

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**O cuidado em saúde na velhice:
a visão do homem**

por

Juliana Sousa Coelho

Belo Horizonte

Dezembro/2014

DISSERTAÇÃO MCHSS-CPqRR J.S. COELHO 2014

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**O cuidado em saúde na velhice:
a visão do homem**

por

Juliana Sousa Coelho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação:

Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Coorientação:

Dra. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

Dezembro/2014

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

C672 2015	<p>Coelho, Juliana Sousa.</p> <p>O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem / Juliana Sousa Coelho. – Belo Horizonte, 2015.</p> <p>XII, 59 f.: il.; 210 x 297mm. Bibliografia: f.: 67 - 71</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.</p> <p>1. Envelhecimento/etnologia 2. Masculinidade 3. Serviços de Saúde para Idosos/utilização I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação) III. Giacomini, Karla Cristina (Co-orientação)</p> <p>CDD – 22. ed. – 305.26</p>
--------------	---

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**O cuidado em saúde na velhice:
a visão do homem**

por

Juliana Sousa Coelho

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (CPqRR) Presidente

Prof. Dra. Celina Maria Modena (CPqRR) Titular

Prof. Dra. Betânia Diniz Gonçalves (PUC-MG) Titular

Prof. Dra. Marcella Guimarães Assis (UFMG) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 19 / 12 / 2014

*Do rio que tudo arrasta se diz que é violento.
Mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem.*

Bertolt Brecht

Agradecimentos

Agradecer a colaboração de todos na produção de um trabalho é um momento emocionante, pois nos leva a refazer todo o percurso caminhado e nos mostra como a aprendizagem e a construção de conhecimento é um processo coletivo, que se faz na relação com as pessoas e com o mundo, que de maneira particular ajudaram, conscientemente ou não, na produção dessa dissertação. Foram tantos encontros, diálogos, sorrisos e forças que colaboraram para esse processo que se torna quase impossível agradecer a todos.

Agradeço ao Rodrigo, meu amor e companheiro, pelo carinho, cumplicidade e compreensão, que me incentivou desde o primeiro passo do mestrado e em cada momento de diálogo sobre minhas dúvidas, inquietações e desconfortos.

À minha mãe e amiga pelo apoio e a escuta amorosa das minhas confissões; e ao meu pai pela torcida incondicional e pela emoção que me provoca ao se emocionar a cada passo meu. Meu agradecimento especial.

Ao Ni e à Alê pela força constante.

Aos meus sogros, Lúcia e Renato, pelo carinho; e aos meus cunhados pela amizade.

Às minhas orientadoras Josélia e Karla por aceitarem o desafio, pela dedicação e generosidade com que ensinam. Vocês me mostraram que orientação verdadeira acontece também nos sorrisos, gentilezas e na construção de confiança.

Aos meus amigos de longa jornada pelos indispensáveis momentos de fuga. Em especial à Bia que me apresentou esse mestrado.

Aos amigos da ESP que pude estar mais próxima e me proporcionaram verdadeira assistência estudantil nos almoços coletivos e encontros pelos corredores.

A todos do Cersam Teresópolis pela amizade e por tornarem o militante trabalho na saúde pública mais suave.

Aos colegas que fiz no René pela convivência fraterna, e em especial ao Wagner pelos diálogos e a certeza do encontro do rosto amigo em todos os seminários e congressos.

Aos idosos da cidade de Bambuí e todos que passaram pelo projeto “Abordagem da dinâmica de funcionalidade em idosos” que possibilitaram esse trabalho.

Ao CPqRR, principalmente aos professores do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial à Dra. Virgínia Schall, Dra. Celina Modena e Dra. Alice Matos que me cativaram.

Suporte Financeiro

Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

Sumário

Resumo	ix
Abstract	x
Apresentação	xi
1 Introdução	13
2 Objetivos	15
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 Revisão de literatura	17
3.1 Processo saúde-doença-cuidado	19
3.2 Envelhecimento	21
3.3 Gênero	23
4 Percurso metodológico	27
4.1 Local do estudo	28
4.2 População de estudo	29
4.3 Coleta de dados	30
4.4 Análise dos dados	30
4.5 Aspectos éticos	31
5 Resultados e discussão	32
5.1 Artigo	33
6 Considerações finais	57
7 Anexos	60
7.1 Anexo I - Carta de Aprovação N.º 02/2010 - CEP / CPqRR	61
7.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
7.3 Anexo III - Guia de entrevistas	64
7.4 Anexo IV - Codificação e descrição dos participantes	66
8 Referências	67

Resumo

A cultura condiciona as representações de velhice e de gênero com reflexos nas percepções sobre a saúde, a doença e o cuidado. A interface entre esses fenômenos é objeto deste estudo, fundamentado na perspectiva da antropologia médica, que pretende investigar como os homens idosos da comunidade expressam e percebem a relação entre saúde, doença, masculinidade e envelhecimento, e como esses construtos se relacionam com os subsistemas de cuidado informal e profissional.

Foram entrevistados 27 homens com 60 anos ou mais, residentes em Bambuí/MG, assistidos pela Estratégia Saúde da Família, acerca de suas atividades cotidianas, sua saúde e suas formas de cuidado. O modelo de signos, significados e ações, utilizado na coleta e análise dos dados, permitiu reconhecer as maneiras típicas de pensar e agir de homens idosos em relação ao processo saúde-doença-cuidado, bem como suas interações e contradições junto aos setores profissional e informal do sistema de cuidado em saúde.

A produção material e simbólica dos entrevistados demonstra a identidade masculina ligada ao conceito de saúde, o qual vincula-se às relações sociais, que fundamentam o cuidado informal à saúde. Contrapondo-se a essa percepção está a visão do envelhecimento inexoravelmente relacionado à doença, onde se ancora o sistema profissional de cuidado. Assim, homens idosos restringem a procura por cuidados em saúde em parte pela própria construção sociocultural da masculinidade que renega a fragilidade, mas também porque as ações e os profissionais de saúde desconsideram as especificidades de gênero e o valor dado pelos homens idosos à independência funcional.

Abstract

Culture determines representations of old age and gender which have influence in the perceptions about health, illness and care. The interface between these phenomena is the object of this study, based on the perspective of medical anthropology, which aims to investigate how the elderly men from community express and perceive the relationship between health, disease, aging and masculinity, and how these social constructs relate to subsystems informal and professional care.

27 men aged 60 or older, living in Bambuí/MG, assisted by the Family Health Strategy, were interviewed about their daily activities, their health and their forms of healthcare. The model of signs, meanings and actions, used in the collection and analysis of data, allowed to recognize the typical ways of thinking and acting of older men in relation to the health-illness-care process as well as their interactions and contradictions regarding to the professional and informal sectors of healthcare system.

The material and symbolic production of the respondents shows that in general the male identity is linked to the concept of health, which is tied to the social relations that underlie the informal healthcare. Opposed to this perception is the aging view inexorably related to sickness, where it anchors the professional care system. Thus, elderly men restrict their demand for healthcare in part because their own socio-cultural construction of masculinity denies the frailty, but also this is due to the health actions and health professionals ignore the specifics of gender and the value of the functional independence to the elderly men.

Apresentação

A saúde coletiva abriga um imenso leque de temas relevantes à sociedade e cada um deles revela abordagens inesgotáveis para o estudo da saúde pública. Minha trajetória como profissional de saúde, desde as carteiras da universidade, me colocou em contato com várias dessas questões e a cada novo tema que se apresentava surgiam novas motivações e desafios.

Essa caminhada me levou por assuntos diversos que se entrelaçam. Os primeiros aprendizados sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes, a assistência farmacêutica na saúde pública, os estudos de utilização de medicamentos e a atenção farmacêutica, já moldavam meu olhar para uma abordagem interpretativa da investigação. A especialização em saúde pública aprofundou meus conhecimentos sobre gestão e, nesse mundo de políticas públicas de saúde, análises epidemiológicas e tecnologias de gestão que se abria, naquele momento, escolhi a participação social como meu objeto. Além de dedicar minha monografia a esse assunto, tornei-me conselheira municipal de saúde, mas mesmo entre conferências e novos questionamentos na linha da participação outro tema já me seduzia. O trabalho me apresentou a saúde mental e direcionou minha luta para esse mundo de superação dos preconceitos.

O mestrado no Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR)- FIOCRUZ me proporcionou novos encontros. Fui apresentada formalmente à pesquisa qualitativa, mas nossas afinidades parecem ser antigas. A antropologia médica me conduziu prazerosamente ao estudo do envelhecimento e nesse meio, quase por acaso, passou a fazer parte do meu interesse o gênero, especificamente a masculinidade, como categoria constitutiva da organização social. Apesar de o estudo do envelhecimento e da masculinidade estar aparentemente distante da minha realidade profissional (já que portadores de transtornos mentais têm expectativa de vida reduzida) e pessoal (sendo ainda jovem e mulher), inicialmente, ele me fez refletir sobre minha relação com meu pai, e claro, também possibilitou expandir o pensamento sobre como as questões de gênero e o envelhecimento populacional afetam o trabalho em saúde em todos os campos.

Essa dissertação reflete esses momentos “desconexos” de aprendizagem, que se agrupam sob o signo do cuidado em saúde, o qual, segundo Kleinman (2009), possui uma dimensão ampla envolvendo ações técnicas, políticas, éticas e emocionais no acolhimento das pessoas, na busca por atender suas necessidades.

Os modos como o cuidado é compreendido pelos indivíduos relacionam-se à construção sociocultural da representação da saúde e da doença a partir da identidade de gênero, modelando comportamentos e hábitos (Machin e col., 2011). Essa compreensão difere segundo o contexto, a época, o gênero, a classe social e a idade. Portanto os homens que experimentam o envelhecer, sujeitos desse estudo, constroem especificidades no cuidado em saúde que foram relatadas aqui.

Esta dissertação está dividida em seis capítulos, o primeiro introduz o tema estudado nesse trabalho. Em seguida encontram-se os objetivos da pesquisa e o terceiro capítulo traz a revisão da literatura com a definição dos conceitos utilizados nesse trabalho e os autores com os quais as questões abordadas foram discutidas. No quarto capítulo foi descrito de forma detalhada o percurso metodológico do trabalho e no quinto, os resultados desse trabalho de mestrado apresentados na forma de artigo científico. Por fim as considerações finais relativas aos resultados e às impressões deixadas por todo esse processo de formação acadêmica.

Cada grupo de uma sociedade constrói comportamentos e hábitos específicos gerando diferentes modos de vida. A diversidade desses grupos sociais se constitui a partir do gênero, idade, região, época, além de fatores econômicos, políticos e culturais. Dessa forma cada grupo elabora, por exemplo, suas próprias concepções de cuidado, a partir do entendimento construído a cerca da saúde e da doença em interação com muitos outros construtos socioculturais.

Assim como o cuidado, a representação sobre a velhice também é uma construção sociocultural (Giacomin; Uchôa; Lima-Costa, 2005). Mas apesar do acelerado processo de envelhecimento populacional pelo qual as sociedades estão passando, a visão predominante sobre a velhice ainda é negativa, influenciada pelos valores produtivistas da sociedade ocidental, que restringe o olhar para as perdas, doenças e incapacidades dessa fase da vida (Araújo; Sá; Amaral, 2011). Essa visão da velhice tem sido mudada de forma lenta e gradual conforme a função social que a pessoa idosa ocupa, passando a constituir-se como importante ator social (Minayo; Coimbra Jr., 2002).

O gênero é uma categoria constitutiva da organização social (Araújo e col., 2013) e envolve a construção das identidades subjetivas dos homens e das mulheres (Scott, 1989). As identidades de gênero regem as relações sociais e também a percepção de saúde-doença-cuidado. A distinção de saúde entre mulheres e homens ultrapassa as diferenças biológicas e levam a riscos e padrões de cuidado distintos (Marques, 2010).

Essas questões são essenciais na análise sobre o cuidado em saúde para homens idosos, considerando o conceito amplo e social de cuidado que alcança não só o cuidado institucional em saúde, mas também aquele desenvolvido nas redes sociais dos indivíduos. São estes aspectos relativos à interface entre envelhecimento, gênero e processo saúde-doença-cuidado, que serão objetos deste estudo.

2.1 Objetivo geral

Investigar as concepções de saúde-doença, masculinidade e envelhecimento de homens idosos da comunidade e sua interação com os subsistemas de cuidado informal e profissional.

2.2 Objetivos específicos:

- Analisar a construção da identidade de gênero de homens idosos e como esta se articula com a compreensão deles acerca da saúde e das doenças, com as relações sociais, com os comportamentos e com os tipos de cuidado nesse período de suas vidas.
- Analisar os fatores socioculturais que influenciam a construção da concepção social e individual do envelhecimento e a resignificação da identidade masculina na velhice;
- Analisar as percepções dos homens idosos sobre os sistemas de cuidado formal e informal.

