades humanas que os desqualifiquem enquanto sujeitos do sexo masculino.

Na busca por uma interação que promova maior privacidade e sigilo das informações, indagou-se aos entrevistados se eles procuram assistência com o farmacêutico mais próximo de suas casas.

“Eu procuro o farmacêutico perto de casa. Ele já me conhece. Me explica as minhas dúvidas. Às vezes, compro remédio. Se não sarar, tem que ir ao médico, né.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Eu consulto mais com o farmacêutico para me falar o que eu tenho que fazer. Eu tenho um amigo que é farmacêutico. Eu confio nele, pois ele estudou. Eu chego lá e falo a situação. Ele me explica tintim por tintim, sem aquelas palavras difíceis de entender. Quando eu peço, ele me indica um remédio. Mas, quando não dá resultado, em caso de dúvida, eu procuro um médico.”

— Teixeira, 32 anos, pedreiro | GF.

“Eu tenho problema de sinusite. Eu não vou ao médico por causa da sinusite. Vou à farmácia e compro um remédio. Eu me automedico. Eu vou ao médico por causa de outras coisas.”

— Meneses, encarregado de pedreiro, 33 anos | EI.

É importante observar como o farmacêutico, na ótica dos entrevistados, é visto como um profissional qualificado e confiável. Pode-se inferir que ele atua como um mediador de informações, na medida em que utiliza uma linguagem mais próxima do repertório dos entrevistados, para que eles consigam assimilar as informações em saúde que estão presentes na busca por cuidado. Assim, a interação entre o farmacêutico e os trabalhadores entrevistados indica que a farmácia representa um espaço de proximidade, compreendido, metaforicamente, nos seguintes termos:

“Eu, pensando comigo mesmo, no meu modo de pensar sobre a saúde da gente, eu penso que a farmácia funciona como se fosse uma oficina, porque, se o carro dá defeito, o mecânico vai olhar e trocar a peça. Se acende uma luzinha, ele já sabe o problema. A farmácia seria a nossa oficina de saúde mais perto de casa.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | GF.

A compreensão da farmácia como espaço de “reparo” traz a reboque a automedicação, prática presente em distintos comportamentos como uma alternativa necessária para sanar as demandas de saúde de maneira mais pragmática, conforme a visão dos entrevistados.

“Quando não me sinto bem, eu vou à farmácia e tomo o remédio por minha conta. E, não desaparecendo os sintomas, eu procuro o centro de saúde.” —

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI).

“Se for uma gripe, eu costumo fazer um remédio caseiro ou um remédio de farmácia. Mas, caso contrário, eu vou ao hospital.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Se não for muito grave, eu costumo ir à farmácia perto de casa e vejo se consigo comprar um medicamento. Se for uma coisa mais grave e o medicamento não fizer efeito, aí eu recorro ao hospital. Eu faço isso.”

— Sampaio, servente, 40 anos | EI.

Conforme os relatos acima, se os efeitos esperados da automedicação não se concretizarem, os entrevistados procuram uma assistência médica. Segundo alguns

depoimentos, a categoria médica é compreendida como a detentora legítima do conhecimento sobre a relação saúde-doença-cuidado, mesmo que haja entrecruzamentos de caminhos e ações.

“Eu procuro logo um médico para me atender depois que eu tentei fazer alguma coisa e não deu certo. Aí, ele vai me indicar para onde ir e o que eu devo fazer. Eu tenho plano de saúde, e isso facilita.”

— Lima, topógrafo, 49 anos | EI.

“Difícilmente eu tenho problema com a minha saúde. Mas, quando eu tenho, vou ao médico e vou ao hospital regional e compartilho lá na igreja para os irmãos orarem.”

— Silva, carpinteiro, 22 anos | EI.

“Como eu tenho diabetes, minha esposa fica insistindo que eu procure sempre o médico quando não me sinto bem. Ela logo percebe e marca a consulta pelo plano de saúde. Eu, às vezes, enrolo, pois não posso faltar ao serviço. Mas, quando aperta muito, eu tenho que ir. A minha glicose altera muito. Minha esposa e a minha filha ficam insistindo: ‘Vai ao médico!’. Então, eu vou. Faço os exames que o médico indicar e tomo os remédios que ele passa.”

— Silva, encarregado de pedreiros, 59 anos | EI.

“Eu tenho gota. Não posso comer vísceras. Então, eu procuro o médico quando passo mal. Tomo medicamentos na veia, que me ajudam a recuperar rápido.”

— Costa, 57 anos, mestre de instalações | GF.

Os relatos acima ilustram as trajetórias que os trabalhadores desenvolvem em torno da busca por cuidado profissional médico, contemplando diferentes ações. Esse itinerário reitera uma visão popular de saúde-cuidado-doença pela vertente biomédica de que o médico é o profissional da saúde habilitado para reparar a saúde. Adicionalmente, coloca em questão as crenças atribuídas às orações, aos remédios caseiros e ao protagonismo da esposa ao insistir para que a busca de cuidados se efetive.

Com respaldo nos relatos acima, salienta-se que o acesso ao atendimento médico se mostrou mais ágil para aqueles entrevistados que contrataram um plano de saúde. Embora o SUS preconize a atenção primária como porta de entrada para o atendimento dos serviços de saúde, os entrevistados explicitaram que se direcionam aos hospitais por compreenderem a função dessas unidades de pronto atendimento mesmo que a demanda não seja classificada como de emergência.

“Vou direto para o hospital, porque no posto de saúde demora. Se você sente alguma coisa hoje, não vai ter atendimento no posto de saúde. Só vai ter atendimento no hospital. No posto de saúde, tem que chegar lá e marcar uma consulta para dez a quinze dias. No hospital, não. Você vai direto para a emergência.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

“O atendimento no posto de saúde é demorado. Para conseguir um atendimento, você precisa esperar muito tempo. Demora para marcar uma consulta. Eu já tenho plano de saúde. Eu já marco logo. Já vou direto pelo meu convênio.”

— Lima, topógrafo, 49 anos | EI.

“Eu moro perto do posto, mas para conseguir uma consulta é demorado demais. Com esse negócio da pandemia, os médicos deixaram de atender no posto e foram atender na clínica deles, porque eles não são bobos. Se você for pesquisar, eles estão na clínica deles. Eles não estão no hospital público.”

— Teixeira, pedreiro, 32 anos | GF.

“Agora no mês de maio eu tive dengue. O engenheiro me ligou e disse: ‘Você só vai para o trabalho quando eu autorizar’. Passou uma semana, eu estava achando era bom [rsrs]. Então, ele disse para eu voltar a trabalhar depois que eu fizesse o exame do Covid. Sem esse exame, ele não autorizava o meu retorno. Aí, eu fui ao posto. Estava lotado. Eu pensei: ‘Se eu não estou doente, agora eu vou ficar’. Aí, eu fui embora. No outro dia, eu fui ao hospital particular para fazer os exames, né, porque no posto a situação estava complicada demais. Não tem atendimento. O que você precisa lá não tem. O médico, que é o principal, não tem”.

— Costa, 57 anos, mestre de instalações | GF.

Ao observar esse processo de busca por cuidados tanto na rede pública de atenção e assistência médica quanto na esfera privada, cabe ponderar sobre a dimensão da cultura informacional entre os entrevistados em termos da morosidade do sistema público de saúde. Esse entendimento revela não apenas a conscientização dos entraves enfrentados pelo SUS, como também a clareza de que a política nacional de atenção à saúde pública e coletiva apresenta limitações e obstáculos.

As narrativas demonstram grande distanciamento dos entrevistados em relação às Unidades Básicas de Saúde, haja vista a baixa frequência a elas. São procuradas, majoritariamente, para manter a caderneta de vacinação em dia, de modo a cumprir com as exigências da empresa.

“Não costumo ir ao posto de saúde. Vou mesmo só se tiver que tomar a vacina, que a empresa exige. Mas, mesmo assim, vou com muito custo. Quase que amarrado ainda [rsrs].”

— Silva, pedreiro, 32 anos | GF.

“Eu não costumo ir ao posto de saúde. Vou mesmo como acompanhante e quando preciso vacinar. Para eu fazer exame ou consulta, eu nunca fui mesmo.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | GF.

“Fui, uma vez ao posto de saúde para vacinar, pois precisei comprovar aqui na empresa para ser contratado.”

— Vieira, pedreiro, 22 anos | EI.

“Eu quase nunca fui ao posto de saúde. Eu só uso posto de saúde quando tem campanha de vacinação.”

— Garcia, operador de retroescavadeira, 28 anos | EI.

Diante desses relatos, infere-se que há indícios de que o comportamento dos entrevistados em relação à utilização dos serviços de saúde não está atrelado ao desconhecimento da função social dessas unidades em prover atendimento à população em sua diversidade e pluralidade de segmentos.

“O posto de saúde é para todos. É tudo junto. Está a criança, o velho, a mulher e o homem.”

— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | EI.

“Eu acho que o centro de saúde é para todo mundo, mas acho que tem mais mulheres e crianças.”

— Silva, pedreiro, 35 anos | EI.

“Eu vejo o posto de saúde para a mulher grávida se prevenir, fazer pré-natal e essas coisas. Para o homem também é muito bom saber como está a pressão, saber que o peso está estabilizado. Eu já fui para aferir pressão, pesar, altura. Já fui também para vacinar.”

— Sampaio, servente, 40 anos | EI.

As dificuldades explicitadas pelos entrevistados concentram-se na percepção de que os atendimentos não acolhem suas demandas conforme o preceito de uma atenção mais humanizada.

“Eu acho que o posto de saúde é adequado para os homens. Só que eles não têm essa atenção voltada para a saúde do homem, porque, quando você procura lá, você vê o tratamento que as pessoas têm com você. Eles não te dão muita oportunidade de você expor os seus problemas de saúde, de conversar. Eu percebo quando você começa a relatar e eles já dizem: ‘Então, você tem que procurar tal médico. Vou passar um encaminhamento para você procurar tal médico e você vai lá’. Então, antes de você expor, falar tudo, eles cortam a sua fala. Eu fico com aquela vontade de desencadear a minha ideia a respeito da minha saúde, mas escuto: ‘Isso não é comigo, não. Minha parte é só essa aqui’. O rapaz falou isso para mim. Eu até recrutei: ‘Pô! Eu pensei que essa consulta aqui eu iria expor toda a minha situação de saúde para você, mas, não’. Ele diz: ‘Eu só mexo com essa área aqui’. Então, você fica de mãos atadas.”

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI.

Os relatos reproduzidos acima, ao exporem experiências em relação ao atendimento recebido no posto de saúde, suscitam reflexões sobre o fato de os serviços prestados por esses espaços de acolhimento estarem, de fato, considerando a população trabalhadora de classe popular do segmento masculino. Além disso, evidencia que a consulta médica ocorre mais raramente para aqueles que não têm convênio particular, uma vez que eles assinalaram a ausência do médico nos postos de saúde, para atenderem nas clínicas particulares. É importante ponderar que os depoimentos apontam que as consultas médicas são caracterizadas por uma relação marcada por uma barreira linguística e um distanciamento social, em que o paciente

– no caso, os entrevistados – expressaram dificuldades para compreender o discurso médico, além de se sentirem pouco acolhidos.

“Como eu disse, raramente vou ao médico. E, como não tenho plano de saúde, aí é quase que não vou mesmo. Sem falar que no posto de saúde, como conversamos, os médicos faltam muito. Ao invés do médico esperar o paciente para atendê-lo, é você que fica esperando, e haja paciência! Muitas vezes, eu acabo desistindo de ficar um tempão no posto de saúde esperando o médico, sem ter a certeza de que ele vai aparecer. Mas, quando consigo consultar, eu vejo que o médico não dá tempo de você falar o que sente e já vai dando uma receita e outro papel para você procurar outra especialidade. Não dá tempo de nem esquentar a cadeira [rsrs.]. Eu acho que isso não é uma consulta como deveria ser. Por exemplo, o médico daqui da empresa, eu não acho que ele se preocupa com a gente, não. Acho que é só uma questão mais formal da empresa de assinar os documentos que o enfermeiro pede em relação à obrigatoriedade de fazer os exames anuais. Assinou o documento, e pronto. Ele nem olha para sua cara.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | GF.

“Quando eu vou em uma consulta médica, ele me receita um medicamento. Mesmo que eu entendo, eu gosto de sair sabendo o nome do medicamento certinho e para que ele serve. Eu gosto de saber o que eu estou tomando. Eu leio pouco, então eu não posso sair só com o nome do medicamento na receita, pois a letra do médico é difícil de entender também. Eu digo para o médico: ‘Doutor, eu gostaria de saber se é inflamatório, qual tipo, se é antibiótico. Qual o nome do medicamento mesmo que você está me receitando?’.”

— Gonçalves, carpinteiro, 46 anos | EI.

A dinâmica da jornada de trabalho se torna um fator interveniente na procura por serviço de saúde durante o expediente. Ao considerar esses aspectos, identificamos que nos casos dos recém-contratados há um sentimento de apreensão de serem dispensados em função de uma ausência, mesmo que justificada, por uma questão de saúde. Os trabalhadores com mais tempo de serviço, ao entenderem a importância de cuidarem de si, compreendem que a solicitação para cuidar da saúde precisa ser empenhada de maneira mais incisiva, mesmo diante dos desdobramentos negativos que isso poderá causar.

“Eu preciso ir ao dentista. Sinto uma dor. Talvez seja uma cárie. Fico esperando passar mais um tempo. Cheguei há pouco tempo na empresa e não é bom faltar assim no início.”

— Oliveira, servente, 22 anos | EI.

