

Masculinidades e Práticas de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte - MG¹

Masculinities and Health Practices in the Metropolitan area of Belo Horizonte - MG

Adriano Roberto Afonso do Nascimento

Doutor em Psicologia. Professor Adjunto, Departamento de Psicologia/FAFICH/UFMG.

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha/UFMG, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: nascimento@fafich.ufmg.br

Zeidi Araújo Trindade

Doutora em Psicologia. Professora Titular, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento/CCHN/UFES.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Cemuni VI, Campus Universitário de Goiabeiras/UFES, CEP 29075-910, Vitória, ES, Brasil.

E-mail: zeidi@uol.com.br

Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento

Doutora em Psicologia. Professora Adjunta, Departamento de Psicologia/FAFICH/UFMG.

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 - Campus Pampulha/UFMG, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: fgian@uol.com.br

Fernanda Bicalho Pereira

Graduanda em Psicologia/FAFICH/UFMG, Bolsista PROBIC/FAPEMIG.

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha/UFMG, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: nandaing22@yahoo.com.br

Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva

Graduanda em Psicologia/FAFICH/UFMG, Bolsista CNPq.

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha/UFMG, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: sara_angelicapsi@yahoo.com.br

Alessandra Craig Cerello

Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto/UFMG.

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Sala 533 – 5 andar, Faculdade de Medicina, Campus da Saúde/UFMG, Santa Efigênia, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: alecerello@yahoo.com

¹ Fontes financiadoras: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais/FAPEMIG e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq.

Resumo

O objetivo desta investigação foi identificar e analisar as representações sociais de saúde e de doença e as práticas de saúde masculina junto a homens residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG. Foram entrevistados 100 sujeitos com idade entre 45 e 55 anos. Os dados foram submetidos às análises de evocação e de conteúdo. Resultados: elementos centrais da Representação Social (RS) de saúde: “bem-estar”, “cuidado” e “importante”. Elementos periféricos próximos: “alegria/felicidade” e “alimentação”. Elementos centrais da RS de doença: “tristeza” e “dor”. Elementos periféricos próximos: “sofrimento” e “morte”. Definição de “cuidar da saúde”: “cuidar da alimentação” (17,25% das respostas) e “praticar atividades físicas” (11,11%). Dos sujeitos, 52% afirmaram que cuidam da própria saúde e 34% que o fazem “às vezes”. Quem contribui para o cuidado com a própria saúde: “eu mesmo” (29,63%), “esposa” (25,93%). Busca por atendimento médico: “às vezes” no Hospital (69% dos sujeitos; motivo principal: “dor forte/persistente”, 13,87% das respostas) ou nos consultórios (72% dos sujeitos; motivo principal: “exames de rotina”, 22,22% das respostas). A análise dos resultados indica a percepção mais geral do cuidar da saúde como um conjunto de práticas individuais objetivando o “bem-estar”. Os resultados também indicam considerável quantidade de ações objetivando os cuidados com a saúde, o que contraria parte das percepções tradicionais quanto à fraca associação entre masculinidades e cuidado de si.

Palavras-chave: Masculinidades; Práticas de saúde; Representações Sociais.

Abstract

The purpose of this research was to identify and analyze the social representations of health and illness and the health practices of men living in the metropolitan area of Belo Horizonte, state of Minas Gerais (Southeastern Brazil). One hundred subjects aged between 45 and 55 were interviewed. The data were submitted to recall and content analysis. Results: Central elements of the Social Representation (SR) of health: “welfare”, “care” and “important.” Close peripheral elements: “joy / happiness” and “food”. Central elements of the SR of disease: “sadness” and “pain”. Close peripheral elements: “suffering” and “death.” Definition of “taking care of one’s health”: “taking care of what I eat” (17.25% of responses) and “performing physical activities” (11.11%). In addition, 52% of the subjects said they take care of their own health and 34% said they do so “sometimes”. Those who contribute for taking care of one’s own health: “myself” (29.63%), “wife” (25.93%). Search for medical care: “sometimes” at the hospital (69% of the subjects; main reason: “severe / persistent pain”, 13.87% of responses) or in clinics (72% of the subjects; main reason: “routine tests”, 22.22% of responses). The results reveal a more general perception of health care as an individual set of practices aimed at “welfare”. The results also point to a substantial number of actions towards health care, which contradicts some of the traditional perceptions about the weak association between masculinities and self care.

Keywords: Masculinities; Health Practices; Social Representations.

Introdução

Seguindo o padrão internacional, no Brasil, “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 e col., 2005, p. 39-40). Para o ano de 2001 (Fonte: Datasus), esses autores destacam- entre as causas mais frequentes de mortes masculinas as “externas” (homicídios e acidentes automobilísticos, entre outras), os “transtornos mentais e comportamentais” (relativos, entre outros, ao consumo de álcool e outras substância psicoativas) e as “doenças do aparelho digestivo” (cirrose hepática, entre outras). Esses dados indicam, de forma clara, a associação entre as principais causas de mortalidade masculina e aspectos da socialização dos homens (WHO, 2000a e 2000b).