A antropologia médica nos fornece elementos do universo sociocultural que permitem avanços na discussão sobre questões prementes na sociedade moderna (Helman, 2003), como o envelhecimento, a masculinidade e o cuidado em saúde aqui abordados. A partir dessa perspectiva interpretativa abre-se caminho para a produção de novos conhecimentos que podem subsidiar o planejamento de ações de saúde ancoradas a uma perspectiva relacional e transversal de gênero, qualificando e tornando mais efetivo o cuidado em saúde à pessoa idosa. A abordagem antropológica tem mostrado a importância de olhar integralmente para saúde-doença-cuidado como um fenômeno complexo, essencialmente influenciado pelos grupos primordiais de inserção dos indivíduos e, portanto, sujeito aos modos de organização, relações no cotidiano e construção simbólica dos envolvidos (Gutierrez; Minayo, 2008).

O quadro conceitual e metodológico que a antropologia traz é inovador para o estudo de fatores construídos sociocultural e historicamente que se relacionam com a saúde, segundo o qual a interpretação do cientista deve acontecer em uma perspectiva êmica, isto é, seja construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisador ou da literatura (Turato, 2005).

Dessa forma, a abordagem interpretativa da antropologia valoriza a experiência do adoecimento em um determinado contexto social e cultural, produzindo significados individuais e coletivos. Esse significado é apropriado pelos pesquisadores como um elemento que influencia o curso da doença moldando a experiência subjetiva, bem como o comportamento individual e social em resposta à doença (Corin, 1995).

O modelo de Signos, Significados e Ações, elaborado por Corin e col. (1989; 1992), tem o intuito de investigar os fatores sociais, culturais e experienciais que influenciam os indivíduos e comunidade na identificação dos problemas, e na construção de ações para a solução desses problemas. Esse modelo considera a existência de uma continuidade entre a maneira como são percebidas e interpretadas as questões e os processos desenvolvidos para resolvê-las. Por isso o ponto de partida da análise são os comportamentos concretos (ações e reações) frente a um problema específico para tentar identificar as lógicas conceituais subjacentes a esses comportamentos e os diferentes fatores (experiência pessoal, hábitos culturais, fatores ambientais) que intervêm nessa aproximação entre a lógica (signos) e a prática (Uchôa e col., 2002). Portanto se consideramos as experiências dos processos saúde-doença-cuidado, do envelhecimento e da masculinidade, como construções culturais, elas se expressam em maneiras específicas de pensar e agir.

Há várias maneiras de se estabelecer uma rede de ligações entre representações, ações, valores culturais, organizações e condições cotidianas de vida. Essas múltiplas possibilidades nos impedem de assegurar que uma pesquisa demonstre efetivamente o universo de representações e comportamentos associados a questões específicas que se deseja estudar (Godim, 2007). Nesse sentido, a cultura serve de arcabouço para a compreensão de significados e comportamentos inseridos em uma rede social onde são experienciados os processos de ser homem, envelhecer, adoecer, de cuidar e ser cuidado (Geertz, 1989).

3.1 Processo saúde-doença-cuidado

As questões culturais e as experiências pessoais formam a concepção que cada grupo ou indivíduo elabora sobre a saúde e a doença, determinando a representação social relacionada ao processo saúde-doença e ambas condicionam em grande parte o entendimento que se tem sobre o tipo de cuidado que se espera, bem como as maneiras de buscá-lo (Gutierrez; Minayo, 2008). Portanto é preciso compreender que existem várias formas de explicação para o adoecer e o cuidar e que as práticas de cuidado desenvolvidas em uma comunidade representam indicadores passíveis de análise a respeito da concepção de saúde e doença enraizadas em um grupo, numa relação dinâmica entre cultura e ação.

Nos tecidos familiares e nas redes sociais - elementos formadores do indivíduo em seus aspectos sociais, afetivos e educativos - os sistemas de crenças sobre o corpo, origem e natureza das doenças, tratamento e prevenção atuam com muito vigor (Gutierrez; Minayo, 2008). As redes sociais configuram relações de apoio que direcionam as práticas terapêuticas e auxiliam no enfrentamento de situações cotidianas (Burille, 2012). Segundo Gutierrez e Minayo (2008), as redes sociais que os sujeitos constroem afetam sua saúde, e o estado de saúde dos indivíduos também interfere nessa rede, seja gerando saúde ou agravando doenças, seja fortalecendo a referida rede ou ainda desfazendo-a. O estudo de Low e col. (2013) também aponta a relevância das redes sociais para a saúde demonstrando que a percepção positiva da saúde está relacionada a menores perdas nas relações sociais, manutenção de boa interação social e participação social em grupos organizados.

As fortes correlações entre saúde e relações sociais justificam a importância de se estudar os limites e possibilidades das redes sociais atuando como fatores de proteção ou risco

no processo saúde-doença-cuidado, tornando-se, portanto, critério de planejamento da saúde pública (Gutierrez; Minayo, 2008).

No presente estudo, entendemos cuidado como parte de um sistema cultural, construído a partir de um contexto social e de experiências pessoais, atravessados por fatores políticos, econômicos, históricos e biológicos (Kleinman, 1978). Consideramos o ato de cuidar e ser cuidado como essencial à vida humana, tomando sua dimensão prática de uma atividade feita para outra pessoa a qual não pode fazer sozinha; e uma dimensão emocional que expressa preocupação, dedicação e uma ligação de afeto e devoção (Kleinman; Geest, 2009). Dessa forma, o cuidado em saúde envolve ações técnicas, políticas e éticas no acolhimento das pessoas na busca por atender suas necessidades. Essa compreensão ampla da dimensão do cuidado se opõe às práticas homogeneizantes e hierarquizantes da atenção biomédica predominante, pois considera as identidades, experiências, intersubjetividades e saberes dos envolvidos (Mandú, 2004).

Tomando como referência as proposições de Kleinman (1978) sobre os sistemas de cuidado à saúde, em uma abordagem interpretativa da antropologia em saúde, as estratégias de busca pelo cuidado em saúde são diversas e articulam a capacidade do próprio indivíduo e os recursos disponíveis no meio, portanto sua amplitude de ações se dá em várias dimensões: informal, popular e profissional (Helman, 2003; Kleinman, 1978). Apesar da importância desses três setores em integração, para Amadigi e col. (2009) em relação ao sistema profissional do cuidado há uma dificuldade motivada pela formação biomédica dos trabalhadores da saúde, que não contempla a subjetividade humana e a determinação da cultura, o que explica os profissionais não reconhecerem o saber e as práticas de cuidado dos usuários, mantendo com estes uma relação de poder assimétrica. Contudo, é notória a relevância do setor informal, que inclui o autotratamento e automedicação, assim como a obtenção de conselhos com amigos ou parentes, respondendo pela resolução de 70 a 90% dos problemas de saúde (Kleinman, 1978). Para Oliveira e Bastos (2000) essa proporção que o setor informal do cuidado ocupa pode variar conforme características culturais e sociais de cada população.

No Brasil, dados o modo como as populações e laços sociais se constituem e o histórico de escassez de serviços públicos, o setor informal do cuidado assume importância fundamental, especialmente na parcela mais idosa da população (Giacomin e col., 2005). Além disso, embora o cuidado à pessoa idosa tenha sido marcadamente uma questão da vida

privada, um ônus das famílias, o acelerado e intenso envelhecimento da população e a maior carga de doenças crônicas e incapacitantes que afetam esse segmento etário (Giacomin e col., 2005) devem despertar a reflexão sobre como garantir qualidade de vida à sociedade, lançando mão das novas tecnologias da engenharia médica e rediscutindo as formas mais adequadas de cuidado (Minayo; Coimbra Jr., 2002).

Para Burlá (2014), usualmente, os profissionais se restringem a tratar doenças e negligenciam os cuidados ao paciente idoso, estendidos aos seus familiares. Isso reflete as dificuldades dos profissionais da saúde para entender os modelos de compreensão do fenômeno saúde-doença-cuidado utilizados pelos usuários e aqueles subsidiados por suas famílias e comunidades (Minayo; Coimbra Jr., 2002). Esse conflito se baseia nos valores e compreensões culturais dos próprios profissionais, nos quais fundamentam suas orientações, mas que muitas vezes divergem da visão de mundo dos usuários, prejudicando a eficácia das intervenções e, também produzindo atitudes discriminatórias (Gutierrez; Minayo, 2008) - fenômeno que Kleinman (1978) denominou iatrogenia cultural.

Portanto, a complexidade do cuidado em saúde à pessoa idosa deve ser discutida para além das questões de consumo geriátrico de interesse do mercado e da teia de proibições e regras que a noção matemática do risco impõe a essa fase da vida (Minayo; Coimbra Jr., 2002) e incluir as questões culturais e de gênero.

3.2 Envelhecimento

A forma como os indivíduos e a sociedade encaram o envelhecimento é marcadamente influenciada pela cultura. Mais do que um fenômeno biológico, envelhecer é um fato social, cuja elaboração simbólica encontra-se atrelada a um universo social e cultural específico (Giacomin; Uchôa; Lima-Costa, 2005; Uchôa; Firmo; Lima-Costa, 2002).

No âmbito das sociedades ocidentais, a ideologia produtivista hegemônica descarta as pessoas que não são capazes de trabalhar e influencia a noção discriminatória em relação ao envelhecimento, reconhecendo essa fase da vida como um problema (Minayo; Coimbra Jr., 2002). Esse pensamento é ainda mais cruel com os homens idosos que ao deixarem de trabalhar perdem uma característica da identidade masculina necessária para seu reconhecimento moral e social (Figueiredo; Schraiber, 2011). Observa-se uma tendência em

representar a velhice a partir de um estereótipo que se restringe a aspectos fisiológicos de perdas, doenças e incapacidades, repercutindo negativamente na qualidade de vida dos idosos, mas isso constitui uma redução da velhice ao âmbito físico, negligenciando as várias dimensões e modelos de envelhecimento (Araújo e col., 2011).

Porém, o momento atual de acelerada transição demográfica exige uma mudança nessa cultura que obscurece os atributos da idade para que se possa compreender a velhice como um tempo específico e natural da vida. Tal mudança se fortalece à medida que os idosos ocupam espaços de participação social, constituindo-se como fortes atores sociais e políticos e consolidam uma nova identidade coletiva de idosos (Minayo; Coimbra Jr., 2002), pois, assim como explica Araújo e col. (2013) as representações sociais do envelhecimento são valoradas conforme o lugar social que a pessoa idosa ocupa.

Diante disso, a partir da Constituição Federal de 1988, foram construídas no Brasil diferentes políticas públicas para assegurar os direitos sociais à pessoa idosa. A Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) objetiva garantir direitos, inclusive o direito à saúde, criando condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade. Dela decorre a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999, publicada em Portaria pelo Ministério da Saúde. Em 2003, é promulgado o Estatuto do Idoso, lei emblemática para o segmento idoso, que dedica vários de seus artigos e o maior de seus capítulos (Cap. IV) à garantia do direito à saúde. Em 2006 foi publicada a atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Essa política reconhece a escassez de dispositivos no SUS para cuidado específico aos idosos e a significativa demanda de recursos da saúde que esse segmento da população representa.

Contudo, no âmbito da prática em saúde, a pessoa idosa ainda tem sido culpabilizada pelas condições em que se encontra na velhice (Moraes, 2012), reconhecida como grande consumidora de serviços e ainda responsabilizada pelos altos custos do sistema de saúde (Arber, 2013). Ideia que é reforçada pelo saber biomédico (Moraes, 2012) e pelo próprio Estado quando justifica a tentativa de diminuição de recursos baseado no peso social do aumento da população idosa e de suas demandas (Souza e col., 2002). Porém, os agravos e fragilidades dos idosos não são definidos apenas por suas características e experiências individuais, mas têm grande relação com o ambiente físico, o gênero e o contexto social e econômico no qual se inserem (Araújo e col, 2011), levando a diferentes formas de pensar e

viver a velhice.

Mesmo assim, em geral, os idosos perdem prestígio nas relações pessoais e nas relações institucionais (Burlá e col., 2014), pois, nessa fase da vida, enquanto se acentuam as perdas físicas, psíquicas e sociais, observa-se um processo de restrição gradual de determinadas funções muito valorizadas na sociedade contemporânea, como autonomia, capacidade para tomar decisões, condições de saúde, entre outras. Tais alterações podem gerar situações de isolamento social, solidão e dependência (Araújo e col., 2013; Burlá e col., 2014), que afetam de maneira diferente homens e mulheres. Assim, envelhecer requer a ressignificação da identidade das pessoas (Burlá e col., 2014), mas a visão negativa em relação ao grupo social dos idosos – grupo com predominância de mulheres - não se deve somente à questão da ideia do fardo financeiro e de cuidados exigidos por esse grupo, mas se trata também de uma questão de gênero (Arber, 2013).

3.3 Gênero

Utilizaremos neste estudo a definição elaborada por Scott (1989), para quem gênero envolve a noção da construção social das identidades subjetivas dos homens e das mulheres que engloba, mas também ultrapassa, as diferenças sexuais biológicas, articulada à noção das relações de poder. Essa é uma abordagem complexa que articula as dimensões biológica e sociocultural, as quais para muitos autores são tratadas respectivamente como sexo e gênero. De acordo com Marques (2010), é importante que essas duas dimensões não sejam vistas de forma separada, pois as diferenças anátomo-fisiológicas sustentam também a construção social do gênero e o sexo não é imune aos processos de construção social. Para esse autor, entre sexo e gênero há uma relação contínua e inevitável, pois ambos partilham de elementos produzidos socialmente.

