Florêncio Mariano da Costa Júnior

**Geração, masculinidades e atenção primária à saúde
em três cidades do Nordeste brasileiro**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2014

Florêncio Mariano da Costa Júnior

**Geração, masculinidades e atenção primária à
saúde em três cidades do Nordeste brasileiro**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Costa-Júnior, Florêncio Mariano da

Geração, masculinidades e atenção primária à saúde em três cidades do
Nordeste brasileiro / Florêncio Mariano da Costa-Júnior. -- São Paulo, 2014.

**Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.**

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Efeito de coortes 2.Masculidade 3.Identidade de gênero
4.Atenção primária à saúde 5.Saúde do homem 6.Pesquisa qualitativa

USP/FM/DBD-385/14

Agradecimentos

Durante esses quatro anos, várias pessoas contribuíram, dialogaram e me apoiaram. Foram muitos ensinamentos, muitos diálogos, muitas trocas e muitas conversas. Independente de onde aconteceram ou quanto duraram, tudo foi essencial para a conclusão de um ciclo importante em minha vida. Esses agradecimentos são registros de minha gratidão para todos/as que estiveram comigo e que participaram desse processo.

Agradeço...

Primeiramente à minha orientadora, *Márcia Thereza Couto Falcão*, pelo aprendizado, pela cuidadosa orientação, pela atenção e pelo companheirismo que estiveram presentes nesse processo e também por sempre incentivar voos exploratórios no território dos conhecimentos acadêmicos. Agradeço por me apresentar a Antropologia e por me ensinar as verdades sobre o Nordeste. Agradeço pela leitura dos meus escritos, por alinhar minhas análises e por cortar meus excessos.

À *Ana Claudia Bortolozzi Maia*, que participou desde o começo da minha vida acadêmica, motivando e me inspirando e, como pessoa querida e companheira de trabalho, se faz sempre presente. Agradeço também pelas contribuições dadas durante o exame de qualificação.

À *Anne Line Dalsgård*, pela orientação durante o período de doutorado sanduíche na Dinamarca, pelo diálogo e pela minha inserção nos grupos de pesquisa de Etnografia e cultura da Aarhus University.

À professora *Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira* e ao professor *Wagner Figueiredo* pelas importantes contribuições na banca de qualificação e pelo incentivo diante da jornada de análise dos dados.

Ao professor *Vinicius de Carvalho Mariano*, pelo acolhimento no Brazilian Studies, pelas conversas e por facilitar meu processo de adaptação na cultura dinamarquesa.

Às professoras, *Mónica Franch, Márcia Longhi e Jorge Lyra* pelas questões levantadas durante as visitas de campo, e que despertaram a necessidade de trazer outras reflexões para a análise dos dados.

Ao *Departamento de Medicina Preventiva* pela oportunidade de formação e pelo apoio nas diferentes etapas do desenvolvimento da tese.

À *Lilian Santos de Godoy Prado e Marlene Goreti de Sales*, por serem sempre solícitas e atenciosas nesses quatro anos.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)* e ao programa “Ciência sem Fronteiras”, pelo apoio financeiro à pesquisa.

Às amigas do grupo de pesquisa pela interlocução, amizade e inquietações acadêmicas. Aos amigos e amigas que dividem suas histórias comigo.

À minha querida família que sempre apoiou minhas escolhas e torce pelos meus projetos. À minha mãe *Vera*, pelo cuidado, carinho e conselhos. Ao meu pai *Florêncio*, que além de me dar o seu nome, me permitiu conhecer diferentes modos de ser homem. Às minhas queridas irmãs *Janaína e Maria Carolina* pelo carinho e pelas preciosas parcerias desde a infância.

“Abençoadas sejam as vezes em que a vida nos tira pra dançar sem nos dar tempo de recusar o convite”

“Mas que escasso poder estruturante é esse, que atrai tantas regulações - legais, tanto quanto informais, consuetudinárias e ideológicas - e promove, documenta e narra a memória social, além de motivar, no processo da sua própria sucessão, muito do dinamismo social?” (Motta, 2010: 227).