Entretanto, tradicionalmente, as investigações que procuram identificar as relações entre saúde e gênero têm se caracterizado como investigações que abordam exclusivamente a saúde das mulheres (Sabo e Gordon, 1995). Só mais recentemente, no contexto dos chamados estudos sobre a masculinidade, a questão dos custos relativos ao “ser homem” para a saúde dos próprios homens tem ganhado destaque (Herrera e Rodríguez, 2001; Keijzer, 1997).

Em revisão de estudos específicos sobre a saúde masculina, Sabo (2005) identificou os temas prioritários da produção norte-americana sobre o tema: uso de álcool, uso de esteróides anabolizantes, dor e negação de sintomas, HIV/aids, câncer de próstata, suicídio e câncer de testículo. No Brasil, um levantamento realizado por Gomes e Nascimento (2006) sobre a produção disponível na base Scielo/Saúde Pública sobre os assuntos homem, masculinidade, masculino, saúde do homem, saúde masculina e termos equivalentes identificou 36 itens que foram agrupados, pelos realizadores do levantamento, nas categorias “sexualidade masculina”, “masculinidade e reprodução” e “masculinidade e poder”.

Nesse conjunto de referências, há recorrentes indicações de que representações e práticas que configuram o modelo hegemônico de masculinidade

favorecem o descuido com a saúde e, por consequência, o aumento de riscos (Courtenay, 2000; Guerriero, Ayres e Hearst, 2002; Silva, 2002).

De maneira geral, é possível considerar que “igualamos a masculinidade [no caso, o modelo hegemônico de masculinidade] com ser forte, bem-sucedido, capaz, confiável e ostentando controle” (Kimmel, 1997, p. 50). Poderiam ser acrescentados a esses atributos a virilidade, o provimento financeiro e a moral da família e sexualidade heterossexual ativa (Leal e Boff, 1996; Fry, 1982; Parker, 1991; Salem, 2004; Trindade e Nascimento, 2004). Esses atributos se desdobram em ações cotidianas que fazem com que a masculinidade possa ser entendida como determinada configuração de práticas (Connel, 1997), ou, melhor, configurações de práticas, admitindo-se que “ser homem” possui significados diversificados dependentes de contextos socioculturais distintos (Kimmel, 1998). Nesse sentido, o que se considera masculinidade hegemônica é um conjunto recorrente de elementos articulados (crenças, atitudes, práticas) que servem de referência para a definição do que é ser homem em determinado contexto, no nosso caso, nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Mais especificamente relacionados às práticas de saúde e admitindo-se que o atestado de hombridade depende diretamente do reconhecimento de determinados atributos pelos pares (Bourdieu, 2002; Kimmel, 1997) e, portanto, está sempre à prova (Trindade e Nascimento, 2004), vários estudos têm mostrado que o temor gerado nos homens pela possibilidade do não reconhecimento dessa hombridade por seus pares possui reflexos nas práticas de cuidado com a saúde desses homens. Nesse sentido, o medo de que a procura por assistência médica possa significar fraqueza e vulnerabilidade (Costa, 2003; Keijzer, 2003; Gomes, 2008), calcado também na percepção mais tradicional do vínculo entre autocuidado e feminilidade (Sabo, 2000; Keijzer, 2003), pode se relacionar a uma percepção de perda de controle. Assim, como afirma Korin (2001, p. 71): “os homens sentem-se incomodados com a situação passiva e dependente do papel de doente e isto contribui para que ignorem sinais de alarme”. Esse conjunto de riscos poderia ajudar a explicar o porquê de os homens procurarem por serviços de saúde somente em casos de emergência (Kalckmann e col., 2005).

Como parte desse conjunto interpretativo, encontra-se ainda a reiterada justificativa, por parte dos homens, de postergar o cuidado com a própria saúde pela falta de tempo em função das exigências da rotina de trabalho (Nascimento e Gomes, 2008) ou pela crença de que a admissão da necessidade de assistência médica poderia pôr em risco o próprio emprego (Nardi, 1998), e a percepção dos serviços de saúde como espaços tipicamente femininos (WHO, 2000a; Costa, 2003).

Somente em casos extremos, portanto, estariam os homens licenciados da condição masculina de invulnerabilidade (Herrera e Rodríguez, 2001; Gomes, 2008). Nessas situações, segundo Korin (2001, p. 82), “diferentemente 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)”.