O gênero é uma categoria constitutiva do ordenamento das práticas sociais, ou seja, as identidades de gênero regem as relações estabelecidas entre os sujeitos a partir da atribuição e apropriação de papéis sociais, que definem a posição de cada um na hierarquia da rede social (Araújo e col., 2013).

Segundo Scott (1989) mesmo o uso gramatical dos gêneros, apesar de suas regras formais, é derivado de distinções socialmente acordadas e não uma descrição objetiva de

questões inerentes aos seres. Além disso, o desafio de se trabalhar o gênero como categoria de análise busca transpor a simples descrição das relações entre os sexos e realmente questionar as posições teóricas dominantes e a ordem social estabelecida, utilizando a história e a cultura para compreender as práticas atuais, indo além das generalizações (Scott, 1989).

Diferenças biológicas determinam alguma distinção de saúde entre mulheres e homens, como a prevalência de doenças em cada grupo, porém as questões de natureza política, social e econômica que são desiguais entre os gêneros também trazem disparidades de saúde (Marques, 2010). São diferenças construídas socialmente que determinam papéis sociosexuais, os quais levam a diferentes padrões de cuidado e tipos de riscos para a saúde (Marques, 2010; Moller-Leimkuhler, 2002). As diferenças biológicas entre o corpo masculino e o corpo feminino tendem a se tornar equivocadamente uma justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros (Bourdieu, 2012).

A perspectiva de gênero tem sido historicamente abordada a partir de bases feministas (Scott, 1989), limitando a discussão de planos de ação para o cuidado ao homem pouco além do estereótipo de que “o homem depende de uma figura feminina para se cuidar”. Contudo, os homens são plurais assim como suas necessidades de saúde, por isso é importante reconhecer como eles expressam tais necessidades e como estão sendo absorvidas pelos sistemas de cuidado em saúde.

Connel (2005) apresenta as múltiplas masculinidades cujos padrões podem variar considerando a época, a região, a classe, a geração, além das relações interpessoais e valores morais de cada grupo. Isso nos leva ao entendimento que as definições culturais de masculinidade são construções históricas e dinâmicas através das quais os indivíduos interpretam as experiências e geram comportamentos.

As características de cada gênero também estão envolvidas na formação das redes sociais, as quais influenciam o processo saúde-doença-cuidado (Gutierrez; Minayo, 2008). Em geral, as mulheres formam redes sociais mais extensas, diversificadas e coesas, o que as torna menos vulneráveis e mais aptas a oferecer cuidados, considerando-se o cuidar também como forma de socialização. Outra questão dissonante entre os gêneros é a representação dos profissionais dos serviços de saúde sobre o padrão hegemônico de masculinidade, condicionando a prática de privilegiar o atendimento às mulheres em detrimento dos homens, em função de vieses sociais ligados às relações de gênero e a estereótipos pré-definidos que produzem uma invisibilidade do homem nos serviços de saúde (Gomes e col., 2011). Segundo

Figueiredo e Schraiber (2011) o direcionamento da atenção primária para o atendimento às mulheres e às crianças tornam esses ambientes de saúde feminilizados, reprimindo ainda mais a procura dos homens pelos cuidados em saúde ao provocar neles uma sensação de não pertencimento. Dessa forma as instituições reproduzem e reforçam as divisões de gênero socialmente construídas (Bourdieu, 2012). Essas condutas, embora comuns, levam a uma desigualdade na assistência à saúde e inviabilizam o alcance do princípio da integralidade do cuidado (Machin e col., 2011).

Schraiber e col. (2005) e O'Brien e col. (2005) observam que apesar da crescente preocupação com a saúde do homem nas últimas décadas, indicada pelo aumento de estudos diretamente relacionados ao assunto, grande parte das publicações se restringem às questões do corpo masculino, como a saúde sexual, principalmente relacionada às doenças sexualmente transmissíveis, e a saúde reprodutiva. Esse fato é confirmado pelo artigo de revisão bibliográfica feito por Gomes e Nascimento (2006) que além da predominância dos assuntos sobre a saúde sexual, cita o tema violência como um dos mais frequentes. Os autores também apontam como questões importantes sobre a relação homem-saúde a influência das ideologias hegemônicas de gênero em dificultar a adoção de hábitos mais saudáveis entre os homens e em promover o risco tanto à saúde da mulher quanto à do próprio homem.

Constitui um desafio para a participação do homem nas ações de saúde o fato de culturalmente a socialização dos homens não incluir a valorização do cuidado de si e dos outros (Schraiber; Gomes; Couto, 2005). Pelo contrário, usualmente, o homem é expulso, e a si mesmo expulsa do cenário do cuidado (Gutierrez; Minayo, 2008). De acordo com Nardi (1998) o espaço do masculino é o público, e suas características de poder e autossuficiência se relacionam ao conceito de saudável; já o espaço privado seria o do doente e da doença, que se conforma como fraqueza e incapacidade, sendo o espaço de domínio do feminino, tradicionalmente encarregado dos cuidados com a saúde e a doença.

Essas questões do gênero influenciam a conduta e os hábitos de vida masculinos, que por não poderem admitir momentos de fragilidade, como o adoecimento e o envelhecimento, produzem não somente modos de vida, como também modos de envelhecer, adoecer, cuidar e morrer (Braz, 2005; Burille, 2012).

O ideal hegemônico de masculinidade bem-sucedida e de um modelo de envelhecimento saudável possui significados associados a força, autoridade, autossuficiência, independência e poder (Ribeiro, 2010). Isso exige a negação de características muito

relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade - condições às quais o homem é pouco acostumado, pois “homem que é homem não chora”. Esses fatores socioculturais referentes à construção da subjetividade masculina podem gerar comportamentos que aumentam o risco de agravos (Schraiber; Gomes; Couto, 2005), e contribuir para a desvantagem em termos de morbi-mortalidade do homem em relação às mulheres (Braz, 2005; Figueiredo; Schraiber, 2011). O’Brien e col. (2005) em relação a isso cita comportamentos relacionados ao exercício da masculinidade e intimamente ligados à preocupação sobre seguir um padrão hegemônico que define a forma como o grupo reconhece o indivíduo, como por exemplo, a resistência dos homens em buscar cuidados em saúde e minimizar sintomas como práticas comuns entre grupos masculinos de diferentes idades, ocupações e com diferentes experiências de doenças. Corroborando esses estudos, Möller-Leimkühler (2002) afirma que, em todas as idades, homens são menos propensos a buscar por consultas médicas que as mulheres e essa diferença se deve a fatores biológicos, aos papéis sexuais, ao contexto social e ao próprio funcionamento do sistema de saúde.

Logo, a masculinidade, percebida como culturalmente construída, é dinâmica, variando segundo as sociedades ou, em uma mesma sociedade, segundo diferentes períodos históricos, gerações (Braz, 2005). Quando tratamos de pessoas idosas, pertencentes a gerações anteriores, os comportamentos podem ser ainda mais tradicionais em relação ao gênero. Por isso, na velhice o comportamento masculino em relação ao cuidado à saúde pode se tornar ainda mais complexo, pois esta fase da vida está relacionada à fragilidade, à incapacidade e, muitas vezes, à dependência, e à necessidade de cuidado formal – pelo sistema de saúde – e informal – pela família.

No Brasil, a complexidade de se trabalhar o cuidado em saúde relacionado ao público masculino motivou a recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), que objetiva orientar as ações dos serviços de saúde para o cuidado à população masculina, admitindo que o sistema de saúde não tem priorizado os homens e buscando a mudança do paradigma da invulnerabilidade masculina que faz com que o homem evite o contato com os serviços de saúde. Porém, de modo surpreendente, essa política não discute quaisquer questões relativas ao envelhecimento, pois considera que a política de atenção aos idosos é capaz de compreender a complexidade dessa fase da vida, explicitando a invisibilidade das especificidades de gênero na velhice no desenho das políticas públicas (Daniel; Simões; Monteiro, 2012).

O presente trabalho de cunho antropológico utiliza a abordagem qualitativa. As vozes dos homens idosos relatando sobre a vida, sua saúde e suas formas de cuidado foram o ponto de partida da pesquisa e possibilitaram à pesquisadora perceber os significados particulares de cada entrevistado sobre a sua própria vivência.

4.1 Local do estudo

A pesquisa foi conduzida na área urbana da cidade de Bambuí, município do centro-oeste do estado de Minas Gerais, localizado a 270 km de Belo Horizonte, que possui uma população 22.734 habitantes, segundo senso do IBGE de 2010. O município vem passando por um progressivo fenômeno de urbanização, seguindo a tendência brasileira após 1950, podendo verificar uma evolução significativa: a população rural que representava 84% em 1950 passou para 27% em 1991 e em 2010 chegou a 15% da população total do município. A composição etária da população também foi se alterando ao longo desses últimos cinquenta anos, observando-se o seu envelhecimento progressivo: em 1960, 3,8% dos habitantes apresentavam 60 ou mais anos de idade; em 1970 esta proporção passou para 5,1%, em 1980 para 7,3% e em 1991, para 9,3% e de acordo com o senso do IBGE de 2010 essa população passou a representar 15,9%. O crescimento da população idosa neste município foi maior (7,1%) do que no país em geral (6,2%) no período compreendido entre 1991 e 2009. Ainda segundo o IBGE, nessa cidade dentre a população com 60 anos ou mais 45% são homens.

A economia da cidade de Bambuí tem a sua principal fonte de renda proveniente da exploração produtiva de seus recursos naturais, em atividades agrícolas, pecuária e de extração mineral. O município é grande produtor de grãos, compondo a sua produção agrícola o café, arroz, milho, soja e cana-de-açúcar. Bambuí se destaca no estado de Minas Gerais na exploração de pecuária leiteira. Sua principal produção mineral é a extração de caulim (Rios e col., 2011). Apesar disso o Mapa da Pobreza e Desigualdade do município mostra que há uma incidência de 32,47% da população em estado de pobreza (IBGE, 2010). Outro indicador social relevante é a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade que em 2000 representava 11,9% e em 2010 passou para 7,6%, porém entre os idosos esse índice mantém-se alto em 22,1%.

Quanto às questões relativas à saúde, Bambuí destacou-se como centro de estudos e

profilaxia contra a doença de Chagas a partir da implantação, em 1943, de um centro de estudos ligado ao Instituto Oswaldo Cruz. Até hoje essa instituição, atualmente denominada Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias e vinculada à Fundação Oswaldo Cruz, presta assistência médica à população em colaboração com a prefeitura municipal.

Segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a rede pública de assistência à saúde, à época das entrevistas (2010), contava com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF), assegurando uma cobertura a 92% da população, além de uma policlínica, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois hospitais – um estadual da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e um hospital municipal, o Hospital Nossa Senhora do Brasil.

4.2 População de estudo

Desde 1996, o município abrigou o Projeto Bambuí, importante coorte longitudinal sobre saúde e envelhecimento realizada no Brasil (Lima-Costa; Firmo; Uchôa, 2011). Dados da linha de base do referido projeto dão conta de que 23% dos idosos entrevistados apresentam algum grau de incapacidade para a realização de atividades básicas da vida diária (Giacomin e col., 2005).

À época da realização do presente estudo, os sobreviventes mais jovens da coorte do Projeto Bambuí já contavam mais de 70 anos. Assim, para compor o universo pesquisado e assegurar a multivocalidade dos participantes, além de componentes do Projeto Bambuí, também foram selecionadas pessoas idosas abaixo de 70 anos. Dessa forma, o grupo de entrevistados incluiu pessoas de ambos os sexos, de diversas idades, com variados níveis funcionais, desde que residentes na cidade, cadastradas nas seis UBS, assistidas pela ESF e sem alterações cognitivas que impedissem a realização das entrevistas. Foram selecionados 57 idosos (30 mulheres e 27 homens) com 60 anos ou mais.

Na perspectiva da abordagem qualitativa foi utilizado o critério de saturação para regular o tamanho da amostra. Para isso, foram identificados fatores operacionais de redundância e repetição dos dados, fatores teóricos de consistência e representatividade de elementos apresentados (Turato, 2005).

Para o presente estudo tomou-se como critério de inclusão o entrevistado ser do sexo masculino, sendo, portanto, 27 entrevistas elegíveis.

4.3 Coleta de dados

O modelo de “Signos, Significados e Ações” (Corin e col., 1992) foi utilizado na coleta e análise dos dados, para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir de homens idosos em relação ao processo saúde-doença-cuidado e envelhecimento.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas realizadas entre abril e agosto de 2010, no domicílio de cada entrevistado, a partir de roteiros semi-estruturados, permitindo a ampliação do campo de fala dos idosos. Todas as entrevistas foram gravadas, após consentimento livre e esclarecido dos informantes, transcritas e informatizadas.