SUMÁRIO

Resumo.....	4
Abstract.....	5
Apresentação	6
 INTRODUÇÃO.....	 8
Objetivos	20
 GÊNERO E MASCULINIDADES.....	 22
 HOMENS, MASCULINIDADES E SAÚDE.....	 32
 TERRITORIALIDADE, CULTURA E IDENTIDADE MASCULINA NO NORDESTE	 45
 GERAÇÕES, MASCULINIDADES E SAÚDE.	 55
 MÉTODO	 74
Delineamento do recorte utilizado.....	78
Breve imersão no campo: visitas aos serviços de APS	79
Tratamento e análise dos dados.....	82
 ANÁLISE E DISCUSSÃO	 90
 ESPAÇO SOCIAL, TERRITÓRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	 91
 GRUPOS GERACIONAIS: COLETIVIDADES INTRAGERACIONAIS.....	 101
Jovens - homens entre 16 e 29 anos	102
Adultos: homens entre 32 a 54 anos	111
Idosos: homens entre 55 a 74 anos.....	125
 CONCEPÇÕES DE GÊNERO E MASCULINIDADE.....	 134
Continuidades e permanências intergeracionais.....	134
Descontinuidades e Rupturas intergeracionais	142
Transições intra e intergeracionais	146
Modos intra e intergeracionais de perceber e cuidar da saúde	152
 EXPERIÊNCIAS NO CONTEXTO DE SAÚDE, ADOECIMENTO E CUIDADO... 167	
Sexualidade.....	167
Trabalho	184
 SAÚDE, CUIDADO: EXPERIÊNCIAS E MEDIAÇÕES	 192
Autonomia e relações de parentesco na procura por serviços de saúde	192
O uso dos serviços e a percepção do atendimento recebido	196
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 214
 ANEXOS.....	 218
Perfil biográfico das entrevistas.....	218
Jovens: homens entre 16 a 29 anos	218
Adultos: homens entre 32 a 54 anos	221
Idosos: Homens entre 55 a 74 anos.....	224

Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa	226
BIBLIOGRAFIA.....	227

Resumo

Costa-Junior, FM. *Geração, masculinidades e atenção primária à saúde em três cidades do Nordeste brasileiro* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Nas últimas décadas, estudos no campo da saúde coletiva confirmam condições desfavoráveis de saúde da população masculina. Tais condições são multideterminadas por fatores ambientais, biológicos e sociais que no âmbito da construção social das masculinidades produzem desfechos negativos na saúde da população masculina. Fatores como gênero, raça/etnia, classe social e geração, dentre outros, influenciam a forma como homens de diferentes faixas etárias lidam com o processo saúde/doecimento e com o uso dos serviços de saúde. A classe social e o gênero são determinantes em saúde reconhecidamente estudados no campo da saúde, no entanto a categoria geração é pouco explorada e muitas vezes reduzida a uma análise etária e quantitativa. O presente estudo investigou se e como os fatores geracionais em articulação com gênero produzem, em homens de três cidades do Nordeste e de diferentes gerações, expressões de necessidades de saúde e modos distintos de lidar com ela. E, a partir daí, analisou o quanto tais diferenciais produzem variações no uso de serviços em atenção primária e no cuidado à saúde. Para alcançar estes objetivos a presente pesquisa analisou entrevistas coletadas com usuários, de 16 a 74 anos, em 04 serviços de atenção primária orientados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizados na região Nordeste, nas cidades de Recife, Olinda e Natal. Estas entrevistas foram inicialmente coletadas no estudo multicêntrico sob o título “Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, SP, PE e RJ). Um total de 58 entrevistas audiogravadas e transcritas integralmente foram selecionadas e analisadas a partir dos fundamentos do método de interpretação de sentidos, baseado em princípios hermenêuticos-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições. A análise contempla os grupos geracionais de jovens (entre 16 a 29 anos), de adultos (entre 32 a 54 anos) e de idosos (entre 55 a 74 anos) que compartilham coletividades e experiências comuns relacionadas ao uso de serviços de saúde em atenção primária. Os resultados apresentaram informações relevantes sobre as formas como homens de diferentes grupos geracionais entendem a masculinidade e sua influência sobre os cuidados com a saúde e o uso de serviços, bem como a forma como estas masculinidades e as posições geracionais juntas podem amplificar as vulnerabilidades destes no campo da saúde. Os dados revelaram possíveis influências entre os contatos originais nos contextos de uso dos serviços de saúde que podem definir a forma como os homens lidam com os serviços de saúde ao longo da vida. As rupturas e as permanências que se relacionaram com o exercício das masculinidades diante dos processos de saúde-doecimento foram apresentadas e discutidas de modo que a relação entre homens e atenção básica à saúde fosse compreendida em uma perspectiva geracional.