“Quando eu entrei na empresa, eu tinha muito medo de doenças. Se eu adoecesse não poderia apresentar atestado, porque eu poderia perder a minha vaga. Mas, aí, depois de um tempo, eu falei para o encarrego: ‘Eu vou ao dentista amanhã’. Ele disse: ‘Ah! Desse jeito não dá’. Eu falei assim: ‘Desse jeito não dá, não, mas me deixe falar uma coisa: Meu amigo, eu trabalho para viver. Se fosse diferente eu não estava nem trabalhando’. Hoje eu vejo que isso é importante. Correr atrás da saúde.”

— Silva, pedreiro, 32 anos | GF.

Os depoimentos supramencionados comprovam que no processo de busca por cuidados há uma disseminação de informações em saúde e o reconhecimento de quais fontes e pessoas se mostram acessíveis e com potencial de contribuir para mitigar as dúvidas e resolver as demandas de cuidados.

“O técnico de enfermagem trouxe para a gente uma informação que não nos era dada. Partiu dele. Eu acredito que, se a empresa preocupasse o quanto ele se preocupa conosco, em falar de doenças sexualmente transmissíveis, com pessoas que só querem transar com prostitutas, conscientizar esses seres humanos da importância de fazer uma ginástica laboral, que existem doenças ocupacionais, que existem doenças do trabalho que podem ser evitadas, que adoecemos no ambiente de trabalho... Se mais pessoas, como o enfermeiro H., estivessem inseridas dentro da nossa realidade, a saúde de muitos trabalhadores daqui seria mais bem preservada. Com o H., eu aprendi muitas coisas. Eu penso que foi um grande prejuízo ele ter sido dispensado com a pandemia, numa situação em que precisamos mais dele do que nunca.” —

— Meneses, encarregado de pedreiros, 33 anos | GF.

“Quando se trata de saúde, é um leque de informações. Tem muitas palavras difíceis que você não entende. Isso aí gera um pouco de dificuldade. Mas eu fico ali, um determinado tempo, buscando o meio de compreender aquilo, um meio de ficar melhor, para eu poder tirar a minha conclusão, né. Algumas palavras que o médico fala e da receita eu esqueço, abandono, e outras eu vou a fundo para saber qual o teor daquela palavra e eu procuro tirar essas dúvidas com o enfermeiro da empresa, que entende bem a gente.”

— Teixeira, pedreiro, 30 anos | GF.

“O caboclo, quando fica doente, o bicho endoida né. Todo mundo quer ficar saudável. É difícil aceitar a ideia de ter que depender de alguém para fazer as suas coisas, dar banho, ajudar na alimentação... Eu tenho dificuldade para aceitar isso. Não gosto nem de pensar e tenho muita preocupação se um dia isso pode acontecer comigo. Antes da minha esposa, eu tive uma grande decepção com o fim do meu relacionamento anterior. “Fiquei mal”. O enfermeiro percebeu e veio conversar comigo. Eu consegui sair do fundo do poço com a ajuda dele.”

— Oliveira, servente, 24 anos | GF.

É relevante assinalar como a dimensão da cultura informacional dos trabalhadores da Construção Civil emerge de maneira mais reflexiva ao reuni-los na modalidade do grupo focal, em um espaço fora do ambiente do trabalho, para uma troca de experiências sobre saúde e práticas de cuidados. Enfim, uma oportunidade para se perceberem como sujeitos sociais e ponderarem acerca da saúde, do seu valor e da necessidade de tê-la:

“Saúde é prevenir doenças, porque saúde é tudo. Prevenir está relacionada a alimentação saudável, cuidado com o corpo, prevenção no trabalho, ter higiene pessoal e coletiva.”

— Participantes do GF

“Eu sou o primeiro a dizer: ‘Faça com segurança o seu trabalho e se previna o máximo possível, porque a empresa quer o seu trabalho e você precisa de saúde. Você tem que tê-la para estar trabalhando e produzindo. A partir do dia em que você passar a não produzir, você já não serve. Você serve quando tem saúde’.”
— Costa, encarregado de instalações, 57 anos | GF.

Diante do conjunto dos depoimentos apresentados nesta seção, buscou-se identificar nas particularidades do contexto empírico os elementos subjacentes aos fatos e os vestígios deixados pelos atores sociais sobre como percebem e cuidam da saúde. Os depoimentos enfatizaram que desde a infância a figura feminina (a mãe, em especial) ocupa o lugar do cuidado na dinâmica familiar, inclusive na fase adulta, quando a esposa/companheira, em muitos casos, exerce e reproduz o papel materno.

No ambiente profissional, o técnico de segurança do trabalho e o técnico de enfermagem exercem o papel de cuidadores. Ora instruem, ora supervisionam as ações de saúde, com ênfase no cumprimento das medidas de segurança e de prevenção de acidentes. A esses se soma o médico do trabalho da empresa, que se dedica ao monitoramento das doenças causadas pela atividade laboral, conforme observações dos participantes do estudo.

Como pensar, então, em um protagonismo masculino no cuidado com a saúde diante de situações tão concretas como essas, não se identificando nesses espaços sociais reflexões sobre os modos de ver e viver a saúde? Porém, com o aprofundamento do estudo, notadamente durante a Etapa 2 da pesquisa de Campo, foi possível identificar o itinerário informacional dos trabalhadores da Construção Civil com o aporte conceitual de ITs e HIs.

A relação dos trabalhadores da Construção Civil com a saúde apresenta aspectos associados a uma cultura informacional interiorizada e moldada em termos de suas ações. Saúde, ao significar a **ausência de doença, práticas de cuidados e bem-estar**, não corresponde a uma dimensão abstrata, mas se corporifica nas diferentes narrativas como práticas vividas pelos sujeitos. Essa intrínseca relação demonstra como a saúde é tida como valor, ao expressar uma condição vital e necessária para o cumprimento da função social do corpo como instrumento de trabalho. Esse fato não oculta ou retira as contradições presentes na dinâmica cotidiana (modelos de masculinidade e dificuldades com o autocuidado). Nesse movimento, observa-se que os sentidos de saúde atribuídos pelos sujeitos da pesquisa estão presentes em suas ações de prevenir acidentes, alimentar-se bem, ter higiene pessoal e ir ao médico.

O mapeamento do modo como se configuram os itinerários informacionais dos trabalhadores da pesquisa possibilitou identificar como laços fortes a figura feminina (mãe/esposa/filha), o enfermeiro da empresa e o farmacêutico. Cada uma a seu modo, essas pessoas atuam como mediadores e fontes de informações em saúde. Como laços fracos, citam-se a figura paterna, os colegas de atividade e o médico do trabalho, não havendo entre eles trocas informacionais significativas sobre a importância do cuidado.

Os dados da pesquisa demonstram que os sujeitos deste estudo se preocupam com a saúde e cuidam dela, considerando os itinerários informacionais que desenvolveram. Assim, o estereótipo de que os homens não cuidam da saúde não se mantém, notadamente, em relação aos sujeitos desta pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: APRENDIZAGENS E NOVOS DESAFIOS

“Vivendo, se aprende, mas o que se aprende mais é só fazer outras perguntas.”

GUIMARÃES ROSA

“Tudo aquilo que o homem ignora não existe para ele. Por isso, o universo de cada um se resume ao tamanho do seu saber.”

ALBERT EINSTEIN

“Por que ao pensar você dá a pensar [...]: fica o que significa.”

MARILENE CHAUI

Esta pesquisa teve início com o próprio pesquisador revendo seu percurso acadêmico e profissional. Em razão desse processo de rememorar as ações e os projetos, colocou-se, de maneira importante, a questão referente à relação do homem com sua saúde, elegendo-se, de forma primordial, a necessidade de ampliar a compreensão da realidade dos trabalhadores da Construção Civil do Distrito Federal.

Se no senso comum prevalece a visão de que os homens não cuidam de sua saúde, neste estudo assumimos uma postura investigativa, que colocou esse entendimento em suspeição. Será que realmente os homens não cuidam da saúde? De quais homens e de quais cuidados essas percepções tratam?

O desdobramento desse processo de questionamento reconstrutivo (DEMO, 1898) permitiu confrontar as inquietações suscitadas, transformando-as em uma proposta de pesquisa, que foi submetida ao processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI), em 2017, sendo aprovada.

Gradativamente, ao vivenciar e cumprir todas as exigências e diretrizes emanadas pelo PPGCI, a proposta desta investigação foi se corporificando. A formação complementar do Doutorado Sanduíche na *FIMS*, conforme mencionado, contribuiu para a consolidação do estudo, reforçando a relevância de considerar os aspectos contextuais de uma realidade empírica. O percurso metodológico delineado potencializou não só a aproximação com a realidade estudada, como propiciou identificar distintas percepções e práticas de cuidados dos trabalhadores em sua rotina.

Tendo em vista que a clareza maior de um problema de pesquisa se atinge somente ao final do processo, torna-se relevante tecer algumas considerações a esse respeito.

A Ciência da Informação, por constituir-se em uma área do conhecimento interdisciplinar, possibilitou estabelecer interlocuções significativas com os campos das Ciências Sociais e da Ciência da Saúde.

Diante do desafio de compreender a complexidade que a discussão da saúde do homem envolve, consideramos que a tríade conceitual informação–cultura– cultura informacional foi relevante para refletir como a intrínseca relação entre informação e cultura expande o entendimento sobre os fenômenos sociais. Essa articulação foi relevante para repensar como os trabalhadores da Construção Civil estão imersos em uma cultura informacional permeada por dimensões socioculturais simbólicas e ideológicas que influenciam os modos como eles apreendem e atribuem sentido à realidade que os cerca. Assim, o cerne da pesquisa consistiu em identificar, analisar e compreender os sentidos de saúde atribuídos pelos trabalhadores desse segmento e como eles desenvolvem práticas de cuidado. Pretendeu-se, ainda, cotejar quais são os Itinerários Informacionais desenvolvidos por esses sujeitos, tendo como aporte a literatura nacional relativa ao Itinerário Terapêutico e a *Health Information Seeking*.

O termo *informação* é polissêmico e remete tanto às batidas dos tambores da África quanto às recentes descobertas dos códigos genéticos (GLEICK, 2013). Por essa razão e considerando os objetivos específicos do estudo – a) Correlacionar as dimensões conceituais teóricas entre informação, cultura, cultural informacional e masculinidades; b) Apreender os sentidos de saúde atribuídos pelos sujeitos da pesquisa; e c) Mapear os processos informacionais desenvolvidos por eles em torno das práticas de cuidados –, privilegiamos as proposições conceituais sobre informação que deram ênfase à dimensão social do termo e a sua característica interdisciplinar, tendo como referência as formulações dos seguintes pesquisadores: Araújo (2003; 2009; 2018), Marteleto (1994, 1995a, 1995b, 2002, 2007), Moura (2006, 2011), Reis (1999; 2007), Saracevic (1996) e Pinheiro (1999).

Nessa vertente de considerar a informação como um elemento representacional que está presente nas interações humanas e na produção de sentido e que potencializa transformações sociais, procedemos ao aprofundamento conceitual a respeito da intrínseca relação entre cultura e informação. Assim,

gradativamente, o entendimento de cultura foi sendo sedimentado, considerando sua natureza multidimensional e delimitando-a conceitualmente aos seguintes eixos:

- conjuntos de práticas (CHAUÍ, 2007);
- complexos de valores, costumes, crenças e práticas que constituem o modo de vida de um grupo específico (EAGLETON, 2011);
- “práticas vividas” ou ideologias práticas que capacitam uma sociedade, grupo ou classe a experimentar, definir, interpretar e dar sentido a suas condições de existência (HALL, 1982);
- depositária da informação social e genoteca da sociedade humana (MARTELETO, 1995a);
- designatária de todo um modo de vida (WILLIAMS, 1989), dimensão simbólica que institui regras e normas que organizam a sociedade e governam os comportamentos em sociedade (MORIN, 2002).

O conjunto desses apontamentos teóricos subsidiou as ilações desta investigação. Além da tríade informação–cultura–cultura informacional, debates sobre o modelo cultural de masculinidade foram incluídos, com o propósito de alcançar uma visão totalizadora e relacional ao gênero masculino, como as abordagens científicas preconizam (GOMES, 2011). Daí, prosseguimos com o entendimento da relação do homem com sua saúde pela vertente dos estudos sobre masculinidade, os quais colocam em discussão as contradições provocadas pela divisão binária dos papéis atribuídos socialmente, centradas na designação biológica do gênero masculino ou feminino, o que acaba por repercutir e influenciar os modos de ver e cuidar da saúde pela própria sociedade.

Integram-se à fundamentação teórica perspectivas e olhares oriundos das áreas da Ciência da Informação, da Sociologia, da Saúde Coletiva e da Psicologia Social. Somando-se a isso, as decisões, os procedimentos e os instrumentos metodológicos adotados propiciaram uma aproximação com a realidade dos trabalhadores, em duas etapas de campo, exploratórias, conforme as descrições apresentadas anteriormente.

Cabe recuperar que o lócus da pesquisa – um canteiro de obra localizado em uma região do Plano Piloto de Brasília/DF – congrega trabalhadores de diferentes idades, predominando, aqueles acima de 40 anos. O perfil demográfico do universo (115) era constituído, majoritariamente, por homens: 99%. A remuneração global revelou que os trabalhadores pertencem a uma camada social com menor poder

aquisitivo e com um histórico familiar marcado pela inserção no mundo do trabalho em idade precoce, ainda na fase da adolescência, o que prejudicou e/ou interrompeu seus estudos.