O “sistema de signos, significados e ações” parte das práticas dos atores, apreendidas neste trabalho através de histórias concretas que foram reconstruídas nas entrevistas individuais com os homens idosos. O universo semântico dos signos e ações das pessoas entrevistadas está ligado às suas concepções e seus códigos culturais. Assim, para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) dos homens idosos residentes em Bambuí, as entrevistas tiveram inicialmente as seguintes perguntas geradoras:

- a) Como você acha que está sua saúde?
- b) Para você, o que é uma saúde boa? E saúde ruim?
- c) Como é o seu dia-a-dia, sua rotina? Como é um dia em sua vida?

A partir das respostas obtidas, outras perguntas foram feitas de maneira aberta abordando o contexto biopsicossocial e os recursos apresentados no cotidiano da vida dos idosos.

4.4 Análise dos dados

Para o presente trabalho foi feita uma análise criteriosa dos relatos das 27 entrevistas,

identificando o significado que os homens idosos conferem ao processo saúde-doença-cuidado, considerando a percepção do envelhecimento e as questões de gênero.

Na perspectiva da antropologia médica, a metodologia escolhida busca construir uma análise interpretativa e crítica, por meio da sistematização das maneiras de pensar e agir de um grupo, com o intuito de demonstrar as interações e contradições entre o setor profissional e institucional do cuidado em saúde e o setor informal. Ela possibilita relativizar o naturalismo médico da biomedicina e enxergar outras formas de representação sobre o processo saúde-doença-cuidado que relacionam diferentes redes de símbolos e significados. Assim os modelos informais podem ser vistos não mais como dificultadores às intervenções médicas, mas passam a ser considerados relevantes no planejamento de ações e construção de programas de saúde socioculturalmente adequados para cada população (Maghema, 2005).

Para a análise das entrevistas foram seguidas as seguintes etapas: leituras atentas e repetidas, com o objetivo de identificar unidades significativas e criar categorias analíticas; elaboração de um esquema de codificação, testado em todas as entrevistas e revisado para que todas as informações obtidas fossem agrupadas nestas categorias; marcação dos textos em função das categorias e subcategorias identificadas, para examinar possíveis interações; identificação das unidades significativas, sendo destacado o sentido geral da fala dos entrevistados; criação das categorias analíticas, enfatizando os sentidos específicos da fala dos entrevistados que estivessem associados ao processo saúde-doença-cuidado; e, ainda, o exame das correlações entre as diferentes categorias.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo é parte do projeto “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade entre idosos”, que investiga a funcionalidade como um componente essencial da saúde da pessoa idosa e foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ (CAAE 0028.0.245.000-09). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento, em acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

5 Resultados e Discussão

5.1 Artigo

O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem¹

The healthcare in aging: the men's view

Juliana Sousa Coelho

Mestranda Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas René Rachou
Av. Augusto de Lima 1715, Belo Horizonte, MG. Cep. 30190-002, Brasil.
juliana.coelho@cpqrr.fiocruz.br

Dra. Karla C. Giacomini

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/
Universidade Federal de Minas Gerais.
Av. Augusto de Lima 1715, Belo Horizonte, MG. Cep. 30190-002, Brasil.
kegiacomini@hotmail.com

Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/
Universidade Federal de Minas Gerais.
Av. Augusto de Lima 1715, Belo Horizonte, MG. Cep. 30190-002, Brasil.
firmoj@cpqrr.fiocruz.br

Resumo

A cultura condiciona as representações de velhice e de gênero com reflexos nas percepções sobre a saúde, a doença e o cuidado. A interface entre esses fenômenos é objeto deste estudo, fundamentado na perspectiva da antropologia médica, que pretende investigar como os homens idosos da comunidade expressam e percebem a relação entre saúde, doença, masculinidade e envelhecimento, e como esses construtos se relacionam com os subsistemas de cuidado informal e profissional.

Foram entrevistados 27 homens com 60 anos ou mais, residentes em Bambuí/MG, assistidos pela Estratégia Saúde da Família acerca de suas atividades cotidianas, sua saúde e suas formas de cuidado. O modelo de signos, significados e ações, utilizado na coleta e análise dos dados, permitiu reconhecer as maneiras típicas de pensar e agir de homens idosos

¹ Fonte de financiamento: FAPEMIG, CNPq (bolsa de produtividade)

em relação ao processo saúde-doença-cuidado, bem como suas interações e contradições junto aos setores profissional e informal do sistema de cuidado em saúde.

A produção material e simbólica dos entrevistados demonstra a identidade masculina ligada ao conceito de saúde, o qual vincula-se às relações sociais, que fundamentam o cuidado informal à saúde. Contrapondo-se a essa percepção está a visão de envelhecimento inexoravelmente relacionada à doença, onde se ancora o sistema profissional de cuidado. Assim, homens idosos restringem a procura por cuidados em saúde em parte pela própria construção sociocultural da masculinidade que renega a fragilidade, mas também porque as ações e os profissionais de saúde desconsideram as especificidades de gênero e o valor dado pelos homens idosos à independência funcional.

Palavras-chave: envelhecimento, masculinidade, cuidado em saúde

Abstract

Culture determines representations of old age and gender which have influence in the perceptions about health, illness and care. The interface between these phenomena is the object of this study, based on the perspective of medical anthropology, which aims to investigate how the elderly men from community express and perceive the relationship between health, disease, aging and masculinity, and how these social constructs relate to subsystems informal and professional care.

27 men aged 60 or older, living in Bambuí/MG, assisted by the Family Health Strategy, were interviewed about their daily activities, their health and their forms of healthcare. The model of signs, meanings and actions, used in the collection and analysis of data, allowed to recognize the typical ways of thinking and acting of older men in relation to the health-illness-care process as well as their interactions and contradictions regarding to the professional and informal sectors of healthcare system.

The material and symbolic production of the respondents shows that in general the male identity is linked to the concept of health, which is tied to the social relations that underlie the informal healthcare. Opposed to this perception is the aging view inexorably related to sickness, where it anchors the professional care system. Thus, elderly men restrict

their demand for healthcare in part because their own socio-cultural construction of masculinity denies the frailty, but also this is due to the health actions and health professionals ignore the specifics of gender and the value of the functional independence to the elderly men.

Key words: aging, masculinity, healthcare.

I Introdução

Questões do gênero influenciam a conduta e os hábitos de vida masculinos, produzindo modos de cuidar, adoecer e envelhecer (Burille, 2012). Para Scott (1989) a definição de gênero envolve a noção da construção social das identidades subjetivas dos homens e das mulheres que engloba, mas também ultrapassa, as diferenças sexuais biológicas, articulada à noção das relações de poder. Essa é uma abordagem complexa que articula as dimensões biológica e sociocultural. A primeira determina alguma distinção de saúde entre mulheres e homens, como a prevalência de doenças; a segunda refere-se às questões de natureza política, social e econômica que trazem disparidades na saúde entre os gêneros (Marques, 2010). Essas diferenças socialmente construídas determinam papéis sócio-sexuais que levam a diferentes padrões de cuidado e tipos de riscos para a saúde (Marques, 2010), condicionados pelas experiências e relações entre as pessoas em contextos específicos que perpassam as definições e as formas de agir relacionadas aos significados de homem e mulher em diferentes culturas. Entende-se como cultura um universo específico de símbolos e significados que permite a cada sociedade interpretar a vida e suas experiências e guiar suas formas de agir e se organizar (Geertz, 1989). Essa teia de significados condiciona as noções de gênero (O'Brien e col., 2005), bem como as diferentes representações da velhice e a importância social dos velhos na comunidade e nas famílias (Uchôa e col., 2002).

Schraiber e col. (2005) e O'Brien e col. (2005) observam uma crescente preocupação com a saúde do homem e o aumento de estudos diretamente relacionados ao assunto nas últimas décadas. Porém, a inclusão da perspectiva do homem no debate da saúde precisa transpor as questões relacionadas ao corpo masculino, como a saúde sexual, principalmente relacionada às doenças sexualmente transmissíveis, e a saúde reprodutiva. Afinal, os homens e suas necessidades de saúde são plurais, por isso é importante reconhecer como eles as expressam e como tais necessidades estão sendo absorvidas pelos sistemas de cuidado em saúde. Além disso, a perspectiva de gênero tem sido historicamente abordada a partir do ponto de vista das mulheres (Scott, 1989), limitando a discussão de planos de ação para o cuidado ao homem pouco além do estereótipo de que “o homem depende de uma figura feminina para se cuidar”.

Culturalmente a socialização dos homens não inclui a valorização do cuidado de si e dos outros (Schraiber e col., 2005). Pelo contrário, usualmente, o homem é expulso, e a si

mesmo expulsa do cenário do cuidado (Gutierrez; Minayo, 2008). Por sua vez, na compreensão do processo saúde-doença-cuidado, cada grupo ou indivíduo de uma determinada faixa etária, gênero, contexto sociocultural, constrói sua concepção sobre a saúde e a doença, associada às questões culturais e às vivências pessoais, e, a partir deste entendimento, são definidos os modelos de cuidado (Gutierrez; Minayo, 2008).

No presente estudo, entendemos cuidado como parte de um sistema cultural, construído a partir de um contexto social e de experiências pessoais, atravessados por fatores políticos, econômicos, históricos e biológicos (Kleinman, 1978). O cuidado em saúde envolve ações técnicas, políticas e éticas no acolhimento das pessoas na busca por atender suas necessidades. Essa compreensão ampla da dimensão do cuidado se opõe às práticas homogeneizantes e hierarquizantes da atenção biomédica predominante, pois considera as identidades, experiências, intersubjetividades e saberes dos envolvidos (Mandú, 2004).

O momento atual de acelerada transição demográfica nos obriga a repensar os sistemas de cuidado, pois, mais do que um fenômeno biológico, envelhecer é um fato social, cuja elaboração simbólica encontra-se atrelada a um universo social e cultural específico (Giacomin e col., 2005; Uchôa e col., 2002). É preciso refletir sobre como garantir qualidade de vida à sociedade, lançando mão de novas tecnologias da engenharia médica e discutindo as formas mais adequadas de cuidado, que ultrapassem as questões de consumo geriátrico de interesse do mercado e a extensa teia de proibições e regras que a noção matemática do risco impõe a essa fase da vida (Minayo; Coimbra Jr., 2002).

Além disso, à medida que cada vez mais pessoas idosas ocupam espaços de participação social, constituindo-se como fortes atores sociais e políticos e consolidam uma nova identidade coletiva de idosos (Minayo; Coimbra Jr., 2002), reforça-se a necessidade de mudança da cultura que obscurece os atributos da idade passando a compreender a velhice como um tempo específico e natural da vida. Assim, quando se trata de homens que vivenciam o próprio envelhecimento, o comportamento masculino no cuidado à saúde é interpelado por questões relacionadas à fragilidade, à incapacidade e, muitas vezes, à dependência e, conseqüentemente à necessidade de cuidado formal – pelo sistema de saúde – e informal – pela família.

Tomando como referência as proposições de Kleinman (1978) sobre os sistemas de cuidado à saúde, em uma abordagem interpretativa da antropologia médica, as estratégias de busca pelo cuidado em saúde são diversas e articulam a capacidade do próprio indivíduo e os

recursos disponíveis no meio, portanto sua amplitude de ações se dá em várias dimensões: informal, popular e profissional (Helman, 2003; Kleinman, 1978). Além disso, é notória a relevância do setor informal, que inclui o autotratamento e automedicação, assim como a obtenção de conselhos com amigos ou parentes, respondendo pela resolução de 70 a 90% dos problemas de saúde (Kleinman, 1978). Apesar da importância desses três setores em integração, para Amadigi e col. (2009) em relação ao sistema profissional do cuidado há uma dificuldade motivada pela formação biomédica dos trabalhadores da saúde, que não contempla a subjetividade humana e a determinação da cultura, o que explica os profissionais não reconhecerem o saber e as práticas de cuidado dos usuários, mantendo com estes uma relação de poder assimétrica.

O objetivo desse estudo foi investigar as concepções de saúde-doença, masculinidade e envelhecimento de homens idosos da comunidade e sua interação com os subsistemas de cuidado informal e profissional.

II Percurso metodológico

Este trabalho de cunho antropológico é parte do projeto “Abordagem da dinâmica de funcionalidade em idosos”, que investiga a funcionalidade como um componente essencial da saúde da pessoa idosa. A pesquisa foi conduzida na área urbana da cidade de Bambuí, centro-oeste do estado de Minas Gerais, com 22.734 habitantes (IBGE, 2010), município que seguindo a tendência brasileira passa por um progressivo fenômeno de urbanização e envelhecimento. Sua população rural que representava 84% em 1950 passou para 15% da população total do município em 2010; enquanto no mesmo período, os habitantes com 60 ou mais anos de idade passaram de menos de 4%, para quase 16% em 2010, sendo 45% homens.

A rede pública de assistência à saúde contava com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma policlínica, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois hospitais – um estadual e um municipal (DATASUS, 2010) e o Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias (FIOCRUZ), que se destaca no controle da Doença de Chagas.