Pode-se argumentar que esse conjunto de custos da masculinidade hegemônica relativos à saúde é claro no cotidiano dos homens. Não parece ser o caso. Segundo Kimmel (1998, p. 116), “a masculinidade hegemônica é invisível àqueles que tentam obtê-la como um ideal de gênero”. Um dos mecanismos para manter essa invisibilidade é certamente a reiteração nas nossas sociedades da caracterização da saúde como uma responsabilidade individual. Como reconhece Herzlich (2004, p. 388), nas sociedades contemporâneas, a “forte ênfase posta nos ‘estilos de vida’ [...] está transferindo do domínio público para o privado a responsabilidade pela saúde”. A consequência esperada dessa ênfase seria o obscurecimento do vínculo entre práticas reconhecidamente masculinas e o risco de adoecimento.

Estudos antropológicos têm mostrado que as concepções e práticas masculinas descritas podem ser entendidas como compondo um conjunto ordenado baseado em categorias sociais que, se, por um lado, propõe referências dicotômicas para a avaliação e a prescrição do comportamento de homens e mulheres, por outro, permite que os sujeitos matizem essas referências em seu cotidiano (Salem, 2004; Fonseca, 2000; Machado, 2009; Fry, 1982; Parker, 1991; Lago, 1999).

Nesse sentido, parece-nos que o tratamento desse conjunto sob a ótica das representações sociais pode

contribuir para o entendimento da complicada rede de concepções e ações cotidianas relativas à saúde masculina.

Segundo a definição de Jodelet (2005, p. 50), as representações podem ser entendidas:

[...] como uma forma de pensamento social, cuja gênese, propriedades e funções devem ser relacionadas com os processos que afetam a vida e a comunicação sociais, com os mecanismos que concorrem para a definição da identidade e a especificidade dos sujeitos sociais, indivíduos ou grupos, assim como a energética que está na origem das relações que esses grupos mantêm entre si.

Assim, seria possível admitir que “como sistemas de entendimento compartilhado do mundo, as representações oferecem padrões de conhecimento e reconhecimento, disposições, orientações e conduta, que transformam ambientes sociais em lares para atores individuais e lhes permite entender as regras do jogo” (Jovchelovitch, 2007, p. 191).

Naquela que tem sido nomeada abordagem estrutural das representações sociais, admite-se sua organização em uma estrutura formada por dois sistemas: a) o primeiro, central, agregaria os elementos mais estáveis, duradouros e organizadores das representações; b) o segundo, periférico, seria composto de elementos mais contextuais e, portanto, menos estáveis, tendo como função assimilar de forma mais imediata variações relacionadas ao objeto-alvo, procurando garantir a permanência da representação e a sua atualização nas conversações e práticas cotidianas (Flament, 2001a; Abric, 2001a).

Assim, em um contexto de crescente investimento em estudos que possam disponibilizar informações para, inclusive, subsidiar políticas públicas voltadas à saúde masculina (Brasil, Ministério da Saúde, 2009), este trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais de saúde e de doença, bem como os principais motivos para a procura por assistência médica, entre homens da Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG.

De forma mais geral, considera-se relevante o investimento em trabalhos que procurem abordar as concepções e práticas relativas à saúde masculina,

segundo os próprios homens, buscando contrariar “o tradicional hábito masculino de não falar de si” (Welzer-Lang, 2004, p. 112) ou aquilo que Keijzer (1997) denominou, de forma mais acertada, como “o silêncio da cumplicidade masculina”, reconhecendo que essa cumplicidade tem sido danosa para os próprios homens.

Método

Considerando que utilizou-se para este estudo a abordagem estrutural das representações sociais, que exige a identificação empírica de elementos nucleares e periféricos, bem como de um conjunto de informações diretamente relacionadas a esses elementos, tanto a formulação do instrumento de coleta quanto a análise dos resultados caracterizam essa pesquisa, em termos de uma tipologia de procedimentos, como quantitativa, de caráter descritivo-exploratório (Sá, 1998; Flament, 2001b; Abric, 2003). Nesse sentido, foram entrevistados 100 homens (idade entre 45 e 55 anos) residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG. Os sujeitos entrevistados foram abordados em diversos lugares (rua, pontos de ônibus, locais de trabalho), tendo sido a entrevista agendada para locais e horários convenientes para eles. A escolha aleatória dos sujeitos nas cidades de Belo Horizonte (Betim, Contagem, Nova Lima e Ribeirão das Neves - 20 sujeitos em cada) teve como objetivo possibilitar maior diversidade de experiências relatadas. O número de sujeitos arguidos foi definido considerando-se o critério de saturação teórica (Flick, 2004), que leva em consideração, para se definir o número necessário de entrevistados, o esgotamento temático em dada categoria ou questão. Seguindo essa proposição, estipulamos como 100 o número inicial de sujeitos a serem entrevistados. Como o critério utilizado para o número necessário de entrevistas era o de saturação teórica (ou esgotamento temático), ao constatar o fim da variabilidade temática das respostas, considera-se como atingido o número adequado de entrevistas a serem realizadas. Preenchido por entrevistadores recrutados e treinados para sua aplicação, o formulário utilizado para a coleta de informações, composto de questões abertas e de múltipla escolha,