O levantamento dos dados empíricos permitiu identificar que a maioria dos trabalhadores compõe-se de imigrantes das regiões Norte e Nordeste do Brasil, em busca de melhores oportunidades de trabalho na Capital Federal, que encontraram no ramo da Construção Civil sua fonte de sustento. A marca dessa imigração era perceptível, considerando que alguns eram nomeados com o mesmo nome do estado de origem, por exemplo: “Pernambuco”, “Maranhão”, “Piauí”, “Ceará” e “Sergipe”.

De forma clara, apreendemos que a rotina do trabalho no canteiro de obra é permeada por elementos informacionais e culturais que compõem e informam como se deve agir nesse espaço. Estar uniformizado antes das 7h da manhã, com os EPIs (capacete, botas e outros, conforme a especificidade da função), participar dos Diálogos Diários de Segurança (DDS), cumprir com o intervalo de uma hora de almoço, executar as tarefas conforme os fluxos de comando e controle, reportar-se à chefia para justificar ou solicitar uma ausência e aguardar no posto de trabalho o fim do expediente, para, só então, se deslocar para registrar o ponto são exemplos que retratam dinâmicas informacionais que são apreendidas e incorporadas como regras que precisam ser seguidas.

Para além dessas constatações, que revelam uma percepção acerca da dinâmica operacional do trabalho, evidenciamos como os relacionamentos interpessoais são constituídos, com base nas afinidades e em pequenos grupos. Esse aspecto denota uma dimensão de saúde relacionada ao bem-estar no trabalho.

Citam-se, ainda, no contexto das informações que permeiam as interações dos sujeitos da pesquisa a afirmação de uma heterossexualidade e discursos machistas que exaltam a virilidade e as façanhas sexuais. Os relatos também retratavam uma percepção dos atributos legitimadores da masculinidade, como a força física e a supressão dos sentimentos.

Diante dessas observações empíricas, a proposição de uma cultura informacional mostrou-se de grande valia para o processo de análise desta pesquisa, haja vista a designação a ela atribuída:

- Categoria analítica – possibilita apreender e desenvolver uma leitura crítico-reflexiva dos distintos aspectos do contexto social, de modo a compreender as dimensões informacionais e culturais que, intrinsecamente, encontram-se explícitas e/ou subjacentes às manifestações e às interações dos diferentes sujeitos.

Considerar a cultura informacional como chave de leitura para a compreensão dos fenômenos sociais contribuiu, inclusive, para o fomento de novas indagações em relação ao lócus de pesquisa.

O que é saúde para os trabalhadores da Construção Civil? Quais são os aspectos que potencializam ou limitam o cuidado?

Em função dessas indagações, as entrevistas foram de suma importância para encontrar respostas. Se grupos acadêmicos e instituições da área da Saúde assinalam a imensa dificuldade para conceituar o que é saúde (ALMEIDA FILHO, 2013), em função de sua natureza plural, foi compreensível admitirmos que essa dimensão estivesse presente na pesquisa (CZERESNIA, 2013; CZERESNIA; MACIEL, OVIEDO, 2012).

Os entrevistados expressaram tal dificuldade, ora em palavras – “Rapaz, do céu! Como assim?”; “O que é saúde?”, “Moço, eu acho que não sei responder essa pergunta, não. Você pode pular para a próxima?” –, ora em movimentos gestuais que revelavam uma dúvida instaurada. Mudanças na ordem das questões do roteiro, reformulações dos termos e agendamento de uma segunda sessão foram algumas das alternativas encontradas para driblar esse desafio.

A oportunidade concedida pela construtora ao pesquisador para acompanhar as atividades dos trabalhadores, de sentar-se com eles para as refeições, de dialogar e de interagir durante as atividades de recreação no intervalo de uma hora de almoço foi extremamente relevante no processo de aproximação, cujos vínculos de confiança e empatia foram sendo construídos gradativamente.

Nesse caminho investigativo, as inúmeras conversas informais contribuíram para esclarecer os objetivos da pesquisa aos diferentes trabalhadores que, interessados, perguntavam sobre os rumos do estudo. Essa interação foi valiosa, na medida em que oportunizou reflexões sobre as questões relacionadas à saúde para os interlocutores.

Diante da discussão dos resultados da pesquisa, observamos que a relação dos trabalhadores da Construção Civil com a saúde apresenta aspectos associados a uma cultura informacional, revelando as seguintes características:

- Os principais sentidos de saúde atribuídos pelos trabalhadores da Construção Civil referem-se à **ausência de doença, às práticas de cuidados e ao bem-estar**.
- No sentido de **saúde como ausência de doença**, os trabalhadores reiteraram uma visão biomédica, sustentada no binômio saúde–doença, em que a concepção de doença acontece no plano físico e aloja-se em um órgão (MINAYO, 1998), devendo ser tratado como uma máquina que dá defeitos. “Ter o corpo saudável” representa “não ter doenças”. Dentre outras manifestações analisadas, essa dualidade está presente na compreensão dos trabalhadores sobre a importância de terem um corpo são, com capacidades e habilidades para o desempenho de suas atividades profissionais.
- O sentido de **saúde como práticas de cuidados** retrata diferentes aspectos, sendo eles: prevenir acidentes, alimentar-se bem, ter higiene pessoal e ir ao médico. Todavia, esses aspectos não se restringem apenas a uma dimensão abstrata; ela se corporifica nas diferentes narrativas como práticas adotadas pelos sujeitos entrevistados, entendendo-as como condições necessárias para cuidar da saúde, preservando, assim, a função social do corpo como instrumento de trabalho;
- Em relação ao sentido de **saúde como bem-estar**, alguns entrevistados assinalaram a importância das interações e dos relacionamentos interpessoais, cujos benefícios repercutem na construção de uma convivência saudável no contexto familiar e no contexto do trabalho. Embora os exemplos que trazem à baila a esse respeito sejam contundentes, poucas foram as manifestações explícitas sobre esse aspecto de atribuir valor aos relacionamentos como forma de promover a saúde emocional, espiritual e mental. Contudo, observamos que os trabalhadores dedicam a maior parte do tempo livre em interações, seja jogando bola, disputando uma partida de dominó no intervalo de almoço ou ficando com sua família ou amigos nos finais de semana.

De modo complementar, percebemos a informação em sua dimensão simbólica, como visto em Thompson (1995), refletindo uma dimensão social do papel do homem na sociedade enquanto provedor. Nos diferentes relatos, evidenciamos que o gênero é um marcador que direciona o pensamento e a ação dos entrevistados, que reproduzem os códigos, as regras, as convenções e as crenças que moldaram e governam suas interações enquanto sujeitos do sexo masculino. Nas diferentes narrativas, foi possível inferir que a centralidade do trabalho e a preocupação em manter o corpo apto para essa função faz remissão a essa dimensão convencional do aspecto simbólico de uma tradição brasileira calcada ainda na cultura do modelo predominante de masculinidade vinculado ao patriarcado (SANTOS, 2010; BENTO, 1999; BOURDIEU, 1999, 1992).

Ao se traçar o itinerário informacional dos trabalhadores entrevistados, tendo como fundamento os Itinerários Terapêuticos e a *Health Information Seeking*, ficou explícito que a componente informacional se constituiu como um elemento importante

no processo de busca por cuidados, revelando as redes de apoio que são acionadas e tecidas nesse percurso.

Identificamos que as redes de apoio se estabelecem entre trabalhador-mãe e trabalhador-esposa, configurando-se como laços fortes. Nos relatos, tornou-se evidente a figura feminina (esposa, mãe e filha) como a principal influenciadora do autocuidado e da condição de procedimentos em relação à saúde masculina como aquela que agiliza a marcação de uma consulta no centro de saúde mais próximo para o mal/incômodo que está enfrentado.

No âmbito do trabalho, as redes de apoio se consolidam mais fortemente entre trabalhador-enfermeiro, que se coloca à disposição para prestar orientações e esclarecimentos sobre dúvidas distintas e viabilizar todos os fluxos relacionados à saúde do trabalhador, por exemplo, marcação de exames de admissão e desligamento. Observamos que há elos de afinidade e amizade entre os trabalhadores. Todavia, os entrevistados ressaltaram que enfrentam obstáculos em compartilhar problemas de ordem pessoal no ambiente de trabalho.

Agregando-se aos aspectos institucionais, os entrevistados se queixam da ausência de um acolhimento mais humanizado por parte do médico do trabalho colocado a serviço da construtora, assinalando que ele defende mais os interesses da empresa em detrimento daqueles do trabalhador. Dessa forma, mesmo compartilhando de mesmo ambiente, os laços entre trabalhador e médico se mostraram com um fluxo de pouca intensidade informacional.

No tocante à busca por cuidado nas instituições de saúde, observamos claramente três movimentos principais:

- Primeiro – desenvolvido por aqueles que possuem plano de saúde (3 dos 13 entrevistados). A procura acontece, mas não de forma preventiva; apenas quando a situação de saúde demanda maior atenção, prejudicando o desenvolvimento das atividades do trabalho. Conforme apontando na literatura, Vasconcelos (2017), o homem só procura por atendimento quando o comprometimento de sua situação de saúde já está avançado. Isso implica maior tempo para sua recuperação, mais gastos para o setor de Saúde (porque tem de se valer de procedimentos mais caros) e problemas na dinâmica da economia doméstica, em especial no caso em que os homens são os provedores das famílias.
- Segundo – representa a realidade da maioria dos participantes, aqueles que não possuem um plano de saúde particular. Os relatos reiteram a visão de que as Unidades de Atenção Básica, embora tenham a função de prestar atendimento a todos os segmentos da população, mostram-se despreparadas em relação ao acolhimento, não oferecendo serviços de

acompanhamento contínuos destinados à população masculina, conforme os relatos.

- Terceiro – retrata a percepção reiterada pelos entrevistados sobre os benefícios da disponibilidade dos farmacêuticos nos bairros, dispondo de uma linguagem mais acessível para orientar e esclarecer dúvidas sobre as demandas que lhe são apresentadas. Todavia, como desdobramento dessa relação entre esses sujeitos sociais, os depoimentos confirmam uma predisposição para a automedicação como alternativa mais pragmática para resolver um incômodo, não recorrendo a medidas mais especializadas de verificação clínica.

Buscando ressaltar os aspectos mais significativos da pesquisa – ou seja, a dimensão da informação, da cultura e da cultura informacional e a dimensão dos Itinerários Informacionais –, com base nos aportes indicados, foi possível perceber como a relação do homem com a sua saúde precisa ser repensada por parte tanto desses sujeitos quanto das instituições e das políticas públicas.

Se, de um lado, a literatura aponta que os homens são ausentes das Unidades de Atendimento Básico, procrastinando a busca por ajuda e gerando mais gastos para si e para o sistema público de saúde, de outro, os relatos reunidos neste estudo revelam um esforço por parte dos entrevistados, que, cansados de não serem atendidos em suas demandas, justificam o movimento tardio de uma busca preventiva por cuidados clínicos e terapêuticos.

Os resultados acima apresentados possibilitam identificar uma série de lacunas que poderão se constituir em oportunidade de estudo e de reflexão para os campos da Ciência da Informação e das Ciências Sociais e das Ciências da Saúde.

É oportuno pensar em um programa de ação que privilegie elementos formativos e de estímulos aos cuidados com a saúde para além da relação do binômio saúde–doença, mas em uma perspectiva de integralidade da saúde do homem, contemplando suas peculiaridades. Assim, como desdobramento, é importante que se fomente a criação de espaços formativos para os trabalhadores, uma vez que tais ambientes poderão promover o acesso a informações referentes às diferentes demandas e camadas sociais, por intermédio de socialização de experiências e vivências, além de cartilhas e outros suportes informativos, com linguagem acessível.

A criação de um fanzine sobre a saúde do homem, de forma compartilhada entre os diferentes atores sociais, poderá colocar em discussão os impasses e as alternativas de ação diante dos diversos problemas sociais, tais como, homicídio,

feminicídio, suicídio e demais temas relativos aos contextos e às situações de vida dos homens nos diferentes nichos e segmentos da população.

Outra ação que reflete as indagações manifestadas ao longo deste trabalho consiste em promover um debate que retorne as questões norteadoras da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” no contexto nacional em termos dos objetivos e das estratégias, além de indagar quais os serviços de saúde são ofertados com foco na promoção da saúde integral da população masculina? Como esses são estruturados? Como têm sido a adesão e o envolvimento dos homens nas proposições?

Consideramos que o levantamento, a sistematização e a publicização de informações poderão fornecer subsídios ao desenvolvimento de estratégias no âmbito das políticas públicas, além de fomentar uma rede de assistência contínua e comprometida com a população masculina. Tal proposição poderá, inclusive, constituir-se em um campo de atuação profícuo para profissionais da área da Ciência da Informação, integrando-se a equipes multidisciplinares e atuando em diferentes frentes de trabalho, por exemplo, na perspectiva da gestão da informação e inovação e do estudo e análise das práticas informacionais dos sujeitos, bem como na elaboração de plataformas informacionais que poderão fortalecer o abastecimento de informações aos Sistemas em Saúde já existentes.

Demais ações podem ser assumidas pela Ciência da Informação como uma das áreas de conhecimento que, em sua perspectiva social, tem a potencialidade de contribuir para um dos lócus que subsidie a instalação de grupos de estudos na temática “Saúde”, incluindo, de forma promissora, a saúde do homem. Esses grupos de estudo poderão averiguar com mais profundidade os mecanismos e as alternativas que potencializam o cuidado mais efetivo do homem com a própria saúde.