O universo pesquisado incluiu idosos (idade ≥ 60 anos), de ambos os sexos, variados níveis funcionais, residentes em diferentes regiões da cidade, desde que cadastrados e

assistidos pela ESF, e sem alterações cognitivas que impedissem a realização das entrevistas. O critério de saturação regulou o tamanho da amostra (Turato, 2005). Para o presente estudo somente foram selecionados os participantes do sexo masculino.

O modelo de “Signos, Significados e Ações” (Corin e col., 1992) foi utilizado na coleta e análise dos dados, para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir de homens idosos em relação ao processo saúde-doença-cuidado e envelhecimento. Parte-se de uma perspectiva êmica, isto é, construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisador ou da literatura (Turato, 2005). As entrevistas foram realizadas no domicílio de cada entrevistado, a partir de roteiros semi-estruturados, o que permite a ampliação do campo de fala dos idosos e um mergulho no ambiente local e cultural do sujeito, onde ele se organiza e confere significados particulares à sua experiência. Todas as entrevistas foram gravadas, após consentimento livre e esclarecido dos informantes, transcritas, informatizadas e submetidas a uma análise criteriosa. Assim, as vozes dos homens idosos relatando sobre a vida, sua saúde e suas formas de cuidado foram o ponto de partida para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) para identificar o(s) significado(s) que os homens idosos conferem ao processo saúde-doença-cuidado.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ (CAAE: 0028.0.245.000-09). Todos os participantes assinaram termo de consentimento (Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde).

III Resultados e Discussão

Foram entrevistados 27 homens com idades entre 61 e 96 anos, sendo 10 sexagenários; nove septuagenários; seis octogenários e dois nonagenários. Dezesete entrevistados eram casados e um vivia em união estável, seis eram viúvos e três, solteiros. Vinte e três tiveram filhos. Somente cinco relataram morar sozinhos. Entre os entrevistados observa-se forte influência da religião católica e prevalece um baixo grau de escolaridade: apenas três informaram possuir curso superior.

O significado que esses homens idosos dão ao envelhecimento é demonstrado pela produção material e simbólica, que inclui a elaboração sobre a identidade masculina e os

reflexos dessas percepções em suas concepções de saúde, de doenças e dos tipos de cuidado que recebem nesse período de suas vidas. Emergiram das entrevistas, três categorias de análise relacionadas à forma como os entrevistados expressam suas percepções sobre o processo saúde-doença-cuidado: o éthos masculino como sinônimo de saúde; a relação entre velhice e doença; as contradições do cuidado.

III.1 O éthos masculino como sinônimo de saúde

Nesta categoria, emergem as características que constroem o éthos masculino no universo pesquisado. Nesse universo, todos os entrevistados são idosos, vivem em um município do interior e valorizam sua origem rural e sua ligação afetiva com o campo, onde praticavam atividades desgastantes ligadas ao uso da força física, e socialmente vinculadas aos homens e seus atributos de masculinidade (Nardi, 1998), como o trabalho na roça de sol a sol, ou em carvoaria.

Segundo o dicionário Houaiss (2001, p. 1271) éthos é uma expressão de origem grega que significa “*conjunto dos costumes e hábitos fundamentais, no âmbito do comportamento (instituições, afazeres, etc.) e da cultura (valores, ideias ou crenças), característicos de uma determinada coletividade, época ou região; na antropologia norte-americana, reunião de traços psicossociais que definem a identidade de uma determinada cultura; personalidade de base*”. Assim, os éthos masculinos são identidades masculinas construídas a partir das maneiras de ser de cada grupo (Nardi, 1998). Connel (2005) apresenta as múltiplas masculinidades cujos padrões podem variar considerando a época, a região, a classe, a geração, além das relações interpessoais e valores morais de cada grupo. Isso nos leva ao entendimento que as definições culturais de masculinidade são construções históricas e dinâmicas através das quais os indivíduos interpretam as experiências e geram comportamentos.

Segundo os entrevistados, ainda que preferissem o campo, a insuficiência de recursos econômicos e sociais na zona rural serviu como motivadora da mudança para a cidade, seja “*por conta de estudar os meninos*” (H40, 71anos, casado), seja para facilitar a vida pós-envelhecimento, como explica este homem: “*meus filhos achou que eu tava sofrendo sozinho na roça*” (H26, 85 anos, viúvo). Outro homem explica por que é bom morar em Bambuí:

“Aqui a gente tem muita facilidade, para as coisas. Porque eu acho difícil lá em Belo Horizonte.(...) É onde que eu gosto daqui, aqui eu quero ir lá embaixo eu vou lá, os negócio que eu preciso, qualquer banda de a pé, não tem nada custoso aqui. Por isso que a gente acha que aqui é mais fácil.” (H03, 74 anos, casado).

As características apontadas (tranquilidade, acessibilidade e proximidade entre os serviços e os negócios de seu interesse) são muito benéficas para essa fase da vida, pois prolongam a autonomia dos idosos. Segundo Ribeiro (2010), a independência possui significados associados a um modelo de envelhecimento bem sucedido e ao ideal hegemônico de masculinidade, o qual tem no comportamento masculino de autossuficiência, um de seus determinantes.

Embora conscientes de que o trabalho muitas vezes tenha sido causador de alguns dos problemas de saúde atuais, para os entrevistados estar trabalhando significa estar saudável, ser ativo. Dos relatos, emergem as diferenças percebidas entre os cotidianos do presente e do passado, com registros de saudosismo do trabalho e das atividades de outrora, como explica este senhor:

“(...) eu trabalhei muito em serviço braçal, serviço pesado mesmo. Pra mim aquilo era uma beleza! Achava bom de mais! Ficar cansado de trabalhar bastante! Depois chegava, tomava banho, jantava, dava sono pra dormir. Era uma coisa boa.” (H12, 70 anos, solteiro)

Este entrevistado fala sobre o que a falta da atividade laboral representa para si:

“(...) nós veio pra cá eu ficava na janela do quarto ali, ó. Não tinha condição de ir pro serviço, não aguentava sem chorar não. A recordação do serviço, do tempo que eu pegava, trabalhava.” (H07, 84 anos, casado)

Ainda que o trabalho colabore para o adoecimento ou dificulte o cuidado com a saúde, a falta do trabalho é aspecto importante relacionado aos riscos à saúde mental dos homens (Schraiber e col., 2005), pois ele tem função estruturante na sociedade, sendo um elemento muito importante na constituição do étnos masculino, estabelecendo uma estreita relação entre ser homem e ser trabalhador (Nardi, 1998; Schraiber e col., 2005). Esses aspectos apontam a posição paradoxal do trabalho, apresentada também por Schraiber e col. (2005), que se por um lado ele representa a saúde, por outro lado o trabalho funciona como obstáculo,

especialmente quando se trata do cuidado com a saúde. Por isso, o único entrevistado que continua trabalhando também reclama:

“Agora a forma melhor que eu tô esperando, tô maneirando o meu campo pra mim aproveitar o que eu tenho no meu canto é essa aposentadoria pra salvar o meu... um cado da moda da minha diária, pra mim ter tempo pra mim dedicar no que eu quero fazer.” (H29, 65 anos, casado)

Para Ribeiro (2010) cada homem idoso traz uma forma de adequar sua realidade aos ideais de masculinidade, produtividade e de saúde, seguindo uma exigência do amadurecimento e das mudanças de papéis e relações sociais que levam a reconstrução e flexibilização desses conceitos, como uma forma de resiliência. No grupo pesquisado, a saída do mundo do trabalho provoca um transtorno, que para muitos simboliza uma morte social com reflexos na saúde, acarretando por vezes mal maior que a realização do trabalho causava ao corpo, enquanto outros buscam se conformar à ociosidade. Um idoso esclarece como a velhice e a falta de trabalho afetam sua vida:

“Ah ela (a velhice) tirou de mim o trabalho que toda vida eu gostei de fazer... A gente não tem mais aquela disposição pro trabalho que a gente tinha, não tem força... então essas coisas vão minando a gente devagarinho.” (H15, 79 anos, casado)

Segundo Nardi (1998) a ideologia produtivista hegemônica, pós Revolução Industrial, levou ao ápice a relação onde ser capaz de trabalhar é sinônimo de ser saudável, gerando a desvalorização daqueles que não estão aptos ao trabalho. Ao descartar as pessoas que não são capazes de trabalhar, essa ideologia reforça a discriminação contra o envelhecimento, reconhecendo essa fase da vida como um problema (Minayo; Coimbra Jr., 2002).

Na divisão sexual e social do trabalho, o espaço masculino é o espaço público do trabalho, onde ocorrem com mais intensidade suas relações sociais, mas a velhice e a aposentadoria retiram o homem desse espaço público, provocando uma ruptura de identificação. O homem quando se aposenta passa a ocupar um lugar indefinido, ao deixar de cumprir a norma internalizada de ser homem e ser trabalhador (Nardi, 1998). Essa situação exige uma ressignificação com a relativização desses papéis em uma estrutura menos rígida.

Quanto às atividades relacionadas ao lar, em geral a maioria dos entrevistados assume as tarefas ligadas ao entorno da moradia, como quintais, hortas ou pequenas criações de

animais. Os cuidados domésticos são realizados predominantemente pelas mulheres presentes nas redes sociais dos entrevistados. Um entrevistado explica:

“A gente fica desanimado! A gente, homem mexer em cozinha, quer dizer, faz a gente só, tudo bem, mas é o trem mais esquisito. Ah minha nossa Senhora! Até fazer comida, se puder, é lavar os trem. É ajeitar tudo e fazer o café, um trem assim, é custoso né?” (H20, 69 anos, solteiro)

Se o espaço do masculino é o público e suas características se relacionam com o conceito de saudável, o espaço privado é o do doente e da doença, que se conforma como fraqueza e incapacidade. É um espaço de domínio do feminino, tradicionalmente encarregado dos cuidados com o lar, a saúde e a doença (Nardi, 1998). Outro entrevistado manifesta seu desconforto face à perspectiva de experimentar alguma incapacidade e precisar de cuidados:

“É... porque ajuda que a gente precisa é só se a gente tiver doente, fazer uma coisa pra gente que a gente não possa fazer. Assim, se eu tiver mais ou menos assim que nem eu to hoje, uma comparação, a maior parte que eu tô é assim mesmo... Eu tenho medo demais é de derrame... Ficar numa cadeira de rodas. Aí a gente sabe que a gente tem muita pessoa que faz as coisas pra gente, eu não tô achando ruim não, mas aqui em casa todo mundo tem uma vida.”(H12, 70 anos, solteiro)

Um homem explica como faz:

Não, tem coisa que é só a gente mesmo que dá conta de fazer. [quando não dá conta, abandona e pronto]. E pronto! Esquece! (risos) (H30, 76 anos, solteiro)

No grupo, “dar conta” significa ser independente para realizar aquela atividade, enquanto, “não dar conta” exprime a incapacidade para fazê-lo, porém essa atividade pode ser abandonada – como no relato acima - ou realizada de forma diferente. Todos os entrevistados declaram o medo da incapacidade, porém o medo de “dar trabalho”, isto é, de depender do cuidado de alguém, é ainda maior, como pode ser notado neste excerto:

“Eu não tenho medo da morte não, se falar assim: vai morrer amanhã, não tem problema. Eu tenho medo é de, por exemplo, eu sou assim, um pouco agitado, se eu cair numa cama e não puder andar, um trem assim, aí eu tenho medo, de ficar dando trabalho pros outros, ficar pela mão dos outros. Aí é preferível que a gente morresse

(risos).” (H18, 65 anos, casado)

Ribeiro (2010) relata a centralidade da identidade masculina na definição de saúde e de doença, sendo que a partir destas definições e da perspectiva de gênero, são negociadas as condições de vulnerabilidade física. Embora a perspectiva de envelhecer com limitações possa afetar indivíduos de ambos os sexos (Pereira e col., 2014), considerando a construção de seu papel social como homem, para boa parte dos entrevistados, excluem-se os cuidados domésticos e às vezes até o cuidado de si. Esse território do espaço interno fica exclusivo para a figura feminina. Este homem reconhece:

“...mas eu sei que vou morrer primeiro que minha esposa, isso não tem perigo, meu medo maior é não ter uma filha... mas graças a Deus tá aparecendo nora pra mim, quero que seja minha nora, quero que seja minha filha.” (H57, 62 anos, casado)

Assim, depender de mulheres para a realização dos afazeres domésticos muitas vezes não se apresenta para esses idosos como incapacidade, nem se insere no receio de “*dar trabalho*”, pois se ancora na relação de poder entre gêneros, que naturaliza o cuidado e as tarefas do lar como inatas à mulher, expressando o éthos na dominação masculina da divisão social do trabalho (Silva e col., 2013).

Connel (2005) cita a dificuldade masculina em lidar com problemas de saúde, inclusive a incapacidade. Os éthos masculinos presentes no discurso cotidiano hegemônico definem formas bem sucedidas de “ser homem”, que estão ligadas a força, autoridade, autossuficiência, independência, poder (Ribeiro, 2010). Tais elementos somente se associam ao estar saudável. Dessa forma, mitigar sintomas e problemas de saúde pode ser considerado um esforço em manter esta identidade masculina, ou ainda à questão de como o idoso entende o conceito de saudável e como este conceito se relaciona com seu papel de homem (Ribeiro, 2010). Para Ribeiro (2010) e Moura (2014) o papel do gênero na construção das expectativas e comportamentos de saúde pode ser exemplificado pela maior dificuldade dos homens na busca por assistência à saúde quando estes veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina.