continha os seguintes itens: a) dados socioeconômicos (múltipla escolha); b) termos indutores “saúde” e “doença” para a associação livre de palavras; c) definição de “cuidar da saúde” (aberta); d) prática efetiva de cuidados com a saúde (múltipla escolha); e) identificação de principais agentes que auxiliam nesse cuidado (aberta); f) identificação de frequência de procura (múltipla escolha) e principais motivos de procura por atendimento médico em hospitais (aberta); g) identificação de frequência de procura (múltipla escolha) e principais motivos de procura por atendimento médico em consultórios (aberta). Os dados resultantes da Técnica de Associação Livre de Palavras² foram submetidos ao *software* EVOC³. Os demais dados foram submetidos à Análise de Conteúdo (Franco, 2003; Bauer, 2002), considerando-se o tema como unidade de registro (Bardin, 1977). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº 529/06, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Optou-se pela elaboração dessa seção com um formato explicitamente descritivo, deixando a articulação entre as informações apresentadas a seguir para ser explorada na discussão.

Quanto à caracterização socioeconômica, 52% dos entrevistados se declararam pertencentes à classe econômica média e 22% à classe econômica baixa, sendo que 62% são casados e 73% possuem, pelo menos, 1 filho.

Representação social de saúde

Considerando-se o conjunto de elementos evocados na Associação Livre de Palavras a partir do termo indutor “saúde”, a representação social de saúde para os homens entrevistados apresenta como elementos centrais (primeiro quadrante) o “bem-estar” (FR = 35, OME = 1,629), o “cuidado” (FR = 13, OME = 2,385) e a avaliação “importante” (FR = 11, OME = 2,273). Como elementos periféricos mais próximos dessa representação (segundo e terceiro quadrantes), encontram-se “alegria/felicidade” (FR = 25, OME = 3,680), “tranquilidade” (FR = 16, OME = 3,250), “alimentação” (FR = 17, OME = 3,706), “assistência pública ruim” (FR = 7, OME = 2,429) e “ausência de doenças” (FR = 7, OME = 2,286), entre outros. Na periferia mais distante (quarto quadrante) estão os elementos “disposição” (FR = 8, OME = 2,875), saúde “física” (FR = 8, OME = 3,375), “exercício” (FR = 6, OME = 3,167) e “ir ao médico” (FR = 6, OME = 3,500) (Quadro 1)⁴.

Representação social de doença

Aparecem como centrais (primeiro quadrante) na representação social de doença para os entrevistados os elementos “dor” (FR = 20, OME = 1,950) e “tristeza” (FR = 32, OME = 2,188). Na periferia mais próxima (segundo e terceiro quadrantes) encontram-se, entre outros, “sofrimento” (FR = 18, OME = 3,333), “morte” (FR = 16, OME = 3,625), “câncer” (FR = 12, OME = 2,750) e “cama” (FR = 6, OME = 2,333). A periferia mais distante (quarto quadrante) reúne “depressão” (FR = 8, OME = 3,000), “mal-estar” (FR = 8, OME = 2,500), “angústia” (FR = 7, OME = 4,000) e “desânimo” (FR = 7, OME = 3,286) (Quadro 2).

2 A Técnica de Associação Livre de Palavras “consiste, a partir de um termo indutor [ou de uma série de termos], em pedir ao sujeito que produza todos os termos, expressões ou adjetivos que se apresentem ao espírito. O caráter espontâneo - portanto menos controlado - e a dimensão projetiva dessa produção deveriam permitir o acesso, de forma muito mais rápida e fácil do que em uma entrevista, aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado” (Abric, 2001b, p. 59).

3 EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations*): considerando os critérios de frequência (FR) e de ordem média de evocação (OME), esse *software* permite a identificação dos principais componentes de dada representação, possibilitando também a descrição de sua organização.

4 Os quadros produzidos pelo *software* EVOC propõem a organização dos elementos evocados em 4 quadrantes: a) o primeiro quadrante agrupa os elementos do núcleo, ou seja, aqueles que possuem maior frequência e ordem de evocação. Nesse quadrante, encontram-se os elementos mais estáveis da representação, entendidos como articuladores do conjunto de elementos evocados; b) o segundo quadrante representa a periferia mais próxima da representação e é caracterizado pela alta frequência dos seus elementos. Nele, encontramos aqueles elementos que tanto podem estar se aproximando da condição de nucleares quanto se afastando dessa condição já a tendo ocupado; c) o terceiro quadrante, que agrega elementos com baixa OME, pode representar a segunda periferia da representação ou ser indicativo da existência de um subgrupo de entrevistados que possui uma representação social diferente sobre o objeto em questão; d) por fim, o quarto quadrante apresenta os elementos mais contextuais da representação, possuindo, portanto, um caráter mais transitório e mais adaptativo ao contexto imediato de utilização da representação pelos sujeitos.