Descritores: Efeito de Coortes; Masculinidade; Identidade de Gênero; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Homem; Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Costa-Junior FM. *Generation, masculinities and primary health care in three Northeastern Brazilian cities* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2014.

During the last decades, studies in the field of collective health confirmed unfavorable health conditions of the male population. The health conditions are multi-determined by environmental, biological and social factors that, in the context of the social construction of masculinities, lead to negative outcomes in the health of the male population. Factors such as gender, race/ethnicity, social class and generation, among others, influence the way men of different age groups deal with the health-disease process and the use of health care. Social class and gender are health determinants widely studied in the health field. However, the generation category is not commonly explored and it's often reduced to a quantitative age centered analysis. This study investigated, in men from three Northeastern cities and from different generations, if and how the generational factors associated with gender cause expressions of health needs and different ways to deal with health. And, from this investigation, we analyzed how much those differentials cause variations in the use of primary care services and health care. To achieve these objectives, this research analyzed interviews made with users, aged 16 to 74, in 04 primary health care services organized by the Family Health Strategy (FHS) from the Northeast region, in the cities of Recife, Olinda and Natal. The interviews were initially collected during a multicenter study entitled "Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, SP, PE e RJ)". A total of 58 audio-recorded and fully transcribed interviews were selected and analyzed based on the fundamentals of the method of interpreting meanings, on the hermeneutical-dialectical principles that try to interpret the context, reasoning and logic of dialog, action and interrelationship between groups and institutions. The analysis contemplates the generational groups of young people (between the ages of 16 and 29), adults (between the ages of 32 and 54) and the elderly (between the ages of 55 and 74) who share collectivities and common experiences regarding the use of primary care health services. The results present relevant information about the ways in which men of different generation groups understand masculinity and its influence on health care and the use of services, as well as the way in which these masculinities and generational positions combined can amplify their vulnerabilities in the health field. The data reveal possible influences among the original contacts in the context of the use of health services that can define the way men deal with health services throughout life. The collapse and persistence of ideas that relate to the exercise of masculinity in the health-disease process are presented and discussed so that the relationship between men and basic health attention is understood under a generational perspective.

Descriptors: Cohort effect; Masculinity; Gender identity; Primary health care; Men's health; Qualitative research.

Apresentação

No decorrer de minha formação em Psicologia, estive muito interessando no campo da saúde e o primeiro contato com os estudos acerca das masculinidades ocorreu no ano de 2006 em uma disciplina na qual elaborei um ensaio teórico que discutia as possíveis contribuições do planejamento cultural para a promoção da saúde masculina. Naquele momento, a escolha por esta temática se deu por diferentes motivos. Antes mesmo de iniciar os estudos sobre masculinidade, participei de projetos de extensão em um serviço de orientação e prevenção do Câncer e, durante as minhas atividades no projeto, notava constantemente a ausência masculina. E, os homens, quando estavam presentes no serviço, me pareciam incomodados e ansiosos para irem embora. Desta forma, tais experiências me sensibilizaram para buscar conhecimentos que discutiam o modo masculino de lidar com a saúde.

Nos anos de 2006 e 2007, sob a orientação da professora Ana Cláudia Bortolozzi Maia, desenvolvi, como projeto de iniciação científica, a minha primeira pesquisa de campo na temática das masculinidades. Naquele momento, estávamos interessados em compreender quais eram as concepções de homens hospitalizados sobre os cuidados masculinos com a saúde. No ano seguinte, ainda muito vinculado aos contextos de atenção terciária, iniciei o curso de mestrado, sob a orientação da professora Ana Cláudia Bortolozzi e, atento às pesquisas sobre masculinidades que se avolumavam no Brasil, me pareceu relevante investigar na dissertação de mestrado, as concepções que os profissionais da saúde tinham sobre gênero, masculinidades e feminilidades. Com a dissertação concluída em 2010 e certo de minha motivação para a vida acadêmica, cheguei até a Pós Graduação em Medicina Preventiva e tive o primeiro contato pessoal com a professora Márcia Thereza Couto Falcão que me recebeu, me ouviu, e que nos primeiros diálogos para a elaboração do projeto de candidatura ao curso de doutorado, me permitiu conhecer os dados de sua pesquisa multicêntrica recentemente concluída. Diante daquele extenso e rico material e de inúmeras possibilidades de investigação, decidimos que havia uma questão pouco explorada no campo da saúde: a dinâmica geracional, ou melhor, o uso da categoria Geração para compreender o acesso e uso dos serviços de saúde. A

leitura das entrevistas do estudo multicêntrico mostrava evidências sobre os modos distintos dos homens de diferentes idades para se relacionar com os serviços de saúde. As lacunas sobre a compreensão da categoria Geração, e a possibilidade de trabalhar com um material produzido em diferentes regiões do país, foram aspectos decisivos para a elaboração do projeto de candidatura ao curso doutorado.