De toda maneira, seja no trabalho, em casa ou no cuidado com a saúde, a masculinidade é plural, existindo muitas além desta masculinidade hegemônica. Na medida em que envelhece e vivencia as transformações da vida que lhe trazem a fragilidade e a dependência, o éthos masculino se aproxima de outros padrões de masculinidade,

considerados subordinados, mas isso permite ao homem idoso reconstruir sua identidade masculina adequando-a a sua realidade (Connel, 2005), como se verá na categoria a seguir.

III.2 O envelhecer e o ser doente

O envelhecer é encarado de forma positiva quando relacionado às conquistas acumuladas na vida, valorizando as vantagens da experiência e da tranquilidade que o amadurecimento proporciona. Porém, muitas vezes essa visão positiva concorre fortemente com a relação negativa entre o envelhecimento e a fragilização, conforme neste excerto:

“o que (a velhice) trouxe de bom foi a tranquilidade, você vai ficando uma pessoa mais tranquila, você vai vendo os seus netos, vendo os seus filhos crescerem e conseguindo as coisas, a gente tem, tem as vantagens. Tem as desvantagens também. Você vai ficando mais frágil. (H18, 65 anos, casado)

Em geral, os problemas de saúde são atribuídos à velhice, como esclarece este senhor:

Eu falaria que (a saúde) tá mais ou menos que... eu ainda peno de não ter saúde, de tá velho”(H12, 70 anos, solteiro).

Quanto à avaliação da própria saúde, a maioria dos entrevistados declara a percepção de sua saúde como boa, apesar de eventuais problemas, o que revela certo conformismo em aceitá-los - porque é idoso - e outras questões que participam dessa definição de saúde. Este senhor esclarece:

“Relativamente bem, em relação à minha idade tá bem: pressão, pressão controlada, através de remédio. Tomo remédio só pra dormir, mas a minha saúde é boa. Só o que não tá bom é a velhice (risos). Porque a velhice é doentia. Há um ditado que fala assim: senectus esculopus: a velhice é doentia. E é.” (H15, 79 anos, casado)

Mesmo entre os entrevistados que declaram possuir alguns problemas de saúde, esses problemas são minimizados, pois o significado atribuído à auto-avaliação de saúde relatada como positiva ancora-se na comparação entre o próprio estado de saúde em diferentes momentos da vida ou com o estado de saúde de outras pessoas, em situação considerada pior. Para Fonseca e col. (2010), a discordância entre a auto-avaliação de saúde e os dados objetivos

da saúde explica-se porque o idoso muitas vezes confunde e sobrepõe envelhecimento, saúde e doença, além de utilizar processos interpretativos que articulam fatores médicos, não-médicos e sociais. Isso mostra que o conceito de saúde, assim como outros construtos sociais como o gênero, também tem um caráter relacional, ou seja, é influenciado pelas interações sociais de cada indivíduo (Fonseca e col., 2010).

Um senhor avalia:

“Eu tô saudável. Eu não tô sentindo nada (...) eu sou uma pessoa diferente, eu não fico procurando. É igual você pegar um carro, um carro velho. Se você for com ele pro mecânico todo dia, você acha defeito pra ele todo dia (...). Aí você vai convivendo com um barulhinho.” (H18, 65 anos, casado)

As concepções de masculinidade e do ideal de envelhecimento saudável compatíveis com uma sociedade produtivista e individualista provocam um esforço do idoso para manter sua autonomia, gerando grande resistência na busca e aceitação de ajuda. Esse comportamento pode, em certa medida, ser benéfico na perspectiva do autocuidado e da responsabilidade por sua própria saúde, mas também pode significar a negação de problemas de saúde ou uma tendência a diminuí-los, tornando-se um risco de acidentes ou agravamento de condições de saúde. Além disso, na cultura local, os entrevistados refletem os discursos biomédico e social (Moraes, 2012), que valorizam as condições físicas que garantem a capacidade para o trabalho e por isso traduzem a velhice em geral como sinônimo de perdas e de doença (Pereira e col., 2014). É possível perceber o entendimento de que os problemas de saúde na velhice são inexoráveis, como se o idoso estivesse condenado à sua condição (Giacomin e col., 2013; Moraes, 2012). Um nonagenário explica porque não faz as atividades de antes:

“... Mas hoje, esse braço aqui já não aguenta. Sinto uma dor no braço aqui. Já não aguento jogar massa, mexer com massa. Mais, é ficar à toa.” (H46, 90 anos, viúvo).

Em geral, os problemas de saúde que os entrevistados relatam primeiro relacionam-se àquilo que sentem ou que dói, que afeta o corpo físico e dificulta a realização de atividades cotidianas, em razão de condições agudas como dores, desconforto gastrointestinal, falta de ar, fraquezas. Os problemas de saúde relativos às condições crônicas, apesar de presentes, muitas vezes aparecem com menor ênfase nos relatos dos idosos, exceto quando produzem incapacidade. Ressalte-se que idosos que declararam pior estado de saúde de forma mais

intensa, em geral, queixaram-se de problemas incapacitantes. Em um estudo realizado em diferentes países, Low e col. (2013) também encontraram a forte relação entre as perdas físicas do envelhecimento e a percepção negativa da saúde e da qualidade de vida.

Além das dificuldades e incapacidades trazidas pelos problemas de saúde, a renda é outro caráter que pode colocar o idoso em situação de dependência. Para complementar a renda alguns dos entrevistados informaram contar com a aposentadoria ou trabalho da esposa, alguns mantêm fontes de renda, e outros declararam precisar contar com ajuda financeira dos filhos, como pode ser visto neste relato:

“Então eles (filhos) entraram num consenso lá e resolveram me pagar meio salário todo mês. São sete filhos, então dá. Com isso eu tenho feito a minha renda. Tem a oficina, que não dá nada, mas ajuda.” (H15, 79 anos, casado).

Com exceção de um, todos os idosos declararam estar aposentados, mas vários se queixaram da insuficiência da renda da aposentadoria e ou da dificuldade para administrar os gastos contando somente com essa renda, principalmente considerando os gastos com medicamentos e serviços de saúde particulares. As ressalvas aos serviços de saúde, seja público ou particular, são muitas e frequentes. Muitos dos idosos informaram não receber todos os medicamentos gratuitamente pelo sistema de saúde, por isso geralmente precisam comprar aqueles medicamentos “mais caros”. Um homem explica:

Eu pago. Toda vez que eu vou, tenho que pagar. Pago o remédio, pago a consulta. [...] A gente não sente nada, quando adoecer às pressas a gente tem que ir lá consultar, aí eu pego a receita, eles me dá a receita e prevalece quatro meses. Vai acabando, eu vou comprando o remédio até quatro meses (H9, 74 anos, casado).

Quanto às consultas especializadas, para a maioria dos participantes, elas são realizadas fora do município de Bambuí, junto a médicos particulares ou credenciados a planos privados de saúde. Segundo Alcântara e Lopes (2012) o acesso aos produtos e serviços de saúde determina o padrão de consumo de serviços de saúde entre os idosos, ou seja, conforme a oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside, mas também de acordo com as condições econômicas individuais e familiares, é definido o perfil de consumo de saúde. Dessa forma, a falta de uma maior distribuição geográfica e da oferta de serviços públicos restringe o acesso aos serviços de saúde de indivíduos com piores condições socioeconômicas.

III.3 As contradições do cuidado

Nesta categoria são apresentadas as percepções do grupo sobre os sistemas de cuidado formal e informal.

Um entrevistado enfatiza o cuidado formal e os bons hábitos como forma de alcançar um melhor jeito de se viver:

“Ele procurar um médico corretamente, ele fazer os exames igual eu faço... Eu acho que as pessoas depende muito do modo (...) dele agir... Cigarro? Zero. Comida? Boa. Se é uma pessoa mais alegre, mais prestativa, uma coisa assim, isso aí eu acho que ajuda mais ainda que as outras coisas. Aí eu acho que a pessoa pode ter mais vida.” (H06, 62 anos, casado)

Porém, mesmo reconhecendo a importância do cuidado com a pressão arterial, este homem fala:

“Eu normalmente, pra te falar a verdade, eu tenho uns cinco anos que eu não consulto (risos). Ah... não tenho percebido nada assim diferente, por exemplo, uma coisa que eu faço constante é olhar a pressão.” (H18, 65 anos, casado)

Durante as entrevistas os idosos responderam perguntas sobre os motivos que levam a uma vida saudável e os que conduzem a uma situação de saúde ruim. Em geral, minimizam os problemas de saúde explicando-os a partir da própria culpabilização pela condição atual, o que exime o sistema de saúde de qualquer responsabilidade, conforme estes dois excertos:

“Eu fiquei nas condições que eu tô aqui agora por ignorância minha mesmo. No tempo que eu era novo, tinha saúde, graças a Deus, o peso que era pra dois eu queria pegar sozinho e muitas das vezes eu peguei.” (H07, 84 anos, casado)

“Músculo do meu coração cresceu. A gente quando é muito novo faz muita força, então ele cresce. E a gente não tratava. Não sentia nada, como é que vai tratar?” (H25, 74 anos, casado)

Outro homem explica por que não faz exames periódicos:

“Pelos lógicas das coisas, não deveria ser assim, você deveria

consultar todo ano e tal, fazer exame de próstata todo ano pela minha idade e tudo, mas a minha concepção é diferente. Se aparecer algum problema... imediatamente eu vou procurar o médico, eu vou saber o quê que tá acontecendo. Não tá acontecendo nada, eu não vou ficar procurando, procurando doença não. Não tô com doença, não vou procurar doença.” (H18, 65 anos, casado)

Apesar de uma aparente dicotomia entre a velhice saudável ou doente, a amplitude de conceitos relacionados à saúde e à falta dela foi representada nas falas, ora mais influenciadas pelos conceitos biomédicos, ora seguindo dimensões da cultura. O discurso biomédico, aprendido nos serviços de saúde e em outros canais formais de informação e cuidados em saúde, é repetido principalmente quando se trata de identificar motivos para não estar saudável. Dessa forma, as falas dos idosos estão orientadas no sentido do prejuízo à saúde causado por seus maus hábitos ou pelo simples fato de serem velhos. Todos os idosos relatam o uso dos cuidados formais de saúde, mais intensamente quando percebem o aparecimento ou agravamento de doenças e menos para o controle de condições crônicas, como apresentado por este homem:

“Teve um dia à noite aí, veio uma dor danada e todo o jeito que eu mexia na cama tava ruim, aí eu resolvi consultar... Não tô acostumado a ir por isso não.”(H40, 71 anos, casado)

Alguns idosos demonstram certa resistência na busca por serviços de saúde, justificada por um comportamento masculino, pela vinculação entre os cuidados formais e a falta de saúde ou mesmo pela visão conformista de que o problema é a idade. Isso demonstra como a relação dos homens idosos com os serviços de saúde é diferente dos homens mais jovens e também diferente das mulheres (Ribeiro, 2010). É possível notar nas entrevistas que a procura pelo cuidado formal em saúde parece ser quase sempre reativa, ou seja, os entrevistados usam os serviços de saúde somente quando apresentam queixas. Essa compreensão corrobora aquela de Moura (2014), segundo a qual, a maior utilização dos serviços de saúde vincula-se àqueles que percebem sua saúde como regular ou ruim.

De certo modo, o sistema formal de cuidado à saúde, contrariando as diretrizes basilares do Sistema Único de Saúde (SUS), não atua na prevenção e promoção da saúde nem na reabilitação. Nota-se certa desconfiança e até descrença nas técnicas biomédicas, pois, apesar de considerarem a unidade básica de saúde como um serviço de saúde acessível, os entrevistados desconfiam de sua efetividade:

“quando eu vejo que é alguma coisa mais simples eu procuro aqui. Agora, quando eu vejo que é mais grave, aí eu vou fora.” (H06, 62 anos, casado)

Embora reconheçam uma melhora do sistema público de saúde, percebe-se que para os entrevistados, o SUS local ainda não supre toda a demanda de produtos e serviços de saúde, levando à necessidade de deslocamento para outros municípios em busca de tratamentos, o que contribui para um custo elevado dos cuidados com saúde, além da necessidade de compra de medicamentos, pagamentos de consultas, exames ou planos privados de saúde.

Todos confirmaram receber visitas dos profissionais da ESF, mas não trazem em seus relatos esse fato como uma ação transformadora de suas condições de saúde. Alguns relataram certa satisfação com as visitas diárias de um profissional, mas não pelo tratamento oferecido e sim pela relação de amizade que se estabelece.