Quadro 1 - Representação Social de Saúde por homens de 45 a 55 anos, Belo Horizonte

	Rang < 2,5		Rang ≥ 2,5			
≥ 10	bem-estar	35	1,629	alegria/felicidade	25	3,680
	cuidado	13	2,385	alimentação	17	3,706
	importante	11	2,273	mental	10	2,600
				trabalho	10	3,600
			tranquilidade	16	3,250	
5 a 10	Assistência pública ruim	7	2,429	amor	5	4,600
	ausência de doenças	7	2,286	bom-humor	5	3,800
	bem-estar físico	6	1,833	disposição	8	2,875
	bom	5	1,400	doença	5	3,400
	corpo	6	2,000	dormir bem	5	3,200
	esporte	5	2,200	equilíbrio	5	4,200
	qualidade de vida	5	2,000	exercício	6	3,167
	vida	6	2,000	família	5	6,200
				física	8	3,375
				higiene	5	3,800
			ir ao médico	6	3,500	

Quadro 2 - Representação Social de Doença. Homens de 45 a 55 anos, Belo Horizonte

	Rang < 2,5		Rang ≥ 2,5			
≥ 10	dor	20	1,950	câncer	12	2,750
	tristeza	32	2,188	dependência	11	3,545
				morte	16	3,625
				preocupação	10	3,400
				remédio	11	4,091
				sofrimento	18	3,333
5 a 10	cama	6	2,333	angústia	7	4,000
				depressão	8	3,000
				desconforto	5	3,600
				desânimo	7	3,286
				dinheiro	5	3,000
				estresse	5	3,000
				mal-estar	8	2,500
				prevenção	5	4,000
				problema	8	3,000
				ruim	7	3,000

Definição de “cuidar da saúde”, prática efetiva de cuidados com a saúde e identificação de principais agentes que auxiliam nesse cuidado

A definição de “cuidar com a saúde”, segundo os entrevistados, compreende, principalmente, as seguintes práticas: “cuidar da alimentação” (17,25% das

respostas; 59% dos sujeitos), “praticar atividades físicas” (11,11% das respostas; 38% dos sujeitos), “ir ao médico periodicamente (prevenção)” (9,94% das respostas, 34% dos sujeitos), realização de “exames regulares” (7,31% das respostas; 25% dos sujeitos) e “evitar o que faz mal (fumo, bebidas, drogas)” (6,43% das respostas; 22% dos sujeitos) (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e proporção (%) de respostas segundo a definição de cuidado com a saúde. Homens, Belo Horizonte

Definição	Número	Proporção (%)
Cuidar da alimentação	59	17,25
Praticar atividades físicas	38	11,11
Ir ao médico periodicamente (prevenção)	34	9,94
Exames regulares	25	7,31
Evitar o que faz mal (fumo, bebida, drogas)	22	6,43
Dormir bem	17	4,97
Prevenir	16	4,68
Evitar excessos	14	4,09
Tranquilidade-não ter stress-paz de espírito	13	3,80
Higiene	11	3,22
Bem com os outros (família, amigos, colegas)	8	2,34
Ambiente saudável-seguro	7	2,05
Cuidar do corpo	7	2,05
Equilíbrio	6	1,75
Estar bem-bem consigo	6	1,75
Auto-percepção corporal	5	1,46
Lazer-descanso	5	1,46
Atividade mental	4	1,17
Cuidar da mente-alma-psicológico-emocional	4	1,17
Ir ao médico (curar)	4	1,17
Seguir orientações médicas	4	1,17
Pensar coisas boas-manter-se feliz	3	0,88
Ter condições de acesso a tratamento	3	0,88
Trabalhar-estudar	3	0,88
Agasalhar-se	2	0,58
Buscar informação sobre saúde	2	0,58
Fazer o que gosta	2	0,58
Gostar de si	2	0,58
Ter hábitos saudáveis	2	0,58
Ter qualidade de vida	2	0,58
Ter tempo para você e para a família	1	0,29
Outras respostas	12	3,51
TOTAL	342	100,00

À pergunta “você cuida da própria saúde”, 52% dos entrevistados responderam “sim”, 34% responderam “às vezes” e 14% responderam “não”. Indicaram como principais agentes que contribuem no cuidado com a própria saúde “eu mesmo” (29,63% das respostas), esposa (25,93%), “meus pais/família” (12,04%) e filhos (11,11%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e proporção (%) de respostas para principais agentes que contribuem no cuidado com a própria saúde. Homens de 45 a 55 anos, Belo Horizonte

Quem contribui	Número	Proporção (%)
Eu mesmo	32	29,63
Esposa	28	25,93
Meus pais-Família	13	12,04
Filhos	12	11,11
Ninguém	5	4,63
Amigos	4	3,70
Empresa	4	3,70
Mãe	3	2,78
Médico	2	1,85
Namorada	2	1,85
Outras respostas	2	1,85
Irmão	1	0,93
TOTAL	108	100,00

Identificação de frequência e principais motivos de procura por atendimento médico em hospital