Ao promover a constituição desses grupos de estudo, a Ciência da Informação poderá suscitar uma nova agenda de pesquisas que, certamente, poderá orientar o desenvolvimento de investigações futuras, integrando saberes da comunidade local e de pesquisadores nacionais e internacionais.

Ao integrar os múltiplos esforços, poderá realizar diferentes ações, tais como:

- Mapear, em nível nacional, os serviços e ações voltados para o segmento masculino;
- Identificar as campanhas de conscientização da população masculina sobre a importância dos cuidados com a saúde;

- Promover investigações no setor da Construção Civil em termos da relação saúde–trabalhador e direitos sociais;
- Elaborar instrumentos avaliativos que contemplem a dimensão da relação da saúde do trabalhador no canteiro de obra;
- Propor projetos de capacitação e formação continuada para os trabalhadores da Construção Civil, incluindo, sobretudo uma perspectiva de ação cultural para o fomento crítico e reflexivo;
- Desenvolver dispositivos informacionais que potencializem a população masculina para realizar autoanálise da saúde, segundo os parâmetros de acessibilidade e inclusão digital, considerando, sobretudo, os fatores emocionais presentes na relação do homem–máquina (SOUZA; KAFURE MUÑOZ, 2021).

A avaliação do percurso investigativo evidenciou as resultantes da pesquisa a respeito do entendimento sobre a relação do homem com sua saúde. Essa trajetória revelou-se crucial, na medida em que permitiu aprofundar nas experiências dos sujeitos e identificar que há uma cultura informacional que perpassa a relação dos trabalhadores da Construção Civil em relação à sua saúde.

No âmbito das discussões realizadas ao longo deste trabalho, bem como nas análises e avaliações apresentadas, ficou evidente que nem sempre a cultura informacional pode ser considerada necessariamente positiva-meritória-virtuosa, conforme se revela a partir das questões reveladas pelos trabalhadores:

- O medo do trabalhador de revelar que está doente, e com isso perder o emprego e as ironias (zoação) como mecanismo de controle de um padrão de masculinidade invulnerável;
- A figura do médico da construtora, que não está ali para diagnosticar, nem medicar, nem mesmo para dialogar e ouvir as queixas de saúde dos trabalhadores em suas subjetividades;
- A atuação do farmacêutico como base de apoio de esclarecimentos das dúvidas sobre saúde;
- O papel da religião, como forma de enfrentar os problemas de saúde.

Em termos conclusivos, podemos inferir que esses elementos fazem parte da cultura informacional, a qual tanto modela quanto estrutura pensamentos e práticas. Esse olhar detido sobre essa experiência das práticas vividas demonstrou, em outros termos, a importância e a relevância da saúde para os trabalhadores. Dessa forma, foi possível compreender que os trabalhadores da Construção Civil, apesar das condições sobre as quais se encontram – vida e trabalho –, ainda têm preocupações

e cuidados com a saúde, conforme demonstram os itinerários informacionais por eles desenvolvidos.

Diante do processo analítico dos resultados obtidos por meio deste trabalho, consideramos que a hipótese da pesquisa foi confirmada, pois há, na ótica dos trabalhadores da Construção Civil, a consciência da importância do cuidado com a saúde, considerando que preservá-la é imprescindível para estar e permanecer no mercado de trabalho. Entretanto, mesmo reconhecendo esta realidade, esses sujeitos não têm plena possibilidade de desenvolvê-la, uma vez que se deparam com situações restritivas, limites e dificuldades que lhes são interpostos pelo contexto social.

Por fim, vale ressaltar que os dados tornaram possível identificar uma série de lacunas e que essas poderão se constituir em oportunidades de estudo e de reflexão para os campos da Ciência da Informação, das Ciências Sociais e das Ciências da Saúde.

REFERÊNCIAS

- AMBRA, P. **Cartolografias da masculinidade**. São Paulo: Cult Editora, 2021.
- ALMEIDA, M. A. Políticas culturais & Ciência da Informação: diálogos e desafios **Ciência da Informação**, Brasília, v.43 n.2, p. 284-297, maio/ago., 2014
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C, ALVES, P.C.S. (Org.). **Experiência de doenças e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.125-38.
- ALVES, C. A.; DUARTE, E., N. Cultura e informação: uma interface complexa e definidora na vida das organizações. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e documentação**, São Paulo, v.10, n.1, p.2-20, jan./jun. 2014.
- ARAÚJO, C. A. Á. O que é ciência da Informação. **Informação & Informação**, Londrina, v.19, n.1, p.1-30, jan./abril. 2018.
- ARAÚJO, C. A. Á. Teorias e tendências contemporâneas na Ciência da Informação. **Informação em Pauta**, Fortaleza, v. 2, n. 2, jul./dez. 2017.
- ARAÚJO, C. A. Á. A Ciência da Informação como ciência social. **Ciência da Informação**, Brasília, v.32, n.3, p.21-27, set./dez. 2003.
- AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1995.
- BAKER, P. The international men's health movement: has grown to the stage that it can start to influence international bodies. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7, p. 10144–1015, 2001.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A.F; CORBO, A.D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p.51-86.
- BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. São Paulo: Vozes, 2019. p. 41-63.
- BAUMAN, Z. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- BENTO, B. A. de M. A (re)construção da identidade masculina. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 26, p. 33-50, out. 1999.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **Construção social da realidade: tratado do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1985.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, Janete Pessuto. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4. p. 722-725, 2014.

BORGATTI; S. P; CROSS, R. A relational view of information seeking and learning in social networks. **Management Science**, v.49, p. 432-445. 2003.

BOSI, E. **Memória e Sociedade: lembrança de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOTTORFF, J.; OLIFFE, J. L.; ROBINSON, C. A.; CAREY, J. Gender relations and health research: a review of current practices. **International Journal for Equity in Health**, v. 10, n. 60, p. 3-8, 2011.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1983.

BRADLEY, H.; LEIPERT, B.; REGAN, S.; BURKELL, J. Rural men's health, health information seeking, and gender identities: a conceptual theoretical review of the literature. **American Journal of Men's Health**, v. 12, n. 4, p. 863-876, 2018.

BRANCO, M. A. F. **Informação e saúde: uma nova ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

BRASIL. Associação Nacional da Medicina do Trabalho (ANAMT). 2021. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Dados da morbimortalidade masculina no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Coordenação Nacional de Saúde do Homem: guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Coordenação Nacional de Saúde do Homem: guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Determinantes sociais**, 2015. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Evolução da Mortalidade por violência no Brasil e Regiões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 97-140, 2005.

BRADLEY, H.; LEIPERT, B.; REGAN, S.; BURKELL, J. Rural men's health, health information seeking, and gender identities: a conceptual theoretical review of the literature. **American Journal of Men's Health**, v.12, n.4, p.863-876, 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-79, 2007.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência da Saúde Coletiva**, v.16, n.11, nov. 2011.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas as organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CANTISIANI, A. F.; CASTELO, A. M. O perfil dos trabalhadores da Construção Civil. **Revista Conjuntura da construção**, Rio de Janeiro, mar. 2015.

CARDOSO, A. M. Retomando possibilidades conceituais: uma contribuição à sistematização do campo da informação social. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, Belo Horizonte, v. 23, n.2, p. 107-114, jul./dez. 1994.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. de S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos de saúde e da doença**, Rio de Janeiro, 2013.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. IN: CZERESNIA, D. FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 43-57, 2012.

CHAUÍ, M. Cultura e democracia. **C&E**, ano I, n.1, 2007.

CHINEN, A. B. **Além do herói**: histórias clássicas de homens em busca da alma: São Paulo: Summus Editorial, 1999.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CHOO, C. W. *et al.* Information culture and information use: An exploratory study of organizations. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, v. 5, n. 59, p. 792-804, 2008.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press, 1995a.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, v.20, n.2, jul.dez. p.185-206, 1995b.

CONNELL, R. W.; HEARN, J.; KIMMEL, M. Introduction. *In*: KIMMEL, M., HEARN; CONNELL., R.W. (ed.). **Handbook of Studies on Men and Masculinities**. [S. l. : s. n.], 2005

CONNELL, R.; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2013.

CÓRDOBA GONZÁLEZ, S. La cultura de información. **Pensamiento Actual**, v. 3, n. 4, p. 27-32, 2003.

COSTA, A. C. O. **Putas mulheres**: compartilhando saberes, construindo o cuidado. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) — Universidade de Brasília, 2018.

COSTA, F. B. da. **Moisés e Nilce**: retratos biográficos de dois garís: um estudo de psicologia social a partir de observação participante e entrevistas. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Social) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 1, 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, p. 1385-1401. 2000.

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

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta de criação. *In*: MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

CURRY, A.; MOORE, C. Assessing information culture: An exploratory model. **International Journal of Information Management**, n. 23, p. 91-110, 2003.

DANTAS, M. Informação como trabalho e como valor. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 44-72, 2006.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Ecologia da Informação**: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 1998.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E.R.de; PEREIRA-SANTOS, M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.especial 7, p.204-221, 2019.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teoria e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativo e quantitativos. *In*: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.157-184.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **O Perfil dos Trabalhadores na Construção Civil no Estado da Bahia**. Bahia: DIEESE, 2012.

DISTRITO FEDERAL. **Site do Governo do Distrito Federal**, 2021. Disponível em: <https://www.df.gov.br/> Acesso em: 15 jul. 2021.

DOMINGUES, Ivan. **Epistemologia das ciências humanas**. Tomo I: positivismo e hermenêutica. São Paulo: Loyola, 2004.

EAGLETON, T. **A ideia de cultura**. Tradução de Sandra Castelo Branco. São Paulo: UNESP, 2011.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FIMS. FACULTY OF INFORMATION & MEDIAS STUDIES (FIMS), 2021, Disponível em: <https://www.fims.uwo.ca>

FIALHO, J. F. **A cultura informacional e a formação do jovem pesquisador brasileiro**. 2009. 235 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) — Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2009.

FIGUEREDO, W. S. **Masculinidade e cuidado**: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. Tese (Doutorado em Medicina) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FROTA, M. G. da C. Desafios teóricos-metodológicos para a Ciência da Informação: descrição, explicação e interpretação. *In*: REIS, A. S. dos; CABRAL, A. M. R. (org.).

Informação, cultura e sociedade: interlocuções e perspectivas. Belo Horizonte: Novatus. 2007. p.49-59.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

GARLICK, S. What is a man? Heterosexuality and the technology of masculinity. **Men an masculinities**, v. 6, n.2, 2003, p.156-172.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. São Paulo: Vozes, 4. reimp., 2019. p. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

GENDINA, Natalia. The concept of a Person's Information Culture: Veiw from Russia. **Archive ouverte HAL**, fev., 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GINMAN, M. Information culture and business performance. **latul Quartely**, v. 2, n. 3, p. 93-106, 1987.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

GLEICK, J. **A informação: uma história, uma teoria, uma enxurrada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995a.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995b.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, R. (Org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

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. Rio de Janeiro**, v. 16, n. 11, nov. 2011.

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

GONÇALVES FILHO, J. M. Problemas de método em Psicologia Social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante". *In*: GONÇALVES FILHO, J. M. (org.) **Psicologia e o compromisso social**. São Paulo, Cortez, 2003.

GRANOVETTER, M. The strength of weak ties. **The American Journal of Sociology**, v. 78, n. 6, p. 1360-1380, 1973.

GUARESCHI, P. Quantitativo versus Qualitativo: uma falsa dicotomia. **Revista Psico**, v. 29, n. 1, p. 165-174, 1998.

HALL, S. Culture and the State. In: Open University. **The State and Popular Culture**: Milton Keynes, 1982, p.7.

HARRIS, R.; VEINOT, T., BELLA, L.; KRAJNAK, J. "Beyond tired of driving that far": HIV/AIDS information Exchange in rural Canada. In: KULING; J. C, WILLIAMS, A.M (Eds.) Health in rural Canada. **Reference & User Services Quarterly**, n. 47, p. 67-79. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019**. Agência IBGE Notícias, 2020

JONHSON, J. D. On contexts of information seeking. **Information Processing and Management**, 39, p.735-760, 2003.

JULIÃO, G. G; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFMS**, v. 1, n. 2, 2011, p144-152.

KIMMEL, M. La producción teórica sobre la masculinidade: nuevos aportes. **Isis International** – Ediciones de las Mujeres, v. 17, dic., p. 129-138, 1992.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, mar. 2001.

LAMBERT, S. D.; LOISELLE, C. Health information seeking behavior. **Qualitative Health research**, v. 17, p.1006-1019, 2007.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; JORGE, M. H. P. de M; LEBRÃO, M. L.; GOTLIEB, S. L. D. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas**: uma contribuição para o enfoque de gênero. [S.l: s.n.], 1998.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LYRA, J. Gênero, saúde e análise de políticas: caminhos e (des)caminhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, 2009.

LYRA, J.; MEDRADO, B.; BARRETO, A. F.; AZEVEDO, M. Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde (BIS)**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 7-15. 2012.

LOPATINA, N. V., SLADKOVA, O. B. The information culture of a megalopolis: The unity of diversity. **Scientific and Technical Information Processing**, v. 39, n. 1, p. 54 -56, 2012.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 6 reimp. São Paulo: E.P.U., 1986.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MAGALHÃES, J.; SILVA, R. L. da S. Percepção do cenário atual da saúde do homem: dificuldades encontradas por indivíduos masculinos em monitoramento contínuo de pressão arterial e diabetes na procura por assistência de saúde em CÁCERES- MT. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 3, p. 39-56, jan./jul. 2015.