“Mudou, porque... eu tenho muito amizade com elas... Brincando comigo, aquelas brincadeiras dela: tem que caçar jeito é de viver. Nós ainda quer que você vevi muito ainda. Elas falam: ‘Tem que tratar da saúde sim’. E... eu... eu acho bão, eu conversando com ela, assim, igual você, vocês entende a gente, eu entendo vocês. Parece que põe amizade e fica uma coisa boa. (...) eu acho que é uma coisa das melhor que tem que eu acho. Que se a gente tem amizade, a gente tem liberdade de conversar.” (H12, 70 anos, solteiro)

Assim, os motivos identificados para se ter uma boa saúde na velhice incluem algo do discurso biomédico, mas o ultrapassam e são lembradas características de bem-estar relacionadas às experiências de vida, à relação com o outro e a valores morais. Também no estudo de Low e col. (2013) a percepção positiva da saúde esteve relacionada a menores perdas nas relações sociais, manutenção de boa interação social e participação social em grupos organizados. Contudo, este homem reproduz assim a orientação que ouviu do médico do serviço público de saúde:

“Dr. X que é médico meu. Aí dá aquela perrengada ele arranja aquele remédio e fala ‘cê leva esse e vai tomando, acaba uma receita e pega outra e, na hora que piorar mais, cê volta’.” (H23, 82 anos, casado)

Nessa fala, na visão do entrevistado, o profissional não propõe alternativas para a busca por maior qualidade de vida para o idoso. É como se, mesmo diante de uma demanda objetiva de cuidado, o intuito fosse manter os problemas “controlados” e distantes do serviço,

sem a intenção de modificar a situação. Essa forma de conduzir o cuidado ao idoso se alia e reforça a descrença dos usuários na capacidade do sistema formal de saúde em ajudá-los (Moraes, 2012).

Além disso, embora a promoção da saúde e a prevenção de agravos seja crucial para a ESF, esses homens idosos expressam que o setor profissional do cuidado não cuida da saúde deles, eles o veem como responsável pelo cuidado da doença. Tampouco se observam ações relativas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que traz à tona a vulnerabilidade da saúde dos homens, dada a sua baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária, e orienta ações de prevenção de agravos, de promoção da saúde e qualidade de vida e de educação como estratégia de incentivo às mudanças comportamentais. Portanto, é preciso propor ações que valorizem a pessoa mais que suas doenças e incapacidades, o que, segundo Moura (2014), pode significar a garantia de efetividade e provocar mudanças no comportamento dos idosos que passam a confiar mais no serviço, contribuindo para a desconstrução do paradigma cultural da masculinidade vigente.

Para Low e col. (2013), tornando os ambientes dos serviços de saúde acessíveis físico e psicologicamente aos idosos cria-se oportunidades para a interação social e permite a realização de objetivos e projetos pessoais. Essa ação promove o sentimento de pertença dos idosos em relação à comunidade. O ambiente adequado relativiza a perda psicossocial e física da velhice facilitando a adequação da vida ao período da velhice. Esse mesmo pensamento é oportuno para se pensar a configuração e funcionamento dos serviços, quase sempre feminilizados, que facilitem a inclusão dos homens (Couto e col., 2010).

Muitas vezes a população mais velha quando abordada pelos serviços de saúde passa por uma desgenderização, que desconsidera o modo como as características dos gêneros influenciam seus comportamentos (Arber, 2013). Além disso, como a população idosa é majoritariamente feminina, isso favorece a invisibilidade dos homens idosos perante os serviços de saúde, não sendo eles o alvo de trabalhos sobre a perspectiva de gênero nessa população (Ribeiro, 2010).

Assim, é junto à rede social que os idosos (re)constroem sua rotina de atividades, mantendo-se socialmente vivos, como pode ser visto nos relatos a seguir:.

“Tenho muito amigo... Tem muita gente aqui com quem eu posso contar... A família também, nós somos unido, graças a Deus.” (H03, 74 anos, casado)

“mas eu tenho as amizades que eu tenho, eu tenho prazer disso, sinto prazer das amizades que eu tenho... Faço visita pra alguma pessoa que eu sei que às vezes tá doente(...). Agora pra passear, às vezes num dia de domingo eu vou na casa duns amigos, eu faço uns papos. Agora, assim, de serviço a gente só vai na casa de uma pessoa que tá doente, perguntar se melhorou, as forças que a gente puder dá ele a gente dá. O que a gente faz é o que a gente recebe. Se a gente não fizer nada pra ninguém também a gente não vai receber né?” (H12, 70 anos, solteiro)

Emerge das falas a importância da rede social formada por familiares ou amigos como suporte à vida e manutenção da saúde de forma próxima, íntima e cotidiana. Quando o homem idoso passa a necessitar de cuidados e ajudas, seja financeira, para moradia, autocuidado ou companhia, a família assume papel essencial, sendo citados esposas, filhos, irmãos, sobrinhos e netos. Essa reflexão aumenta a responsabilidade pela sistematização do cuidado domiciliário no nosso meio, pois é necessário dar suporte à família para que ela cuide do idoso dependente (Giacomin e col., 2005), como estabelecido na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006).

A vizinhança constitui uma rede de amizade na qual se confia e torna-se motivo para sair de casa, para conversar, para o prazer e também para cuidar e oferecer ajuda. Cornwell (2011) explica em seu estudo realizado com uma amostra representativa da população dos Estados Unidos de 57 a 85 anos que a rede social garante maior suporte social e emocional aos idosos. Porém, segundo o autor, as densas redes sociais mais íntimas, formadas em geral por familiares, podem ser opressoras realizando um monitoramento rigoroso de seus membros e tornando-se em algumas situações um obstáculo para a privacidade e autonomia. Essa característica das redes sociais densas torna importantes as redes menos íntimas, formadas por pessoas conhecidas com as quais se constroem relações mais fracas. Essas redes sociais alternativas, apesar de não substituírem os fortes laços da rede social familiar, aumentam a capacidade dos idosos serem mais independentes e também tem efeito sobre sua auto-estima. A aposentadoria e o declínio da saúde para os homens idosos, além de tornarem as tradicionais prioridades masculinas de poder e autonomia mais difíceis de serem sustentadas, também provocam uma queda súbita na rede social "leve" (Cornwell, 2011). Manter redes sociais paralelas representa uma forma informal de poder e independência que pode ser muito favorável à saúde dos homens idosos.

IV Conclusões

O ideal produtivista da sociedade ocidental não está apenas no pensamento dos idosos e das pessoas em geral que valorizam o trabalho como atividade econômica, mas se encontra refletido nas instituições de saúde que detectam somente doenças naqueles que não trabalham. Enquanto o foco da atenção aos idosos estiver centrado apenas nas dimensões patológicas, enxergando os velhos de forma estereotipada, como pessoas doentes e dependentes, essa visão não abrangerá a prevenção ou as necessidades psicossociais (Ribeiro, 2010) dos homens velhos. Certamente, essas concepções históricas de masculinidade e produtivismo que trazem prejuízos ao cuidado em saúde dos homens idosos não serão modificadas pela atuação isolada do sistema de saúde ou de um único setor. Mas é possível propor reflexões e mudanças para as próprias ações dos serviços de saúde a partir desses construtos sociais: se a independência é um valor tão caro a esse grupo de pessoas, os serviços de saúde não devem ter o intuito de destituir ainda mais os idosos de sua autonomia, nem buscar tutelá-los.

A ausência do sistema de saúde, principalmente com um caráter preventivo, certamente contribuiu para a atual situação de saúde dos idosos. Porém, na visão dos homens idosos desse estudo, o cuidado à saúde prevalece no setor informal, em suas redes sociais; enquanto, o setor profissional do cuidado, fica responsável pelo cuidado da doença.

Para começar a mudar a forma de agir e construir uma atenção à saúde mais abrangente, que reconheça os papéis sociais, crenças e comportamentos como construções socioculturais relacionadas ao gênero (Ribeiro, 2010), é preciso conhecer mais cada homem idoso, suas vulnerabilidades e potenciais, ajudar quando necessário, com o objetivo de construir apoios que preservem ao máximo sua autonomia, que para ele se confunde com a própria saúde. Admitir isso é o primeiro passo para o sistema de saúde modificar essa situação e se responsabilizar de fato com o cuidado à saúde dos velhos, não relegando essa ação somente à esfera da vida privada e a cargo das famílias.

V Referências

- ALCÂNTARA, L. R.; LOPES, M. J. M. Estrutura de serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do sul do Brasil. **Redes**, v. 17, n. 1, p. 94–114, 2012.
- AMADIGI, F. R. e col. Antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 139–146, 2009.
- ARBER, S. Reflections on “ Gender , Health and Ageing ” – Continuity and change after 2 decades. **British Sociological Association Medical Sociology Online**, v. 7, n. 3, p. 28–37, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde, DATASUS. **Informações de saúde 2010, 2010**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 25 mar. 2014.
- BURILLE, A. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- CONNELL, R. W. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. **Gender & Society**, v. 19, n. 6, p. 829–859, 1 dez. 2005.
- CORIN, E. e col. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d’actions. **Psychopathologie Africaine**, v. 24, p. 183–204, 1992.
- CORNWELL, B. Independence through social networks: bridging potential among older women and men. **The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences**, v. 66, n. 6, p. 782–94, nov. 2011.
- COUTO, M. T. e col. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 14, n. 33, p. 257–270, 2010.
- FONSECA, M. DAS G. U. P. e col. Papel da autonomia na auto- avaliação da saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 159–165, 2010.
- GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J. DOS; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2487–2496, set. 2013.

GIACOMIN, K. C.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1509–1518, 2005.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. DE S. **Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Anais...Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008

HELMAN, C. G. Cuidado e cura: os setores da assistência à saúde. In: **HELMAN, C. Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 71–108.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. DE S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí, 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310510&search=minas-gerais|bambui>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social science & medicine**, v. 12, p. 85–93, 1978.

LOW, G.; MOLZAHN, A. E.; SCHOPFLOCHER, D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. **Health and quality of life outcomes**, v. 11, n. 1, p. 146, jan. 2013.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665–675, 2004.

MARQUES, A. M. Gênero e saúde: uma relação ainda oculta. In: **STREY, M. N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M. R. (orgs.). Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 35–58.

MINAYO, M. C. DE S.; COIMBRA JR., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: **MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 11–24.

MORAES, G. V. DE O. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde / Doença / Incapacidade em Idosos da Comunidade**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Centro de Pesquisa René Rachou/Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica, Belo Horizonte, 2012.

MOURA, E. C. e col. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429–438, 2014.

NARDI, H. C. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: **DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**.

Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 95–104.

O'BRIEN, R.; HUNT, K.; HART, G. "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": men's accounts of masculinity and help seeking. **Social science & medicine**, v. 61, p. 503–16, ago. 2005.

PEREIRA, J. K.; FIRMO, J. O. A.; GIACOMIN, K. C. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3375–3384, ago. 2014.

RIBEIRO, O. Saúde, masculinidade e envelhecimento: reflexões sociais numa perspectiva de gênero. In: **STREY, M. N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M. R. (orgs.). Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 303–324.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7–17, 2005.

SCOTT, J. **Gender: a useful category of historical analyses**. New York: Columbia University Press, 1989. p. 35

SILVA, S. DE O.; BUDÓ, M. DE L. D.; SILVA, M. M. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 389–396, 2013.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde : definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507–14, 2005.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: **MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 25–35.

Esse trabalho traz uma reflexão sobre três dos muitos nós críticos atuais da saúde pública no país. O envelhecimento populacional e as mudanças que ele exige na abordagem da prática em saúde em relação à população idosa, tanto mudanças da técnica quanto mudanças conceituais, desvinculando a noção de envelhecimento como doença. A importância de espaços de saúde genericados, compreendendo a questão central do gênero na formação social e na concepção de saúde e doença. Por último o cuidado como subjetividade, englobando todas as demais questões.

Para alcançar essa amplitude subjetiva do cuidado é necessária, segundo Ayres (2004) uma transformação radical do nosso pensar e fazer saúde, desde nossas bases conceituais. Tanto para esse autor quanto para Kleinman (2009) cuidado é mais que uma técnica ou mesmo uma construção social e antropológica, é um construto filosófico relacionado à existência humana. Assim, quando cuidamos ajudamos a construir um projeto de felicidade do indivíduo a ser cuidado, fazendo-se necessário aproximar-se do significado de saúde daquele indivíduo e do seu ideal de bem-estar (Ayres, 2004). Dessa forma outras ciências, além da medicina tecnocientífica, podem ajudar, como a antropologia, a sociologia e a psicologia, porém, mais que todas essas ciências, o saber construído no momento da interação com o outro é o fator mais relevante (Ayres, 2004).

No grupo de homens idosos estudado nesse trabalho, o cuidado oferecido pelos serviços de saúde mostra-se ainda atrelado predominantemente à doença e às técnicas biomédicas, além de refletir o pensamento produtivista que discrimina os idosos e ignorar a relevância do gênero para a prática em saúde, apesar dos participantes demonstrarem a centralidade da masculinidade em suas percepções de saúde e doença. Considerando a perspectiva relacional do gênero, há uma limitação nesse estudo, pois não foram abordadas as entrevistas das mulheres, o que possibilitaria uma construção mais apurada da perspectiva dos gêneros em relação ao cuidado em saúde e na construção das identidades de gênero.