A aprovação para cursar o doutorado no programa de Medicina Preventiva, me inseriu no campo da saúde coletiva e possibilitou conhecer os contextos políticos e sociais os quais a saúde coletiva visa debater e transformar. As disciplinas e espaços de reflexão promovidas pelos/as docentes do departamento foram de extrema relevância para que eu desenvolvesse uma visão social e antropológica, que de forma interdisciplinar se somava à visão psicológica que trazia da minha formação inicial. As revisões teóricas para fundamentação conceitual da tese revelaram uma escassa produção científica brasileira de estudos conceitualmente embasados na categoria Geração, bem como de procedimentos metodológicos para análise dessa categoria em sua complexidade no âmbito da cultura e dos estudos culturais. Diante disso, buscando acessar novos modos de pesquisa e com o incentivo de minha orientadora, me candidatei e fui selecionado no programa “Ciência sem Fronteira” para realização de estágio de doutorado Sanduíche no “Department of Culture and Society” da Aarhus University, sob a orientação da professora Anne Line Dalsgård. No período do estágio pude conhecer pesquisas diversificadas e acessar possibilidades metodológicas que enriqueceram a análise dos dados da tese. A experiência em outro país subsidiou interlocuções importantes e o distanciamento da realidade cultural brasileira, enriqueceram meu olhar para discutir os dados e pensar o percurso metodológico que iria assumir para analisar meu objeto de estudo.

Esta tese, portanto, é o registro de um ciclo concluído em minha trajetória de estudos acadêmicos e é o produto final de diferentes contribuições que recebi das pessoas que dialogaram comigo durante esses anos. Entre outras possíveis maneiras, conclui-se aqui uma análise que buscou compreender, em uma perspectiva geracional, as masculinidades no campo da saúde.

INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde são fortemente influenciadas pela forma como os indivíduos estão inseridos no espaço social. Para Barata (2006), o mundo social é um espaço multidimensional composto pela repartição desigual de capital cultural, econômico e simbólico, de acordo com a posição ocupada pelos indivíduos. Nessa perspectiva, as condições de saúde, incluindo as possibilidades de enfrentamento da doença, dependeriam das posições sociais ocupadas, que, por sua vez, produzem trajetórias individuais e estilos de vida forjados em contextos sociais a partir de condições heterogêneas de vida.

O campo da saúde, portanto, há muito reconhece os fatores socioculturais como multideterminantes nos processos de produção de saúde e doença nas populações. Mais recentemente, tem-se discutido de forma significativa o dinamismo e a complexidade das articulações entre gênero, raça/etnia, classe e geração e os efeitos que as desigualdades produzidas, a partir da conjugação destes referentes, trazem para as condições gerais de vida e à saúde das populações (Couto, Schaiber e Ayres, 2009).

Sem dúvida, classe social tem sido uma das mais antigas e mais citadas referências para explicar/compreender as desigualdades sociais em saúde. Desde o século XIX, as condições sociais e econômicas advindas com o surgimento do capitalismo industrial têm mobilizado intelectuais e pesquisadores a investigar e denunciar a produção de desigualdades em saúde a partir das condições estruturais e conjunturais de existência. O modelo de explicação da determinação social do processo saúde-doença é um exemplo de perspectiva de análise na qual a ênfase é posta no modo de vida, aspecto que aglutina tanto a dimensão material quanto a simbólica, tal como as expressões das características sociais de produção, distribuição e consumo dos bens na sociedade (Barata, 2009).

Barros (1986) reporta-se à definição do conceito de classe social, descrevendo que as classes são grandes grupos de pessoas que diferem umas das outras pelo lugar

ocupado por elas num sistema historicamente determinado de produção social, por sua relação com os meios de produção, por seu papel na organização social do trabalho e, por consequência, pelas dimensões e métodos de adquirir a parcela da riqueza social de que disponham. A identificação das classes sociais em uma formação social concreta implica, portanto, conhecer o modo de produção hegemônico e outros modos de produção que a ele se subordinam e se articulam, tais como a distribuição de renda, a escolaridade, o acesso a bens culturais, o gênero e também o momento histórico no qual os sujeitos se inserem (Barros, 1986).