MARTELETO, R. M. O lugar da cultura no campo dos estudos da informação: cenários prospectivos. *In*: LARA, M. L. G. de; FUJINO, A.; NORONHA, D. P. (org.). **Informação e contemporaneidade: perspectivas**. Recife: NÉCTAR, 2007.

MARTELETO, R. M. Conhecimento e sociedade: pressupostos da antropologia da Informação. *In*: AQUINO, M. de A. (Org.). **O campo da Ciência da Informação**: gêneses, conexões e especificidades. João Pessoa: UFPG, 2002, p.101-116.

MARTELETO, R. M. Cultura informacional: construindo o objeto informação pelo emprego dos conceitos de imaginário, instituição e campo social. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 89-93, 1995a.

MARTELETO, R.M. Cultura, educação, distribuição social dos bens simbólicos e excedentes informacional, **Informare - Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p.11-23, jul./dez. 1995b.

MARTELETO, R. M. Cultura da modernidade: discursos e práticas informacionais. **Revista de Biblioteconomia da UFMG**, v. 23, N.2, P. 115-137, 1994.

MARTINS, A. M. Masculinidades no Reino de Deus: corpo, gênero e representações sociais de homens entre frequentadores da Igreja Universal do Reino de Deus. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH). 187 f. Belo Horizonte.

MARTINS, A. A. L. Informação e movimentos sociais sob a perspectiva do campo social da Ciência da Informação: uma análise a partir da Macha das Vadias. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 20, n. 4, 2015.

MARTINS, H. H. T. de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MCKENZIE, P. J. A model of information practices in accounts of everyday-life information seeking. **Journal of Documentation**, v. 59, p. 19-40, 2003.

MCKINLAY, E. **Men and health**: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University, jan. 2005.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. 'Eu não sou só próstata, eu sou um homem!' Por que uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. *In*: GOMES, Romeu (org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 20-39.

MEIRELLES, R. M. R.; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 8, 2009.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p.621-626, 2012.

MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica: Dialética como caminho do pensamento social. *In*: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 83-107.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de; CONSTANTINO, P.; SANTOS, Nilton César dos. Métodos, técnicas e relações em triangulação. *In*: MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.363-381, out./dez, 1998.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. de S.(org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.de S. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 239-262, 1993.

MODENA, C. M. *et al.* Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *In*: MARTINS, A. M.; MODENA, M. C. (org.). **Câncer e masculinidades**: o sujeito e a atenção à saúde. Curitiba: Juruá, 2016. p.75 -90.

MORAES, L. B. de.; BARBOSA, R. R. Cultura informacional: uma proposta de modelo com foco organizacional. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 25, n.3, p.131-146, 2015.

MORAES, I. H. S. de; SANTOS, S. R. F. R. dos. Informação em saúde: os desafios continuam. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, 1998.

MORIN, Edgar. Cultura – conhecimento. In: MORIN, Edgar. **O método 4**. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2002. p. 19.

MOURA, M. A. Cultura informacional, redes sociais e lideranças comunitárias: uma parceria necessária. In: MOURA, M. A. (org.). **Cultura informacional e liderança comunitária: concepções e práticas**: Belo Horizonte: UFMG/Proex, 2011. p. 53-57.

MOURA, Maria Aparecida. Ciência da informação e semiótica: conexão de saberes. **Encontros Bibli**: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Florianópolis, n. especial 2, p. 1-17, 2. sem. 2006.

NARDI, H.C. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L. F. D; LEAL, O. F. (Orgs.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectiva etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.95-104.

NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 26-28, 2005.

NASCIMENTO, E.F, JULIAR, R. L.E.F.S. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de jovens. **Ciência & Saúde Coletiva**., v. 14, n. 4, p. 1151-57, jul./ago. 2009.

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.

NASCIMENTO, A. R. A., TRINDADE, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. **Psico-USF**, v. 16, p. 203-213, 2013.

NASCIMENTO, A. R. A.; TRINDADE, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Masculinidade e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 182-194, 2011.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Iniciação sexual masculina: conversas íntimas para fóruns privados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 101-110, 2009.

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

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco: 1993.

OLIVER, G. Understanding information culture: conceptual and implementation issues. **Journal of Information Science Theory and Practice**, v.5, n.1, p.6-14, 2017.

OLIVEIRA, P. P. de. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

OLIVEIRA, P. de S. **Vidas compartilhadas**: cultura e relações intergeracionais na vida cotidiana. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PICHS FERNÁNDEZ, A.; PONJUÁN DANTE, G. La Cultura Informacional: sus principales relaciones conceptuales. **Ciencias de la información**, v. 45, n. 2, p.33-37, maio/ago. 2014.

PINHEIRO, L. V. R. Campo interdisciplinar da ciência da informação: fronteiras remotas e recentes. In: PINHEIRO, L. V. R. (org.). **Ciência da informação, ciências sociais e interdisciplinaridade**. Brasília: IBICT, 1999. p. 155-182.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência Instituto Butantan**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista & Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

REIS, A. S. dos. Informação, cultura e sociedade no PPGCI: contrapontos e perspectivas. In: CABRAL, A. M.; REIS, A. S. (org). **Informação, cultura e sociedade: interlocuções e perspectivas**. Belo Horizonte: Novatus, 2007.

REIS, A. S. dos. Retórica-ideologia-informação: questões pertinentes ao cientista da informação. **Perspectivas em Ciências da Informação**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p.145-160, 1999.

REIS, A. S. dos; SILVA, A. S. C. da.; MASSENSINI, R. L. Informação para o exercício da cidadania. In: MOURA, M. A. (Org.). **Cultura informacional e liderança comunitária: concepções e prática**. Belo Horizonte: UFMG/PROEX, 2011.

ROWLEY, J.; JOHNSON, F.; SBAFFI, L. Gender as an Influencer of Online Health Information-Seeking and Evaluation Behavior. **Journal of the Association for Information Science and Technology**, v.68, n. 1, set. 2015.

ROBINSON, M.; ROBERTSON, S. Health information needs of men. **Health Education Journal**, v.73, n.2, p.10-158, 2014.

SABO, D. Men's health studies: origins and trend. **Emerging Issues In College Health Practice**, v. 49, nov. 2000.

SANTOS, C. D.; VALENTIM, M. L. P. A temática cultura informacional em teses e dissertações dos programas de pós-graduação brasileiros em Ciência da Informação. **Revista Ibero-Americano de Ciência da Informação**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 66-89, jan./abr. 2019.

SANTOS, S. C. M. dos. O modelo predominante de masculinidade em questão. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v.14, n.1, p.59-65, jan./jun., 2010.

SARACEVIC, T. Ciência da informação: origem, evolução e relações. **Perspec. Ci. Inf.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jun. 1996.

SCHOFIELD, T. *et al.* Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. **Journal of American College Health**, v. 48, n. 6, p. 247-256, 2000.

SCHRAIBER; L. B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens na pauta da saúde coletiva. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17., jan./mar. 2005.

SILVA, A. S. C.; VASCONCELOS, W. R. M.; ARAÚJO, C. A. Á. Facebook da saúde do homem: uma análise a partir da ótica cultural e social da informação. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 18., Marília, 2017. **Anais** [...]. Marília: 2017.

SILVA, A.S.C. da. **Informação, paralisia cerebral e solidariedade em rede: narrativas maternas em perspectiva**. 2009. 189 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) — Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, F. M. A. de.; KAFURE MUÑOZ, I. Impacto do fator emocional no usuário quando da recuperação de informação da homepage do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites do Ministério da Saúde. **Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação**, v.10, n.1, p. 164–184, 2021.

SOUZA, L. M. de; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. de S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 151-158, 2008.

SOUZA, L. G. S.; MEIRELES, A. A.; TAVARES, K. M. C.; MENANDRO, M. C. S. Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 3, p. 932-945, 2015.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petropolis: Vozes, 1995.

TRAVICA, B. Information politics and information culture: a case study. **Information Science: International Journal of na Emerging Transdiscipline**, v. 8, p. 211, 2005.

VASCONCELOS, W. R. M. de. **Quem disse que homem não chora?** Comunicação e promoção da saúde do homem em estudo comparado Brasil – Quebec (Canadá). 2017. 369 f. Tese. (Doutorado em Ciências da Saúde) — Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

VILLAR, G. B. **Gênero, cuidado e saúde**: estudo entre homens usuários da atenção primária de São Paulo. 2007. 166 f. Dissertação. (Mestrado em Medicina) — Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WHITE, A.; FAWKNER, H.J; HOLMES, M. Is there a case for differential treatment of young men and women? **The Medical Journal of Australia**, v. 185, n.8, 2006, p.454-455.

WINDEN, G.; HANSEN, P. Managing collaborative information sharing: Bridging research on information culture and collaborative information behavior. **Information Research**, v. 17, n. 4, 2012.

WILLIAMS, R. Culture is ordinary “1958”. Resources of Hope: Culture, Democracy, Socialism. London: Robin Gable, 1989. In: SZEMAN, I.; KAPOSY, T. **Cultural Theory: An Antropolgy**, Wiler-Blackwell, 2011, p.53-59.

WOIDA, L. M.; OLIVEIRA, E. F. T.; VALENTIM, M. L. P. Um estudo de coautorias na temática cultura informacional nos ENANCIBs. ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 11., 2010. **Anais [...]**. [S. I.], 2010.

WOIDA, L. M.; VALENTIM, M. L. P. Cultura organizacional/cultura informacional: a base do processo de inteligência competitiva organizacional. *In*: VALENTIM, M. L. P. (org.). **Informação, conhecimento e inteligência organizacional**. Marília: Fundepe, 2006. p. 25-44.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **World health statistics - 2019: monitaring health for the SDGS – Sustainable Development Goals**, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Boys in the Picture**. Gêneve. WHO. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Men, ageing and health**. Gêneve: WHO, 2001.

WYATT, S.; HARRIS, R.; WATHEN, N. The go-betweens: Health, technology and info(r)mediation. In: WATHEN, C. N.; WYATT, S.; HARRIS, R. (Eds.). **Mediating health information: The go-betweens in a changing socio-technical landscape**. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan, p.1-17, 2008.

YAN, D. Preliminary discussion on the corporate information culture construction in smile and medium-sized enterprises. *In*: INTERNATIONAL SMALL AND MEDIUM ENTERPRISE FORUM ON SME GROWTH AND SUSTAINABILITY, CONFERENCE, 2009. p. 637-645. **Annals [...]**. [S. I.], 2009.

ZIMMERMAN; M. S.; SHAW, G. Health Information seeking behavior: a concept analysis. **Health Informaton & Libraries Journal**, feb. 2020.

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

(Etapa 1)²⁷

Prezado senhor,

Eu, Alberth Sant'Ana Costa da Silva, estou realizando uma pesquisa de doutorado²⁸ sobre a saúde do homem. É um estudo exploratório que tem como objetivo geral investigar a relação do homem com a sua saúde.

Diante disso, gostaria de convidá-lo a participar deste estudo, concedendo-me entrevista de livre vontade a respeito das suas experiências cotidianas em relação aos cuidados com a sua saúde. Reforço que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e o senhor tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A sua participação consistirá em responder perguntas em uma entrevista presencial que acontecerá em dois momentos. O tempo de duração estimado é de 40 minutos para cada encontro, conforme o dia e o horário de comum acordo com o senhor.

O benefício social/coletivo relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é de contribuir com a geração de informações relevantes para a compreensão das questões relacionadas à saúde dos homens, razão pela qual a sua participação é de uma importância. Durante todas as fases da pesquisa haverá garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes deste estudo. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável deste estudo, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, sendo inutilizados após o transcurso desse período. Sendo assim, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito ao pesquisador principal responsável:

- Alberth Sant'Ana Costa – Tel.: (61) 9X16X-X0X0;
- E-mail: alberthsantana@gmail.com (pesquisador responsável).

²⁷ Os responsáveis pela Construtora asseguram que todos os operários são alfabetizados, não sendo necessário a opção de outra modalidade de TCLE. Além disso, como critério de seleção, fará a o recrutamento por profissionais com acima de 18 anos.

²⁸ Orientação: Prof. Dr. Carlos Alberto Ávila Araújo / Coorientação: Prof. Dr. Wagner Vasconcelos. Projeto de pesquisa desenvolvido em Programa de Pós-Graduação brasileiro em Ciência da Informação – Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Belo Horizonte – Tel.: 3409-5207

Informo que as dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa ainda podem ser esclarecidas por meio do Comitê de Ética de Pesquisa:

Tel: (61) 3329-4501

- E-mail cepbrasil@fiocruz.br
- Horário de atendimento: 10h às 12h e de 13h as 15h30, de segunda a sexta-feira.
- Endereço: Avenida L3 Norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A SC 4- CEP 70910-900, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Certo que as informações acima apresentadas lhe forneceram os esclarecimentos necessários em relação a esse trabalho empírico exploratório da pesquisa e caso haja concordância de sua parte em participar deste estudo, solicito que assine o seguinte Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias de igual teor (1 cópia ficará em seu poder):

Eu, _____, portador do R.G: _____, CPF: _____, li, compreendi e estou de acordo com os objetivos e condições de minha participação na pesquisa pela assinatura do presente formulário de consentimento como segue:

- Entrevista gravada;
- Entrevista escrita;
- Entrevista fotografada.

Brasília, _____ de _____ de 2018

Assinatura do entrevistado

Alberth Sant'Ana Costa da Silva
Pesquisador Responsável
Doutorado em Ciência da Informação – PPGCI /UFMG

Página 2 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, _____, de _____ de _____

Contato do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP): 3329-4501

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (Etapa 2)²⁹

Prezado Senhor,

Eu, Alberth Sant'Ana Costa da Silva, estou realizando uma pesquisa de doutorado³⁰ sobre a saúde do homem. É um estudo exploratório³¹ que tem como objetivo geral investigar a relação dos trabalhadores da construção civil com a própria saúde.