Ademais, as políticas institucionalizadas em nosso sistema de saúde voltadas para a saúde da pessoa idosa e para a saúde do homem reconhecem a relevância desses grupos para a ação em saúde pública, visando uma atenção integral e adequada. Porém esses dois textos oficiais não trazem práticas que se associam; ou trabalha-se com uma abordagem exclusiva à pessoa idosa, ou se trabalha com uma abordagem ao gênero que exclui o envelhecimento.

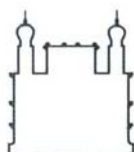
A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criada em 1999 e atualizada em 2006,

apenas cita que o gênero é também uma questão do envelhecimento, mas somente para chamar a atenção sobre o expressivo contingente feminino na faixa etária acima de 60 anos nas zonas urbanas em contraste com um número maior de homens idosos nas áreas rurais.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2008, admite a dificuldade dos serviços de saúde, principalmente a atenção primária, no cuidado ao homem, trazendo como causas as barreiras socioculturais (invulnerabilidade masculina), que geram a resistência masculina em relação à busca pela atenção primária, e as barreiras institucionais (serviços privilegiam ações de saúde para crianças, adolescentes, mulheres e idosos), que dificultam o acesso. Essa política valoriza as ações educacionais por compreender a complexidade da mudança comportamental e a dinâmica das múltiplas masculinidades que exige considerar as diferenças raciais, de classes e também de idades. Mas apesar de a PNAISH representar um avanço, ela se baseia nas principais enfermidade e agravos dos homens de 25 a 59 anos, o que justifica sua pouca aplicação aos idosos e corrobora a desgenderização dessa etapa da vida. Assim, no que se refere ao envelhecimento, a PNAISH embora aponte a vulnerabilidade dos homens idosos que apresentam quadros irreversíveis de adoecimento, de certa forma, ela culpabiliza essa população por não ter buscado precocemente ações de prevenção ou tratamento.

O ideal de masculinidade construído histórica e socioculturalmente que prevalece na sociedade não exime o sistema de saúde da responsabilidade pelo cuidado na prevenção de doenças, recuperação e promoção da saúde dos homens, sendo eles idosos ou jovens. Conhecer os homens idosos para além de suas patologias pode permitir ao sistema profissional de saúde ser mais efetivo ao atuar em conjunto com o sistema informal e promover modelos de masculinidade que envolvam os cuidados à saúde e permitam lidar melhor com a vulnerabilidade do envelhecimento, tornando a vida dos homens idosos mais saudável. Para isso, segundo Gomes e col. (2008), é preciso que os profissionais de saúde ressignifiquem suas próprias representações de ser homem e ser idoso, no sentido de entenderem homens, mulheres, idosos e jovens, como sujeitos de direito.

7.1 Anexo I - Carta de Aprovação N° 2/2010 - CEP / CPqRR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



CARTA DE APROVAÇÃO N° 02/2010 – CEP / CPqRR

Protocolo CEP - CPqRR n°: 29/2009

Projeto de Pesquisa: "ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DA DINÂMICA DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS.". Grupo III.

Pesquisador Responsável: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Instituição: Centro de Pesquisa René Rachou

CAAE: 0028.0.245.000-09

Ao se proceder à análise o protocolo em questão, constatou-se que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96 CNS / CONEP, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **PROJETO APROVADO.**


Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:

- Parcial 01: Março 2011;
- Parcial 02: Março 2012;
- Final: Março 2013.

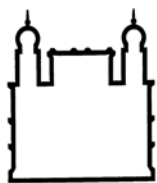
Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Belo Horizonte, 02 de fevereiro de 2009.




João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEPESH-CPqRR

7.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Centro de Pesquisas René Rachou – CPqRR

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Incapacidade funcional: significado e estratégias de enfrentamento entre idosos da comunidade do interior de Minas Gerais**. Você foi selecionado pelo Enfermeiro da Unidade do Programa de Saúde da Família ao qual você está cadastrado. O critério que ele usou foi sua capacidade de responder às perguntas. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Equipe do Programa de Saúde da Família e nem com o Centro de Pesquisa René Rachou.

O objetivo deste estudo é: investigar o que significa a incapacidade para você; investigar o que ajuda o idoso a enfrentar essa dificuldade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder às perguntas que sob seu consentimento serão gravadas em fitas magnéticas ou gravador digital. Após as gravações, as fitas e/ou os arquivos ficarão em armário próprio em Belo Horizonte ou em um computador pessoal com acesso restrito.

Essa pesquisa não implicará em riscos relacionados a sua participação. Os benefícios relacionados com a sua participação são: se durante as visitas na sua casa for observado algum problema relacionado a sua saúde e que possamos ajudá-lo, as devidas medidas serão

tomadas. Além disso, conhecendo seus problemas e dos outros idosos será possível fazer outras pesquisas para melhorar suas condições de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (você será reconhecido não pelo nome e sim pelo número da visita, exemplo: caso você seja a terceira pessoa a ser entrevistada, antes das gravações será dito “Entrevista da participante 3” cadastrado no PSF X). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP – CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal:

- Josélia Oliveira Araújo Firmo – Av. Augusto de Lima, 1715 - Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002). Telefone: 31 3349 7731

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética - CPqRR:

- Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)

-Secretária: Jéssica Camêlo – TeleFax: (31) 3349 7825

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Bambuí, de de

Sujeito da pesquisa

7.3 Anexo III - Guia de Entrevistas

Guia de entrevistas

O idoso

Quantos anos você tem?

Estudou? Sabe ler e escrever?

Com quem você mora?

É casado (a), solteiro (a), viúvo (a)?

É aposentado (a), pensionista?

Qual a renda da família (em salários mínimos)?

Saúde - doença - funcionalidade

Como está sua saúde?

O que é uma saúde boa para você? E saúde ruim?

Como é um dia na sua vida?

O que o senhor costuma fazer após acordar?

Quais atividades o senhor realiza?

De manhã...

À tarde...

À noite...

Nos finais de semana?

O senhor tem alguma dificuldade (ou conhece alguém que tenha dificuldade) para fazer alguma atividade no seu dia-a-dia? Qual?

Quando e como começou essa dificuldade?

O que o senhor acha que te atrapalha para fazer isso?

Enfrentamento: serviço de saúde / apoio social

Algum médico ou profissional de saúde explicou para você como está a sua saúde? Quem? Quando?

Houve alguma mudança na sua vida por causa dessa dificuldade? Qual?

O que o senhor acha que poderia ajudar o senhor a fazer isso?

O senhor conta com algum tipo de ajuda? Quando? O quê? (bengala, aparelho auditivo,

táxi...) Quem? Onde? (adaptação ambiental)

Você pede ajuda quando precisa? A quem?

Na sua opinião como as outras pessoas da sua família veem a sua dificuldade? O senhor sai de casa? Para quê?

O senhor frequenta algum grupo, associação ou igreja? Por que?

O senhor faz visitas? O senhor recebe visitas? De quem? Qual a frequência?

7.4 Anexo IV - Codificação e descrição dos participantes

Tabela 1 - Codificação e dados demográficos dos homens entrevistados

Nº	Código	PSF	Idade	Estado Civil
1	H3	1	74 anos	Casado
2	H6	1	62 anos	Casado
3	H7	3	84 anos	Casado
4	H9	2	74 anos	Casado
5	H11	3	69 anos	Casado
6	H12	3	70 anos	Solteiro
7	H15	2	79 anos	Casado
8	H18	2	65 anos	Casado
9	H20	4	69 anos	Solteiro
10	H21	4	87 anos	Viúvo
11	H23	5	82 anos	Casado
12	H25	5	74 anos	Casado
13	H26	1	85 anos	Viúvo
14	H29	5	65 anos	Casado
15	H30	5	76 anos	Solteiro
16	H36	1	61 anos	Casado
17	H40	5	71 anos	Casado
18	H41	4	79 anos	Viúvo
19	H43	3	62 anos	União Estável
20	H45	4	92 anos	Viúvo
21	H46	3	89 anos	Viúvo
22	H47	4	69 anos	Casado
23	H49	2	77 anos	Casado
24	H50	2	96 anos	Casado
25	H52	6	88 anos	Viúvo
26	H56	6	68 anos	Casado
27	H57	6	62 anos	Casado

8 Referências

AMADIGI, F. R. e col. Antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 139–146, 2009.

ARAÚJO, L.; SÁ, E. C. DO N.; AMARAL, E. D. B. Corpo e Velhice: Um Estudo das Representações Sociais entre Homens Idosos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 468–481, 2011.

ARAÚJO, S. A. e col. Gênero, geração e trabalho: modos de vida de idosos/as residentes em zona rural. **RBCEH**, v. 10, n. 1, p. 66–78, 2013.

ARBER, S. Reflections on “Gender, Health and Ageing” – Continuity and change after 2 decades. **British Sociological Association Medical Sociology Online**, v. 7, n. 3, p. 28–37, 2013.

AYRES, J. R. DE C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução por Maria Helena Kühner. 11ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. p. 160

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde 2010**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 25 mar. 2014.

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, 2009.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 97–104, 2005.

BURILLE, A. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico:**

(des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

BURLÁ, C. e col. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. **Rev. Bioét. (impr.)**, v. 22, n. 1, p. 85–93, 2014.

CONNELL, R. W. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. **Gender & Society**, v. 19, n. 6, p. 829–859, 1 dez. 2005.

CORIN, E. e col. **Les Attitudes dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative**. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, 1989.

CORIN, E. e col. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathologie Africaine**, v. 24, p. 183–204, 1992.

CORIN, E. The culture frame: Context and meaning in the construction of health. In: **Amick, B. C. e col. Society and Health**. New York: Oxford University Press, 1995. p. 272–304.

DANIEL, F.; SIMÕES, T.; MONTEIRO, R. Representações sociais do «Envelhecer no masculino» e do «Envelhecer no feminino». **Ex aequo - Coimbra Portugal**, v. 26, p. 13–26, 2012.

FIGUEIREDO, W. DOS S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, p. 935–944, 2011.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GIACOMIN, K. C.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1509–1518, 2005.

GODIM, A. P. S. **Comportamentos e ações populares no enfrentamento de doenças respiratórias infantis em um assentamento urbano**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia / Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2007.

GOMES, R. e col. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, p. 983–992, 2011.

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

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. DE S. As representações da masculinidade e o ser homem. Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência

e Poder. Anais... Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. DE S. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Anais... Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

HELMAN, C. G. Cuidado e cura: os setores da assistência à saúde. In: **HELMAN, C. Cultura, saúde e doença**. Tradução Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 71–108.

IBGE, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí, 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310510&search=minas-gerais|bambui>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social science & medicine**, v. 12, p. 85–93, 1978.

KLEINMAN, A.; GEEST, S. VAN DER. “Care” in health care: remaking the moral world of medicine. **Medische Antropologie**, v. 21, n. 1, p. 159–179, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. The Bambuí Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. **Cad. de Saúde Pública**, v. 27, p. s327–s335, 2011.

LOW, G.; MOLZAHN, A. E.; SCHOPFLOCHER, D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples’ subjective health and quality of life in 20 countries. **Health and quality of life outcomes**, v. 11, n. 1, p. 146, jan. 2013.

MACHIN, R. e col. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503–4512, 2011.

MAGHEMA, N. T. M. **Signos, Significados e Ações associados à esquistossomose hematóbica, no bairro Sassacária, Bengo-Angola-2004**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Centro de Pesquisa René Rachou. Belo Horizonte, 2005.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665–675, 2004.

MARQUES, A. M. Gênero e saúde: uma relação ainda oculta. In: **STREY, M. N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M. R. (orgs.). Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 35–58.

MINAYO, M. C. DE S.; COIMBRA JR., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: **MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 11–24.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 71, p. 1–9, 2002.

MORAES, G. V. DE O. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde / Doença / Incapacidade em Idosos da Comunidade**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Centro de Pesquisa René Rachou/Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica, Belo Horizonte, 2012.

NARDI, H. C. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: **DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 95–104.

O'BRIEN, R.; HUNT, K.; HART, G. "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": men's accounts of masculinity and help seeking. **Social science & medicine**, v. 61, p. 503–16, ago. 2005.

OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. DE S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 13, n. 1, p. 1–11, 2000.

RIBEIRO, O. Saúde, masculinidade e envelhecimento: reflexões sociais numa perspectiva de gênero. In: **STREY, M. N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M. R. (orgs.). Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 303–324.

RIOS, D. F. F. e col. O programa Bolsa-Família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí - MG. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v. 22, n. 2, p. 150–170, 2011.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7–17, 2005.

SCOTT, J. **Gender: a useful category of historical analyses**. Tradução Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. New York: Columbia University Press, 1989. p. 35

SOUZA, E. R. DE e col. O idoso sob o olhar do outro. In: **Minayo, M. C. S.; Coimbra Jr. C. E. A. (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 191–209.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde : definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507–14, 2005.

UCHÔA, E. e col. Signos , significados e ações associados à doença de Chagas. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 71–79, 2002.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: **MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 25–35.