A procura por atendimento médico em hospitais acontece “às vezes” para 69% dos entrevistados e “muito” para 6% desses. Um quarto dos entrevistados afirmou “nunca” procurar atendimento médico em hospitais. Para aqueles que procuram, os principais motivos alegados são: “dor forte-persistente” (13,87% das respostas), “urgência” (10,95%), “lesões de causas externas” (10,22%), “exames de rotina” (8,76%), “procedimentos cirúrgicos” (8,03%) e “doenças do aparelho respiratório” (7,30%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e proporção (%) de respostas segundo motivos da procura por atendimento médico no hospital. Homens de 45 a 55 anos, Belo Horizonte

Motivo	Número	Proporção (%)
Dor forte-persistente	19	13,87
Urgência	15	10,95
Lesões de causas externas	14	10,22
Exames de rotina	12	8,76
Procedimentos cirúrgicos	11	8,03
Doenças do Aparelho Respiratório	10	7,30
Doenças do Aparelho Digestivo	7	5,11
Quando não tem outro jeito-não estou agüentando mais	5	3,65
Doenças do Aparelho Circulatório	4	2,92
Exame de próstata	4	2,92
Algo grave	3	2,19
Doenças do Aparelho Urinário	3	2,19
Doenças Infecciosas Intestinais	3	2,19
Doenças renais túbulo-intersticiais	3	2,19
Febre, febre persistente	3	2,19
Quando encaminhado	3	2,19
Consulta	2	1,46
Doenças Osteomusculares	2	1,46
Tonturas	2	1,46
Tosse persistente	2	1,46
Outros sintomas	5	3,65
Outras doenças	2	1,46
Outras respostas genéricas	2	1,46
Outras especialidades-especialistas	1	0,73
TOTAL	137	100,00

Identificação de frequência e principais motivos de procura por atendimento médico em consultório

Procuram por atendimento médico em consultório “às vezes” 72% dos entrevistados, 8% declaram procurar “muito” e 20% afirmam que nunca o fazem. Para os que procuram, os principais motivos são: “exames de rotina” (22,22% das respostas), “dor” (14,20%) e “oftalmologista” (11,73%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Número e proporção (%) de respostas segundo motivos da procura por atendimento médico em consultório. Homens de 45 a 55 anos, Belo Horizonte

Motivo	Número	Proporção (%)
Exames de rotina	36	22,22
Dor	23	14,20
Oftalmologista	19	11,73
Doenças do Aparelho Circulatório	9	5,56
Exame de próstata	9	5,56
Doenças do Aparelho Respiratório	8	4,94
Doenças do Aparelho Digestivo	5	3,09
Lesões de causas externas	4	2,47
Quando não tem outro jeito-não estou agüentando	4	2,47
Quando passa mal	4	2,47
Algo grave	3	1,85
Clínico geral	3	1,85
Doenças renais túbulo-intersticiais	3	1,85
Homeopata	3	1,85
Urologista	3	1,85
Alergista	2	1,23
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1,23
Doenças Osteomusculares	2	1,23
Exame de sangue	1	0,62
Exames específicos	1	0,62
Otorringolaringologista	1	0,62
Outros sintomas	1	0,62
Psiquiatra	1	0,62
Quando cisma, suspeita	1	0,62
Outras respostas genéricas	6	3,70
Outras doenças	3	1,85
Outras especialidades-especialistas	2	1,23
Sem informação	3	1,85
TOTAL	162	100,00

Discussão

Compõem o núcleo da representação social de saúde uma *concepção* (bem-estar), uma *prática* (cuidado) e uma *avaliação* (importante). Na periferia mais próxima, tem-se uma *prática* (alimentação), uma *consequência* (trabalho), uma *especificação* (mental) e dois elementos que poder-se-iam identificar como

relativos a um *estado subjetivo* (alegria/felicidade e tranquilidade). O terceiro quadrante, que pode estar agrupando elementos relacionados a um subgrupo dos entrevistados, está fortemente vinculado à saúde física (bem-estar físico, corpo, esporte), reunindo também uma *avaliação* (bom), três *concepções* (qualidade de vida, vida, ausência de doenças) e um elemento de *reparação* (assistência pública ruim). A periferia mais distante reúne *práticas* (exercício, dormir bem, higiene, ir ao médico), *consequência* (disposição), *estados subjetivos* (equilíbrio, amor e bom humor), *apoio* (família) e doença.

Em uma leitura mais integrada, poderia-se afirmar que a centralidade da concepção bem-estar possibilita a articulação de dois conjuntos de elementos que se distribuem pelos outros quadrantes. O primeiro desses conjuntos se refere diretamente ao corpo (alimentação, assistência pública ruim, ausência de doenças, bem-estar físico, corpo, esporte, exercício, física e higiene). O segundo conjunto, por sua vez, reúne referências a alegria/felicidade, tranquilidade, amor e bom humor, apontando os aspectos emocionais e subjetivos que extrapolam a percepção tradicional de saúde como saúde do corpo.