Diante disso, gostaria de convidá-lo a participar deste estudo, concedendo-me entrevista de livre vontade a respeito das suas experiências cotidianas em relação aos cuidados com a sua saúde.

Reforço que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e o Senhor tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua participação consistirá em participar de dois encontros cuja dinâmica dessas reuniões terão tempo estimado de 3 horas cada um deles, conforme as datas e horários a serem acordados com o Senhor e com os demais envolvidos.

O benefício social/coletivo relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é de contribuir com a geração de informações relevantes para a compreensão das questões relacionadas à saúde dos homens, razão pela qual a sua participação é de suma importância.

Durante todas as fases da pesquisa haverá garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes deste estudo. Todavia, caso haja produção de material didático midiático, solicitamos a concessão do uso da sua imagem para fins da divulgação dos resultados da pesquisa. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador principal deste estudo, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Sendo assim, a qualquer momento,

²⁹ Diante da pandemia do novo coronavírus, serão adotados os protocolos de segurança no tange aos cuidados e proteção aos participantes da pesquisa, disponibilizando máscara, álcool em gel, além da distância de 1,5m entre os participantes

³⁰ Orientação: Prof. Dra. Alcenir Soares dos Reis / Coorientação: Prof. Dr. Wagner Vasconcelos

³¹ Projeto de pesquisa desenvolvido em Programa de Pós-Graduação brasileiro em Ciência da Informação - Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Belo Horizonte – Tel.: 3409-5207

durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito ao pesquisador principal responsável:

- Alberth Sant'Ana Costa – Tel.: (31) 994XX-XXXX;
- e-mail: alberthsantana@gmail.com (pesquisar responsável)

Informo que as dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa ainda podem ser esclarecidas por meio do Comitê de Ética de Pesquisa:

- Tel: (61) 3329-4501
- E-mail cepbrasil@fiocruz.br
- Horário de atendimento: 10h às 12h e de 13h as 15h30, de segunda a sexta-feira.
- Endereço: Avenida L3 Norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A SC 4- CEP 70910-900, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Certo que as informações acima apresentadas lhe forneceram os esclarecimentos necessários em relação a esse trabalho empírico exploratório da pesquisa e caso haja concordância de sua parte em participar deste estudo, solicito que assine o seguinte Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias de igual teor (1 cópia ficará em seu poder):

Eu, _____,
portador do R.G: _____, CPF: _____, li,
compreendi e estou de acordo com os objetivos e condições de minha participação na
pesquisa pela assinatura do presente formulário de consentimento como segue:

- () Entrevista gravada;
- () Entrevista escrita;
- () Entrevista fotografada.
- () Concessão do uso da minha imagem, fotografia e voz sem qualquer remuneração para fins de divulgação dos resultados da pesquisa que estou participando em contextos acadêmicos/científicos.

Telefones: _____

Endereço: _____

Brasília, _____ de _____ de 2020

Assinatura do entrevistado

Alberth Sant'Ana Costa da Silva – Pesquisador Responsável

Página 2 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, _____, de _____ de _____

Contato do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP): 3329-4501

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE C — ROTEIRO DE ENTREVISTA

Prezado Participante,

Vou lhe entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Podemos lê-lo juntos, assim vou lhe explicando todos os termos presentes no documento. Não havendo nenhuma dúvida e caso realmente deseje participar deste estudo de forma voluntária, livre e esclarecida, solicito que assine as duas vias, uma ficará com a sua posse e a outra para comigo. Então, após assinatura, preciso que me informe alguns dados, a fins de preencher o formulário de participação:

Nome do entrevistado: Atuação profissional:

Data: _____ Horário: _____ Local: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Estado civil: _____ Tem filhos: _____ (Se sim, quantos) _____

PARTE A – Esclarecimento sobre a pesquisa

Para iniciarmos a entrevista, reforço, que havendo qualquer dúvida, você pode manifestá-la, pois terei o grande interesse em esclarecê-la. Caso no decorrer da nossa conversa, você sinta necessidade em interrompê-la, fique à vontade, não haverá problema! Você também está assegurado em desistir de participar deste estudo, a qualquer momento, sem nenhum problema para você. Bom, a partir desse momento, farei algumas perguntas bem simples e peço que fique bem à vontade para respondê-la. Então, podemos começar?

PARTE B – Realização da entrevista

EIXOS/CATEGORIAS DE ANÁLISE	PERGUNTAS
CUIDADO/MASCULIDADE	1. O que você entende por cuidar da saúde?
	2. Você cuida da sua saúde? Se sim, como?
	3. Quando você era criança, como era tratada a sua saúde? (tinha alguma condição especial de saúde - doença, situação...)
	4. E na sua adolescência, houve alguma mudança sobre o cuidado com sua saúde?
	5. E hoje, como você cuida da sua saúde? (condição especial de saúde)
	6. Você acha que a saúde do homem é tratada de forma diferente da saúde da mulher? Se sim, quais as diferenças?
	7. Você acha que a saúde do homem é melhor que a da mulher?

	8. Você acha que os homens cuidam mais ou menos da saúde em relação às mulheres?
	9. Na sua família, existem diferenças nesse cuidado?
INTERÁRIO INFORMACIOAN	10. Você busca informações sobre saúde? Se sim, como você busca? (onde busca?)
	11. Essas informações fazem diferença pra você? Se sim, como?
	12. Você acha difícil encontrar informações sobre saúde do homem?
	13. Você tem alguma dificuldade em compreender as informações sobre saúde?
	14. Você conhece alguma ação voltada para a saúde do homem?
	15. Quando você está com problema de saúde, o que você faz para resolvê-lo?
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	16. Você costuma ir a centros (ou unidades) de saúde?
	17. Se sim, você acha que esses espaços são adequados para os homens?
	18. Com quem você compartilha as dúvidas sobre os problemas de saúde?
	19. Você participa de atividade ligada à saúde do homem?
	20. Você fala sobre sua saúde com outras pessoas? Se sim, com quem e onde?

PARTE C – FECHAMENTO

Bom, as perguntas da entrevista acabaram.

Mas, caso queira, você tem liberdade para falar sobre qualquer aspecto que conversamos, ou, até mesmo, incluir uma questão vinculada ao tema que pensou durante a nossa entrevista.

Procederei com a transcrição da sua entrevista e, ao finalizá-la, farei novo contato para lhe apresentar o seu depoimento transcrito para sua leitura. Você concordando como o conteúdo registrado que lhe apresentarei, darei andamento com a análise do seu depoimento, a fim de selecionar alguns trechos que serão contextualizados no meu relatório de pesquisa sobre a saúde do homem.

Então, (não havendo nenhuma dúvida/após a inclusão das considerações) podemos encerrar a entrevista!

Por fim, reforço que foi muito importante a sua participação.

Vale lembrar de que, ao concluir esta pesquisa, você será informado da apresentação/divulgação dos resultados. E, mais uma vez, muito obrigado.

APÊNDICE D — ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO**SAÚDE DO HOMEM NO
TRABALHO**

PREZADO TRABALHADOR

Este questionário visa compreender o perfil dos trabalhadores da construção civil em relação aos cuidados com a própria saúde e com os aspectos relacionados ao seu trabalho.

Sendo assim, convido você a responder as perguntas deste questionário. A sua participação é muito importante.

1 QUAL A SUA FAIXA ETÁRIA?

- Abaixo de 20 anos
- De 20 a 30 anos
- De 31 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- De 51 a 60 anos
- Acima de 60 anos

2 QUAL A SUA ESCOLARIDADE ?

- Ensino Fundamental (completo)
- Ensino Fundamental (incompleto)
- Ensino Médio (completo)
- Ensino Médio (incompleto)
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

**3 COMO VOCÊ FOI ADMITIDO NA
CONSTRUTORA?**

- Por indicação
- Por seletiva interna

**4 QUAL O TEMPO MÉDIO QUE
VOCÊ GASTA PARA CHEGAR AO
TRABALHO?**

- Até 1 hora
- De 1h a 1h30 minutos
- De 1h30 minutos a 2 horas
- De 2h a 2h30 minutos
- De 2h30 minutos a 3 horas
- Acima de 3 horas

**5 QUAL O MEIO DE TRANSPORTE
QUE VOCÊ UTILIZA PARA IR AO
TRABALHO?**

- Veículo próprio (carro)
- Veículo próprio (moto)
- Carona
- Transporte público
- Outro _____

**6 VOCÊ GOSTA DO ALMOÇO
OFERECIDO PELA EMPRESA?**

- Sim
- Não

7 SE VOCÊ NÃO GOSTA DA COMIDA, O QUE PODERIA SER OFERECIDO? (Marque mais de uma opção se desejar)

- Variação de legumes
- Opção de frutas
- Variação de carne
- Opção de comida vegetariana
- Opção de cardápio para pessoas com intolerância a glúten/lactose
- Maior quantidade

8 VOCÊ USA DIARIAMENTE OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA O DESENVOLVIMENTO DAS SUAS ATIVIDADES?

- Às vezes
- Sempre
- Nunca

8.1 SE VOCÊ USA OS EPIs SÓ ÀS VEZES OU NUNCA QUAL O PRINCIPAL MOTIVO?

- Esquecimento
- Não me sinto confortável com o EPI
- Material não disponibilizado pela empresa
 - Pressa
 - Outro _____

9 VOCÊ UTILIZA PROTETOR SOLAR?

- Sim
- Não

9.1 SE SIM, QUANTAS VEZES AO DIA?

- De 1 a 2 vezes;
- De 2 a 3 vezes;
- De 3 a 4 vezes;
- De 4 a 5 vezes;
- Mais de 5 vezes.

10 SE VOCÊ NÃO USA PROTETOR SOLAR, QUAL O MOTIVO PRINCIPAL?

- Não tenho recurso financeiro para comprar
- Esqueço de usar
- A empresa não fornece
- Não gosto de usar

11 VOCÊ LAVA AS MÃOS

- antes de ir ao banheiro?

- Sim
- Não

- ao sair do banheiro?

- Sim
- Não

- antes do almoço?

- Sim
- Não

12 VOCÊ LAVA O SEU TALHER ANTES DA REFEIÇÃO?

- Sim
- Não

13 VOCÊ ESCOVA OS DENTES

- após os lanches?

- Sim
- Não

- após o almoço?

- Sim
- Não

Muito obrigado pela sua participação.

APÊNDICE E — ROTEIRO GRUPO FOCAL

Data do encontro; 18 de julho de 2020

Atividade 1: Saúde – O que é para os participantes?

Objetivos

- Ampliar a compreensão dos resultados obtidos, na primeira fase, em termos:
- O que é saúde para cada participante?
- Qual a importância da saúde que os trabalhadores da construção civil atribuem para o seu desempenho profissional?

Instruções

- Haverá um painel com a seguinte pergunta norteadora: O que é saúde para você? Após os participantes discorrerem sobre a perspectiva deles acerca do que consideram saúde, será disponibilizado um conjunto de 20 expressões aleatórias que podem ser atribuídas ao conceito de saúde:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ALIMENTAR BEM | <input type="radio"/> PREVINIR ACIDENTES NO TRABALHO |
| <input type="radio"/> BUSCAR SER FELIZ | <input type="radio"/> PROLONGAR O TEMPO DE VIDA |
| <input type="radio"/> CONSTRIR BONS RELACIONAMENTOS | <input type="radio"/> REALIZAR OS SONHOS |
| <input type="radio"/> CONTRIBUIR PARA A VIDA DOS FILHOS | <input type="radio"/> SER AUTONOMO (FINANCEIRAMENTE) |
| <input type="radio"/> CUIDAR DO CORPO | <input type="radio"/> DESENVOLVER UMA AUTOESTIMA |
| <input type="radio"/> CUIDAR E PROVER AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA | <input type="radio"/> SENTIR BEM-ESTAR |
| <input type="radio"/> ENFRENTAR OS MEDOS E AS INSEGURANÇAS | <input type="radio"/> CURTIR O TEMPO DE LAZER |
| <input type="radio"/> PRATICAR EXERCÍCIOS FÍSICOS | <input type="radio"/> MANTER UMA ROTINA |
| <input type="radio"/> PREVENIR DOENÇAS | <input type="radio"/> TER VIDA SEXUAL ATIVA |
| | <input type="radio"/> TRABALHAR |
| | <input type="radio"/> MORAR BEM |

Instruções

Será solicitado que cada participante selecione 5 expressões. Após essa seleção, eles serão orientados a colar as expressões em ordem em que elas foram selecionadas na folha que estará disponível na mesa de trabalho deles. Será solicitado que cada participante apresente a ordem de sua lista ao grupo. Partindo das expressões escolhidas pelos participantes, identificará o ordem de prevalência do grupo. Após essa sistematização, fomentar a discussão com o intuito de todos tenham oportunidade de opinarem sobre o resultado obtido. Finalizar a Atividade 1 com o registro de agradecimento pela participação de todos. Orientar para o início da Atividade 2.

Atividade 2: Como você aprendeu, ao longo da sua história, sobre saúde?

Objetivos:

- Ampliar a compreensão dos resultados obtidos, na primeira fase do trabalho empírico, sobre como o trabalhador da construção civil constrói seu entendimento sobre cuidado/saúde masculino(a).
- Identificar e caracterizar, pela perspectiva do arcabouço teórico de cultura informacional, com mais clareza, as ações desenvolvidas pelos homens no trato com a própria saúde.