As classes sociais são relevantes para o estudo das desigualdades em saúde, pois representam um coletivo definido a partir de relações sociais compartilhadas pelos indivíduos que o compõe. A apropriação de bens e a inserção na estrutura produtiva, também se referem ao acesso e ao uso de serviços de saúde e estabelecem roteiros nas trajetórias de vida (Barata, 2006). Pesquisas de caráter quantitativo apontam que características como, ser branco, ter um elevado nível de escolaridade, ser empregador ou assalariado com registro em carteira de trabalho aumentam a probabilidade de procurar serviços de saúde (Travassos *et al.*, 2002). Contudo, a análise das posições de classe não dá conta da amplitude e complexidade dos determinantes em saúde e por isso novas conformações sociais têm sido agregadas na análise dos multideterminantes no processo saúde-doença. Em grande parte, esses questionamentos são levantados porque as estatísticas de saúde são claras ao apontar desfechos de saúde diferenciados em certos grupos sociais (Lillie-Blanton e Laveist, 1996; Victora *et al.*, 2011), especialmente no caso do Brasil - país de proporções continentais, com pluralidade cultural e étnica e com significativa desigualdade social (Barros, 1986; Barata, 2009).

Ainda que os estudos recentes apontem a redução das lacunas socioeconômicas e culturais referentes a diferentes indicadores de saúde, persistem alguns desafios na promoção de saúde da população. Dentre os problemas de saúde que ainda requerem atenção especial, encontram-se aqueles associados a causas externas, tais como violência, homicídios e acidentes de trânsito; os associados a doenças não transmissíveis, tais como obesidade, hipertensão, abuso de álcool, diabetes e doenças psiquiátricas, bem como as epidemias de dengue e leishmaniose

visceral. Quanto aos indicadores associados à saúde materno infantil ainda se destacam os desafios relativos à hipermedicalização do parto, aos abortos ilegais e aos nascimentos prematuros (Victora *et al.*, 2011). O envelhecimento da população brasileira é igualmente indicado como um recente e importante desafio das políticas de atenção em saúde (Laurenti, Jorge e Gotlieb, 2005; Victora *et al.*, 2011).

Para pensar os desafios da promoção de saúde no Brasil, Lillie-Blanton e Laveist (1996) apontam que o ambiente social coaduna fatores socioeconômicos (emprego, educação etc.), aspectos ambientais (bairro e condições de trabalho) e relações sociais e poder (políticas de empoderamento do indivíduo e da comunidade) que em combinação, são determinantes potenciais do estado de saúde da população (Lillie-Blanton e Laveist, 1996; Neri e Soares, 2002). Neste raciocínio, as conformações sociais - mais comumente abordadas em termos de ‘categorias’-, permitem investigar e problematizar as relações dos indivíduos frente aos contextos sociais e as influências destes no campo da subjetividade, explorando as diferentes interfaces entre indivíduos, grupos e sociedade no processo saúde-cuidado-adoecimento.

Tomadas a partir do empírico, as categorias constituem elaborações analíticas complexas que se propõem a explicar/compreender as condições concretas vivenciadas pelos sujeitos e, nesse sentido, são importantes para a compreensão das condições de saúde e vulnerabilidades de indivíduos e grupos, bem como de suas possibilidades de acessar recursos para o enfrentamento de suas vulnerabilidades¹. Assim, verifica-se que *Gênero, Geração, Raça/Etnia* e *Classe* constituem categorias analíticas que devem ser consideradas nos estudos em saúde por produzirem, em articulação, desfechos diferenciados nas trajetórias de vida dos sujeitos. Como construções sociais, configuram o espaço de socialização e repercutem no acesso e

¹ Segundo Ayres *et al.* (2003), o conceito de vulnerabilidade se refere à chance de exposição ao adoecimento que um indivíduo tem como resultante de um conjunto de aspectos coletivos, que embora possa se referir imediatamente ao indivíduo, o coloca em uma relação intrínseca com o coletivo. Assim, a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento relacionados ao todo e cada indivíduo de forma particularizada. Dessa forma, segundo (Bertolozzi *et al.*, 2009) a interpretação do processo saúde-doença, deve-se considerar que o conceito de risco indica probabilidades e o conceito de vulnerabilidade, por sua vez, é um indicador da iniquidade e da desigualdade social.

uso dos serviços de saúde, bem como na forma com as quais os indivíduos se articulam diante das diferentes instituições sociais e aos seus condicionantes.