Por sua vez, a estrutura da representação social de doença reúne, em seu núcleo, um *estado subjetivo* (tristeza) e uma *consequência* (dor). Na periferia, encontram-se *consequências* do adoecer (dependência, morte, sofrimento e preocupação), *reparação* (remédio) e uma *doença específica* (câncer). No terceiro quadrante, mais uma *consequência* (cama). Mais distantes do núcleo, encontram-se *avaliações* (problema e ruim), *estados subjetivos* (angústia, desconforto), *consequência* (desânimo), *conceito* (mal-estar), *prática* (prevenção), *doenças* (depressão, estresse) e *reparação* (dinheiro).

Também em uma leitura mais integrada, poder-se-ia afirmar que a representação social de doença também apresenta dois grupos de elementos. O primeiro, assim como na representação social de saúde, também se vincula diretamente ao corpo, reunindo elementos como dor, câncer, morte, remédio e cama. O segundo grupo contempla as consequências subjetivas e sociais do primeiro conjunto: tristeza, dependência, preocupação, angústia, desânimo. Na articulação entre esses dois conjuntos teriam-se o elemento sofrimento.

Comparando as duas representações encontram-se: a) a caracterização da representação social de saúde como um somatório articulado dos conjuntos na composição de uma estrutura mais dinâmica, em que corpo e estados subjetivos são interdependentes; b) a caracterização da representação social de doença como ainda fortemente vinculada ao físico e indicando a permanência da tradicional associação entre doença e corpo.

Segundo os entrevistados, cuidar da saúde é principalmente cuidar da alimentação. Em segundo lugar, estaria a prática de atividades físicas. Destaque para a prevenção, citada por um terço dos entrevistados, seguida por exames regulares. Observa-se também que, em seu conjunto, as respostas referem-se ao cuidado de si, ou seja, ao cuidado com a própria saúde. Esse fato confirma o diagnóstico de Herzlich (2004) sobre a progressiva individualização da responsabilidade pela saúde.

Uma boa notícia apontada por essa investigação é que mais da metade dos entrevistados afirmou cuidar efetivamente da própria saúde, o que matiza a genérica avaliação apontada pela literatura de que masculinidade e auto-cuidado não se misturam.

A tendência relatada de individualização da responsabilidade pela saúde pode ser confirmada pela resposta “eu mesmo” de quase um terço dos sujeitos à solicitação para que indicassem agentes que auxiliam no cuidado com a própria saúde. A tabela 2 também indica a importância dada à esposa como cuidadora (Korin, 2001).

Impressiona a frequência de procura por assistência médica em hospitais (75% dos entrevistados), principalmente pelo fato de que um quinto dos sujeitos indicaram como causa a “dor forte/persistente”, o que confirma a justificativa conhecida de que só “algo relevante” merece a atenção dos homens quando se trata de seu estado de saúde. A tabela 3 também mostra que, quando permitiu-se que os sujeitos identifiquem motivos de procura por assistência médica para além das referências ao que pode ser classificado como “causas orgânicas”, abriu-se a possibilidade para que elementos relacionados ao gênero sejam revelados.

A dor também merece destaque para um quarto dos entrevistados como um dos principais motivos

relatados para a procura por assistência médica em consultórios. Vale a pena apontar, em um sentido positivo, o fato de 36% dos sujeitos admitirem ir ao médico para a realização de exames de rotina.

O conjunto desses dados permite as seguintes conclusões:

- a dor deve ser considerada como principal elemento quando se fala da percepção de doença por parte dos entrevistados. Ela é elemento central da representação social de doença e a mais frequente motivação da procura por assistência médica. Entretanto, deve-se notar que aqui há a questão da intensidade da dor. Esse fato pode sugerir que ações relativas à saúde masculina que estejam baseadas somente na veiculação de informações sobre doenças específicas, sem considerar como essas doenças afetam em termos de sensação os corpos masculinos, terão menor impacto no posicionamento dos homens em relação ao autocuidado.
- de forma complementar, a comparação entre as representações sociais de saúde e de doença indica que, ao considerarem “corpo/estados subjetivos” como um amálgama que caracteriza a saúde, em contraposição à doença especificamente física, os sujeitos percebem que manutenção de saúde e enfrentamento de doenças não são equivalentes. Portanto, cada uma dessas duas situações exige abordagem específica no planejamento de ações públicas para o seu enfrentamento.
- a falta de cuidado masculino com a saúde talvez esteja sendo superestimada. Certamente não se está afirmando aqui que já chegou-se a uma situação ideal. Entretanto, a presença do cuidado como elemento central para a representação de doença, a afirmação da realização de exames de rotina por um terço dos entrevistados e, finalmente, a declaração de 52% dos sujeitos de cuidado efetivo com a própria saúde, descontando-se a já conhecida não equivalência exata entre discurso e prática, indicam que não se tem que partir do zero. Talvez seja a hora de começar a investir em trabalhos que procurem, além das causas do não cuidado, as motivações identificadas por homens que cuidam de forma adequada da própria saúde.