Instruções

- Esclarecer a relação da Atividade 1 (entendimento/construção coletiva do conceito de saúde) com a Atividade 2 (memória de cuidado com a saúde ao longo da vida); preparar um painel pela fase etária: infância/adolescência, idade adulta e maturidade, de forma a registrar as manifestações dos participantes diante das perguntas propostas, conforme demonstrado a seguir:

Infância/adolescência	Idade adulta	Maturidade
Como foram as aprendizagens sobre saúde com os pais, parentes e amigos?	Como foi a aprendizagem na fase adulta? Quais foram as informações buscadas?	Como o cuidado com a saúde tem sido repassado no seu contexto familiar?

Coordenar as discussões por meio das seguintes questões de apoio:

Palavras-chave: Memória da saúde na infância/adolescência

1. Quais ensinamentos de seus avôs e pais ou outros adultos se lembram sobre cuidados com a saúde?
2. Na adolescência, quais eram suas dúvidas relacionadas à saúde?
3. Quais eram as principais dificuldades em relação à saúde? Como buscavam resolvê-las?
4. Havia a presença de informação via igreja, posto de saúde ou de pessoas mais velhas?

Palavras-chaves: Cuidado da saúde na fase adulta

1. De quais informações você lembra que lhe serviram de orientação quando atingiu a fase adulta? (após os 18 anos)
2. Na sua fase adulta, quais as suas preocupações com sua saúde? O que você fez para solucionar essa preocupação?
3. Aos pais, a paternidade tornou-se um marco importante para você cuidar de sua saúde? Se sim, por quê?
4. Como é a sua relação com o Sistema Público de Saúde? Há pontos que facilitam o acesso ao atendimento oferecido por esse sistema? O que dificulta a sua procura ao atendimento na unidade de saúde pública?

Palavras-chave: Cuidado da saúde na maturidade

1. Quando você passou a sentir um homem adulto?
2. Com a maturidade, vocês passaram a se preocupar mais com a saúde? Vocês passaram a cuidar mais da saúde a partir desta fase?
3. Quais são os desafios de vocês agora para cuidar da própria saúde? O sistema de saúde ajuda para que seus cuidados se realizem?
4. O que seria preciso para você ir mais vezes às unidades de saúde?

Finalizar a Atividade 2 agradecendo a participação de todos. Propor um intervalo de 10 minutos.

Atividade 3: *Relação Saúde x Doença. Principais doenças presentes no contexto masculino.*

Objetivos

- Ampliar a compreensão dos resultados obtidos, na primeira fase do trabalho empírico, sobre como o trabalhador da construção civil vivencia a relação saúde-doença, em termos:
 - da cultura informacional que perpassa a dimensão do cuidado, saúde-doença;
 - das fontes de informações “procuradas”; identificação dos caminhos percorridos;
- das formas de compreensão/assimilação e apropriação das informações obtidas; dos procedimentos de ação desenvolvidos pelos homens diante do enfrentamento de doenças e demais questões relacionadas à saúde.
- no painel, de fácil visualização para todos os participantes, apresentar termos que revelam as principais doenças presentes no contexto masculino. (conforme a revisão de literatura já realizada).
- disponibilizar, em formato impresso, para cada participante, a descrição das doenças e causas de morte externas que podem acometer os homens, com base apresentado pelo Ministério da Saúde. (ANEXO A)
- Antes de prosseguir com a Atividade 3, confirmar se houve entendimento por parte de todos. Sanar possíveis dúvidas.

Painel ilustrativo da Atividade 3: doenças que podem atingir especificamente à população masculina e possíveis causas externas de morte acometidas a todas as pessoas.

Questões norteadoras da Atividade 3

- Alguém deste grupo já teve ou conhece alguma pessoa tem experiência com alguma dessas doenças indicadas no quadro ou outra talvez?
- Quem gostaria de falar do que sabe e/ou conhece sobre as doenças apresentadas no quadro ou de outra que tenha enfrentado, tendo como base as suas experiências ou vivências com parentes ou amigos?
- Se você já teve alguma dessas doenças ou outra possível, houve algum movimento de busca por informação para entender sobre o que estava acontecendo e para o tratamento? De que forma obteve as informações?

Perguntas mais objetivas

- Das situações de doença enfrentadas, como você buscou ajuda? Quais foram as informações mais importantes para processo de recuperação?
- Quais foram as instituições procuradas nas situações de doença?
- Quais foram os recursos e assistências médicas buscadas?
- Se foi um conhecido relatado há pouco, como essa pessoa fez para buscar orientações/informações para o tratamento? A experiência desse conhecido lhe influenciou de alguma forma?

Finalizar a Atividade 3 agradecendo a participar de todos. Conduzir o grupo para o início da Atividade 4.

Atividade 4: *O homem e sua saúde: mitos e verdades em relação as formas de enfrentamento de doenças.*

Orientações: No painel, apresentar as seguintes perguntas:

- Os homens têm medo de doença?
- Os homens “escondem” quando estão doentes?
- Que tipo de ajuda os homens precisam para vencer os medos e inseguranças provocadas pelas doenças?

Os participantes serão convidados a opinarem sobre as questões apresentadas no painel, após esse momento, a **Atividade 4** será encerrada.

Atividade 5: Corpo, saúde e trabalho: O trabalho coloca exigências ao corpo

Objetivos

- Ampliar a compreensão dos resultados obtidos, na primeira fase do trabalho empírico, sobre a relação presente entre corpo-trabalho-saúde, pela perspectiva do aporte teórico advindos da cultura informacional, das representações sociais/masculinidades e dos determinantes sociais de saúde.

Instruções

- Preparar um painel, com o intuito de apresentar três palavras centrais: corpo, saúde e trabalho.

CORPO	SAÚDE	TRABALHO
-------	-------	----------

Convidar os participantes a refletirem sobre a relação corpo-saúde-trabalho, por meio das seguintes questões norteadoras:

Tema: SAÚDE

1. Como deve estar a sua saúde para o seu trabalho?
2. Se a sua saúde não estiver boa, o que isso influencia no seu trabalho?
3. Quais as regras de segurança no trabalho que você tem de obedecer?
4. Há um setor responsável para orientar sobre equipamentos e comportamentos para a sua segurança?
5. Como essas orientações te ajudam?

Tema: CORPO

1. Quais são os cuidados que você realiza pensando na saúde para o seu corpo?
2. Quais atividades você desenvolve no seu intervalo de descanso/lazer?
3. Por que a alimentação é importante para o trabalhador da construção civil?
4. Como seria uma alimentação saudável para o trabalhador da construção civil? No seu cotidiano, como tem sido a sua alimentação?

Tema: TRABALHO

1. Qual a importância do seu trabalho para sua vida?
2. Há quantos anos você trabalha neste ofício?
3. Como você apreendeu a sua função?
4. Quais são as suas expectativas em relação ao seu trabalho?

Após as manifestações, agradecer as contribuições de todos de forma a finalizar a **Atividade 5**

GRUPO FOCAL - DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS

Complemento informacional

Caro participante do Grupo Focal

Este material apresenta uma síntese das definições sobre doenças e causas externas de morte que podem acometer a população masculina, conforme o Ministério da Saúde. As definições foram retidas do Glossário Temático da Saúde do Homem.

Fique à vontade para levar esse material para casa, após a nossa dinâmica de Grupo Focal.

Acidente de trânsito

Evento com danos físicos e/ou materiais, de ocorrência em via pública, envolvendo veículos de qualquer categoria, pessoas e ou animais.

Observações:

O homem é mais vulnerável aos acidentes de trânsito por estar mais exposto a situações de risco, seja pelo comportamento – em muitas situações, mais agressivo ao dirigir –, seja pela associação com fatores de risco – como excesso de velocidade e uso de álcool e outras drogas na direção.

Acidente vascular cerebral

Acidente vascular encefálico; AVE; Derrame. Alteração do fluxo sanguíneo que irriga o cérebro, com restrição ou extravasamento, sendo a primeira causa de morte e incapacidade no País.

Observações:

Os homens apresentam mais fatores comportamentais de risco do que as mulheres – como maior consumo de bebida alcoólica e tabaco. Estar mais acima do peso e ter uma alimentação inadequada –, o que pode resultar em maior mortalidade por AVC para eles que para elas. (Vigitel, 2016).

AIDS

Síndrome da imunodeficiência adquirida. Enfermidade causada pelo vírus HIV, transmitida sexualmente, por compartilhamento de seringas e agulhas, por transfusão de sangue ou da mãe para o bebê, que se caracteriza pelo enfraquecimento do sistema imunológico do indivíduo e pela predisposição ao aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias (câncer)

Alcoolismo

Uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Observações:

Alcoolismo, no Brasil, é doença relevante com manifestação predominante em homens; Consumo de 4 ou 5 doses de álcool numa única ocasião, respectivamente, entre mulheres e homens é mais prevalente entre os homens (21%) que entre as mulheres (12%); 27,3% dos homens e 12,1% das mulheres relatam fazer uso e abuso de bebida alcoólica (Vigitel, 2016).

Andropausa

Deficiência androgênica do envelhecimento masculino; Deficiência hormonal masculina. Diminuição gradual dos níveis sanguíneos da testosterona, que acompanha o envelhecimento e pode estar associada à diminuição da libido e, como consequência, à redução da qualidade de vida do homem.

Observações:

A andropausa ocorre de forma lenta e gradual e atinge aproximadamente 25% dos homens após os 50 anos. Os sintomas clínicos típicos são: diminuição do desejo sexual, da qualidade e frequência

das ereções; alterações de humor, com depressão e irritabilidade; distúrbios do sono; diminuição da massa magra, volume e força muscular; entre outros;

A andropausa pode apresentar alguns efeitos colaterais como: aumento no risco de doenças cardiovasculares, policitemia, apneia do sono, hepatotoxicidade, ginecomastia e hipertensão arterial sistêmica, entre outros

Câncer de bexiga

Doença maligna silenciosa, com maior incidência em homens acima dos 40 anos.

Observações:

Câncer de bexiga apresenta como principal fator de risco o tabagismo; também está relacionado com o risco à exposição a produtos químicos (principalmente para aqueles que trabalham inalando esses produtos), a idade (com maior frequência nas pessoas mais velhas) e o gênero (sendo os homens mais susceptíveis).

Câncer de pênis

Doença com maior incidência em homens a partir dos 50 anos, relacionada principalmente à má higiene íntima, ao não uso de preservativo nas relações sexuais, à não realização de postectomia nos casos de fimose e ao tabagismo.

Observações:

O câncer de pênis, no Brasil, representa 2% de todos os tipos de câncer que atingem o homem, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste (INCA, 2013).

Câncer de próstata

Doença de evolução geralmente silenciosa que costuma ocorrer em homens a partir de 60 anos, com maior prevalência na faixa etária de 80 anos ou mais.

Observações:

O câncer de próstata, no Brasil, é o segundo mais comum entre os homens (INCA, 2016), estando associado a histórico da câncer na família, à obesidade e ao tabagismo.

Câncer de testículo

Doença menos frequente, porém, com maior incidência em homens jovens, em idade produtiva.

Observações:

O câncer de testículo, entre 2009 e 2014, segundo dados do sistema de Informações de Mortalidade (SIM), ocasionou aproximadamente 14 mil mortes de homens. O câncer de testículo apresenta índice de cura elevado, se detectado precocemente, sendo a criptorquidia um fator importante que influi no seu surgimento, além do tabagismo.

Cirrose

Alteração grave do fígado, irreversível, em que as células funcionais do órgão são substituídas por tecido fibroso impossibilitando o desempenho normal de suas funções.

Observações:

A cirrose tem origem em causas diversas como infecções, alterações metabólicas, medicamentos e consumo frequente e/ ou abusivo de álcool, sendo as hepatites virais e o alcoolismo crônico as principais;

Em estágios iniciais, pode ser reversível, caso ocorra tratamento das causas, como o controle da diabetes, a abstinência de álcool, o tratamento da hepatite, o controle da obesidade;

Homens apresentam maior taxa de mortalidade específica por cirrose hepática, principalmente acima dos 50 anos, conforme o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Diabetes

Doença metabólica, de origem endócrina, não contagiosa, silenciosa e crônica, na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz, gerando aumento nos níveis sanguíneos de glicose – a chamada hiperglicemia –, podendo haver danos em órgãos, vasos sanguíneos e nervos.

Depressão

A depressão é um problema médico grave e altamente prevalente na população em geral. De acordo com estudo epidemiológico a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a OMS, a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico.

Disfunção sexual masculina

Representa alteração na capacidade sexual, qualitativa ou quantitativa, do homem.

Observações

- A disfunção sexual pode se manifestar em alterações da ejaculação – precoce, retrógrada, tardia, ausente –, da ereção, e/ou do orgasmo, além da presença de dor ou desconforto nas relações sexuais.
- A disfunção sexual masculina pode estar associada a distúrbios físicos ou psicológicos.

Disúria

Distúrbio da micção com diferentes graus de desconforto: dor, ardor ou sensação de queimação ao urinar.

Observações

- A disúria é um dos sintomas considerados para indicação do diagnóstico precoce do câncer de próstata, sendo importante sua detecção em estágio inicial pelo profissional de saúde, realizando os encaminhamentos necessários;
- Também pode estar presente em outras doenças que acometem o sistema geniturinário do homem.

Doença pulmonar obstrutiva crônica

Doença respiratória prevenível que ocorre com maior frequência em pessoas expostas ao tabagismo ou poluição ocupacional, caracterizada por dispneia, tosse crônica e expectoração.

Observação

- A doença pulmonar obstrutiva crônica ocorre com maior frequência em homens, especialmente idosos.