Referências

- ABRIC, J. C. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. In: ABRIC, J. C. (org.). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Ccoyacán, 2001a. p. 11-34.
- ABRIC, J. C. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: ABRIC, J. C. (org.). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Ccoyacán, 2001b. p. 53-74.
- ABRIC, J. C. L'analyse structurale des représentations sociales. In: MOSCOVICI, S.; BUSCHINI, F. (org.). *Les méthodes des sciences humaines*. Paris: PUF, 2003. p. 375-392.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional (2009-2011)*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_saude_homem.pdf>. Acesso em: 25 out. 2009.
- CONNEL, R. W. La organización social de la masculinidad. In: VALDES, T.; OLAVARRÍA, J. (Orgs.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago del Chile: ISIS-FLACSO. (Ediciones de las Mujeres), 1997. n. 24, p. 31-48.
- COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 79-92, 2003.
- COURTENAY, W. H. Engendering health: a social constructionist examination of men's health belief's and behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, Washington, D. C., v. 1, n. 1, p. 4-15, jan. 2000.
- FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (org.) *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001a. p. 173-186.
- FLAMENT, C. Approche structurale et aspects normatifs des représentations sociales. *Psychologie et société*, Paris, v. 2, n. 4, p. 57-83, 2001b.
- FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FONSECA, C. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: UFRGS, 2000.
- FRANCO, M. L. P. B. *Análise do conteúdo*. Brasília: Plano, 2003.
- FRY, P. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.
- GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M. HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4 supl., p. 50-60, ago. 2002.
- HERRERA, G.; RODRÍGUEZ, L. Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. In: ANDRADE, X.; HERRERA, G. (eds.). *Masculinidades en Ecuador*. Quito: FLACSO, 2001. p. 157-178.
- HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.
- JODELET, D. *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- JOVCHELOVITCH, S. *Os contextos do saber: representações, comunidades e cultura*. Petrópolis: Vozes, 2007.

- KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS M. P. C. (orgs.). *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: EDUSP/FAPESP, 2005. p. 199-218.
- KEIJZER, B. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. In: TUÑÓN, E. (ed.). *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa: ECOSUR y UJA, 1997. p. 199-219.
- KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLENAS, S. (orgs.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003. p. 137-152.
- KIMMEL, M. S. Homofobia, temor, vergüenza y silencio em la identidad masculina. In: VALDES, I.; OLAVARRÍA, J. (orgs.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago del Chile: ISIS-FLACSO, Ediciones de las Mujeres, n. 24, 1997. p. 49-62.
- KIMMEL, M. S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 103-117, 1998.
- KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 67-79, mar. 2001.
- LAGO, R. F. Bissexualidade masculina: uma identidade negociada? In: HEILBORN, M. L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999. p. 157-174.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.
- LEAL, O. F.; BOFF, A. M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 119-135.
- MACHADO, P. S. Muitos pesos e muitas medidas: uma análise sobre masculinidade(s), decisões sexuais e reprodutivas. In: HEILBORN, M. L. et al. (org.). *Sexualidade, reprodução e saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2009. p. 175-201.
- NARDI, H. C. O ethos Masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 95-104.
- 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.
- PARKER, R. G. *Corpos, prazeres e paixões*. São Paulo: Best Seller, 1991.
- SÁ, C. P. *A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EduERJ, 1998.
- SABO, D.; GORDON, D. F. Rethinking men's health and illness. In: SABO, D.; GORDON, D. F. (eds.). *Men's health and illness: gender, power and the body*. Thousand Oaks: Sage, 1995. p. 1-21.
- SABO, D. *Compreender la salud de los hombres*. Washington: OPS/ Harvard Center for Population and Development Studies, 2000.
- SABO, D. The study of masculinities and men's health: an overview. In: KIMMEL, M. S.; HEARN, J.; CONNELL, R. W. (eds.). *Handbook of studies on men & masculinities*. Thousand Oaks: Sage, 2005. p. 326-352.
- SALEM, T. "Homem... já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M. L. (org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 15-61.
- SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 40-49, 2002.

TRINDADE, Z. A.; NASCIMENTO, A. R. A. O homossexual e a homofobia na construção da masculinidade hegemônica. In: SOUZA, L.; TRINDADE, Z. A. (orgs.). *Violência e exclusão: convivendo com paradoxos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 146-162.

WELZER-LANG, D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN, M. R. (org.). *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo Editorial; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004. p. 107-128.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Boys in the picture*. Genebra: World Health Organization, [S.l.], 2000a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.8.pdf>. Acesso em: 15 out. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Qué ocurre con los muchachos?: una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*, [S.l.], 2000b Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/saludchicosesp.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2009.

Recebido em: 09/11/2009

Reapresentado em: 10/08/2010

Aprovado em: 16/08/2010