Doenças cardiovasculares

Grupo de enfermidades crônicas, não transmissíveis, que afeta o coração ou os vasos sanguíneos, como o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e arritmias cardíacas

Observação

As doenças cardiovasculares merecem destaque por serem responsáveis por 60% das causas de morte em homens, principalmente acima de 60 anos.

Hepatites virais

Doenças infecciosas que prejudicam o fígado e podem levar à cirrose e ao câncer.

Observações

- As hepatites virais são classificadas pelas letras A, B, C, D, E, sendo as hepatites B e C mais prevalentes na população masculina, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- São preveníveis por meio de ações, como: o uso de preservativos; o não compartilhamento de objetos pessoais (como escovas de dentes) e de perfurocortantes (seringas, agulhas, lâminas de barbear e kits para manicure, por exemplo);
- Boas práticas de higiene pessoal são importantes para se evitar a infecção de alguns tipos de hepatites virais, como A e E.
- Outra forma de prevenção é a vacinação contra as hepatites A e B.

Hipertensão arterial sistêmica

Condição clínica multifatorial caracterizada por pressão arterial continuamente elevada, associada com frequência a alterações em órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas.

Observações

- A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no mundo, pois é uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, reconhecida como origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis.
- Apesar do maior número de mulheres diagnosticadas com HAS, os homens morrem mais por essa causa.

Incontinência urinária

Distúrbio da micção que apresenta perda involuntária da urina por incapacidade de seu controle ou armazenamento.

Observações:

- A incontinência urinária pode ocorrer por diversas causas: hormonais, tabagismo, envelhecimento, bexiga hiperativa, entre outras.
- Cerca de 5% dos homens submetidos ao procedimento cirúrgico para retirada da próstata apresentam esse distúrbio.

Infarto agudo do miocárdio (IAM)

Dano decorrente de redução drástica ou falha no suprimento de sangue em uma determinada área do coração, que resulta em necrose (morte) do músculo cardíaco.

Observações

- O IAM é reconhecido como de alta prevalência, mortalidade e morbidade;
- O risco de IAM pode ser aumentado de forma relevante frente a características não modificáveis, como idade avançada, ser homem, de raça negra e com histórico familiar de doenças cardiovasculares;
- Uma alimentação não saudável, rica em gorduras, carboidratos, sal e alimentos processados; o uso de álcool, tabaco e outras drogas; além de situações recorrentes de estresse e sedentarismo são fatores de risco para o IAM.

- Um maior envolvimento do homem com o autocuidado pode reduzir a ocorrência e os agravos resultantes do IAM.

Infecções sexualmente transmissíveis

Enfermidades contagiosas transmitidas principalmente por contato sexual (oral, vaginal ou anal), de origem variável e apresentações clínicas diversas, que causam impacto relevante na qualidade de vida das pessoas e em suas relações.

Observações

- Todas as pessoas são potencialmente vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis; porém, alguns comportamentos podem aumentar o risco para as IST, como, por exemplo, fazer sexo sem preservativos e praticar sexo anal;
- Os homens apresentam maiores fatores comportamentais de risco para as IST como: contatos sexuais casuais desprotegidos; relações sexuais com múltiplas parcerias; início precoce da atividade sexual.

Infertilidade. Sin. Disfunção reprodutiva masculina.

Incapacidade momentânea ou definitiva de gerar filhos e/ou filhas, podendo ser tratada, em alguns casos.

Observações

- A infertilidade pode estar relacionada ao parceiro masculino – isolado ou associado a outros fatores – em 30% a 50% dos casos;
- Espermograma é o primeiro exame específico a ser utilizado para investigação da infertilidade no homem;
- A busca regular e periódica aos serviços de saúde, pelos homens, auxilia na detecção, na condução e no tratamento de casos de infertilidade;
- Um maior envolvimento do homem com o autocuidado e com a reprodução pode auxiliar na detecção, na condução e no tratamento de casos de infertilidade.

Nictúria

Distúrbio da micção que apresenta aumento do volume urinário noturno podendo refletir na diminuição da autonomia miccional.

Observações

- A nictúria pode estar associada a enfermidades masculinas, como hiperplasia prostática benigna e prostatites; no entanto, também pode ocorrer em quadros gerais, como infecções ou neoplasias do trato genitourinário, distúrbios do sono, diabetes, insuficiência cardíaca congestiva.

Obesidade

Enfermidade de caráter multifatorial decorrente do acúmulo excessivo de gordura corporal, associada a riscos para a saúde pela relação com complicações metabólicas.

Observações:

- A obesidade é caracterizada por um índice de massa corporal (IMC) de 30 a 40 kg/m², podendo apresentar-se com ou sem comorbidades, como hipertensão, diabetes e níveis elevados de colesterol e triglicerídeos sanguíneos;
- Excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (CRELIER, 2021);

- A prevenção da obesidade envolve a promoção da alimentação saudável e da realização de atividade física regular.

Orquite

Processo inflamatório ou infeccioso que atinge o(s) testículo(s).

Observações

- A orquite pode ser sintoma de infecção sexualmente transmissível;
- O estigma que acompanha alterações dos órgãos genitais pode dificultar a procura dos serviços de saúde pelos homens

Prostatite

Inflamação da próstata que pode ser de origem bacteriana, nas formas aguda ou crônica, e não bacteriana.

Retenção urinária

Esvaziamento incompleto da bexiga ou cessação da micção, que pode ser aguda ou crônica

Observação

A retenção urinária é comum entre homens e pode ser ocasionada por alterações da próstata e estreitamento da uretra, que causam obstrução do fluxo da urina.

Sífilis

Enfermidade infecciosa sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida sexualmente, por transfusão de sangue, durante a gestação e/ou parto, entre outras

Observação

A transmissão da sífilis pode ser controlada por meio do uso regular de preservativos e por diagnóstico precoce.

Suicídio

Ato intencional de matar a si mesmo, reconhecido como violência autoinfligida, associado com frequência à depressão, a enfermidades físicas e mentais graves, e a fatores socioculturais, como dificuldades profissionais e socioeconômicas.

Observação:

As estatísticas sobre suicídio informam que a prevalência de tentativas é mais elevada nas mulheres, porém os dados de mortalidade evidenciam uma proporção quatro vezes maior em homens, predominantemente adultos, jovens e idosos

Tabagismo

Consumo de produtos derivados do tabaco que causa dependência pela presença de nicotina, associada ao desenvolvimento de doenças.

Observações:

- O tabagismo é fator de risco para mais de 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer, asma, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares;
- A prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino, na raça/cor preta e na região rural.

- De acordo com a pesquisa Vigitel Brasil 2016, a frequência de adultos fumantes foi de 7,2%, sendo maior no sexo masculino (9,5%) do que no feminino (5,4%).

Varicocele

Dilatação anormal das veias que drenam os testículos.

Observações:

- A varicocele, na maioria dos casos, é assintomática, mas alguns homens podem relatar sensação de peso, dor intermitente ou aumento do volume escrotal;
- Considerada a causa mais comum de infertilidade masculina, requer tratamento cirúrgico

Violência

Uso intencional da força física, ou do poder real, ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação

Observações:

- Na Classificação Internacional de Doenças (CID), as violências são agrupadas no conjunto de eventos “causas externas”, que engloba principalmente agressões como os homicídios, lesões autoprovocadas intencionalmente como o suicídio e acidentes (de transporte e outras causas externas de traumatismos acidentais); podem levar a óbito ou a lesões que produzem sequelas temporárias ou permanentes e abrangem grande parcela de todas as violências que atingem a população em geral e os homens, em particular.
- No Brasil, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, a proporção de homens de 18 anos ou mais de idade que sofreram alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, foi maior (3,7%) que entre as mulheres (2,7%) e diminuiu à medida que a idade se elevou.
- A violência vivenciada pelos homens costuma ocorrer nos espaços da rua, tendo geralmente um desconhecido como autor da agressão, enquanto as mulheres sofrem principalmente dentro de suas próprias casas. v) De acordo com o Atlas da Violência, 2017, as principais vítimas de homicídios no Brasil pertencem à população negra, principalmente homens jovens de baixa escolaridade, sendo que, a cada 100 pessoas assassinadas, 71 são negras.

ANEXO A — CARTA DE ANUÊNCIA (modelo³²)

A **Construtora S. A.**, empresa de engenharia, tem interesse em colaborar com o projeto de pesquisa intitulado “**Práticas Informacionais e saúde do homem: narrativas, apropriações e complexidades**”, desenvolvida por Alberth Sant’Ana Costa da Silva, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGCI-ECI/UFMG), sob a orientação do Prof. Carlos Alberto Ávila Araújo (PPGCI/UFMG) e Prof. Wagner R. Manso de Vasconcelos (Fiocruz Brasília).

Tendo em vista o objetivo do referido projeto em analisar as práticas informacionais dos homens em relação aos cuidados com a sua própria saúde, as contribuições da Construtora serão:

- fornecer informações relativas e/ou permitir o levantamento de dados relativos ao número dos profissionais da construção civil da empresa, a fim de possibilita um mapeamento geral do universo da pesquisa e posterior seleção amostral, conforme a faixa etária.

- permitir o acesso aos profissionais da construção civil da empresa, com o intuito de obter o Termo de Livre Consentimento e Esclarecido de forma a integrar os participantes da amostra na pesquisa;

- autorizar a realização, por um período de sessenta dias, nos horários de intervalos dos profissionais, uma fase de observação com vista a compreender a dinâmica de interlocução entre esses trabalhadores;

- viabilizar, caso seja necessário, o espaço físico para a realização da entrevista com os operários.

É importante, ainda, colocar que a Construtora apresenta uma infraestrutura que atende as condições necessárias para o desenvolvimento da pesquisa ora apresentada e que está de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no sentido de tornar público os resultados advindos da pesquisa, sejam eles favoráveis ou não, tendo em vista que será garantido por parte dos pesquisadores responsáveis, o anonimato dos entrevistados e da empresa.

Por fim, após a realização da pesquisa, os responsáveis do Projeto se comprometem a apresentarem os resultados para a gerência da Construtora, os operários participantes do estudo e demais profissionais interessados.

Assinatura dos responsáveis pela autorização (Nome/Função)

Brasília, 13 junho de 2018.

³² Não foi apresentado o original com as assinaturas, tendo em vista o compromisso da preservação do sigilo e anonimato da identificação da Empresa.

ANEXO B — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas informacionais e saúde do homem: narrativas, apropriações e complexidades

Pesquisador: ALBERTH SANT ANA COSTA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93793318.8.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.825.058

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo que busca investigar as práticas informacionais dos homens em relação aos cuidados com a sua saúde. A investigação considerará os elementos informacionais que perpassam as questões sociais e culturais que potencializam ou limitam os cuidados em saúde a serem assumidos pela população masculina. Os sujeitos do estudo serão os homens da construção civil do Distrito Federal.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é investigar as práticas informacionais dos homens em relação aos cuidados dispensados com a sua saúde. O objetivo secundário é identificar as práticas informacionais dos homens em relação ao cuidado dispensados à saúde, analisando-as com base as discussões teóricas acerca dos fatores culturais que se mostram intervenientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os proponentes apontam que a pesquisa não apresenta riscos para os envolvidos, tendo em vista que serão adotados os princípios e recomendações éticas previstas na Resolução CNS 196/96, bem como será resguardado o direito dos participantes de a qualquer tempo, declinarem o interesse em continuarem à participação na pesquisa, sem qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa.

Diante disso, entende-se que a pesquisa apresenta risco mínimo para os participantes, no entanto, é necessário descrever os riscos mínimos, bem como as providências que serão adotadas para

Endereço: Av L3 Norte - Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.825.058

mitigar estes riscos.

Por outro lado a Resolução do CNS de referência vigente é a no. 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual deverá ser atendida para avaliação dos riscos.

Quanto aos benefícios, não foi apresentado nenhum aspecto diretamente voltado aos participantes, mas os proponentes apontam que a pesquisa ampliará a discussão e reflexão da saúde do homem, considerando a notória dificuldade da população masculina em adotar posturas de autocuidado em relação à sua saúde, realidade essa que se apresenta como um problema social, principalmente na esfera da saúde coletiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encerra proposta relevante e atual direcionada especialmente ao conhecimento sobre as práticas informacionais dos homens em relação aos cuidados dispensados com a sua saúde no DF. No que diz respeito aos métodos a serem empregados, trata-se de uma proposta que utilizará abordagem qualitativa com realização de entrevistas com atores-chave. Considerou-se que a proposta apresenta alinhamento entre seu objetivo e os métodos previstos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - Apresentada e conforme

Sumário do projeto - Apresentado e conforme

Projeto completo - Apresentado e conforme

Carta de anuência - Apresentada e conforme

TCLE - Apresentada a versão ajustada e conforme.

Cronograma de Execução - Apresentada a versão ajustada e conforme

Orçamento - Apresentado e conforme

Recomendações:

Recomenda-se que os responsáveis pela pesquisa encaminhem ao CEP os relatórios parciais referentes ao seu andamento e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando os elementos apresentados, recomenda-se a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.825.058

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1168837.pdf	14/08/2018 16:27:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	14/08/2018 15:40:26	ALBERTH SANT ANA COSTA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/07/2018 22:16:01	ALBERTH SANT ANA COSTA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Cep.pdf	02/07/2018 21:57:48	ALBERTH SANT ANA COSTA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	02/07/2018 18:50:17	ALBERTH SANT ANA COSTA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/07/2018 18:48:37	ALBERTH SANT ANA COSTA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 16 de Agosto de 2018

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br