A perspectiva de análise em saúde coletiva a qual é aqui abordada, entende que quando disparidades são identificadas na saúde, algumas perguntas inevitavelmente surgem sobre a medida em que tais disparidades são determinadas ou mediadas por diferentes dimensões socioculturais, sejam elas étnico-raciais, de classe social, de gênero; bem como qual a provável influência dessas dimensões nas trajetórias particulares dos sujeitos dentro de um dado período histórico (Batista, 2005; Braz, 2005; Barata, 2009).

No Brasil, a partir dos anos 70, a Saúde Coletiva inicia trilha enquanto campo de saberes e práticas fortemente motivado em romper os limites analíticos do paradigma sanitariaista vigente no campo da Saúde Pública². Desde então, os contornos que diferenciam o campo de saberes e práticas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva passam a ser objeto de reflexão de pesquisadores da área (Paim e Almeida Filho, 1998). A crise de saúde nos países da América Latina e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) fortaleceram esse novo paradigma que se apropriou das contribuições de outros campos de estudos para alcançar o complexo entendimento sobre os determinantes no processo saúde e doença, sobre a distribuição dos recursos em saúde e a maneira como são utilizados pela população (Campos, 2000). Nesta direção, atuais estudos entendem que a possibilidade de uso dos serviços de saúde não é a mesma para os diferentes segmentos da sociedade, sendo consequência de um leque diferenciado de relações de poder e posição social, que pode variar dependendo de outras dimensões, tais como gênero e geração,

² Cabe destacar que os conceitos sobre Saúde pública e Saúde coletiva apresentam diferenciações importantes em suas bases filosóficas de pensar a saúde. Partindo de um viés idealista e hierarquizado, a Saúde Pública visa promover o diagnóstico e tratamento de doenças na tentativa de assegurar aos indivíduos um padrão de vida que lhes garanta a manutenção da saúde. Na Saúde Pública, as intervenções são localizadas e graduais, de acordo com as possibilidades do Estado e são promovidas por estratégias administrativas (e poder) do Estado. Já o conceito de Saúde Coletiva surgiu para designar os novos conteúdos e projeções de uma disciplina que resultou do movimento sanitariaista latino-americano e da reforma sanitária no Brasil. A prática em saúde coletiva busca superar as práticas meramente prescritivas e pressupõe a análise do processo saúde-doença de uma dada coletividade, considerando o contexto social historicamente determinado em que ela se insere. Tal análise apoiada em perspectiva dialética dará subsídios para intervir na realidade, promovendo mudanças radicais de acordo com a necessidade da comunidade e resultantes de um embate entre Estado e sociedade (Paim e Almeida Filho, 1998; Campos, 2000).

potencializando o impacto da desigualdade nessa área (Lillie-Blanton e Laveist, 1996; Braz, 2005).

Considerando mais especificamente gênero como categoria de análise que inclui as diversas e relacionais expressões de feminilidades e masculinidades, vê-se que esta tem sido discutida, desde a década de 1980, como produtora de construções sociais altamente influentes no processo de saúde e adoecimento de indivíduos e populações (Bird e Rieker, 1999; Courtenay, 2000; Aquino, 2006). Devido às repercussões dos debates feministas no campo da saúde, hoje é possível encontrar estudos com diferentes vieses éticos e políticos acerca da saúde feminina. Para alguns estudiosos, esta tem sido considerada como hipermedicalizada e por outros como mais vulnerável, demandando maior atenção e assistência por parte das políticas públicas. Nesse sentido, pode-se dizer que a produção sobre gênero e saúde no Brasil segue avançando desde dos anos sessenta e foram alavancadas pelo movimento feminista (Rohden, 2002; Vieira, 2002; Aquino, 2006).

Atualmente, temos informações diversificadas que revelam as desigualdades em saúde relacionadas ao gênero e, a seguir, serão abordados alguns estudos relevantes para a justificativa deste estudo no que se refere à saúde dos homens.

Estudos britânicos (Macintyre, Hunt e Sweeting, 1996; Macintyre, S., Ford, G. e Hunt, K, 1999) e norte-americanos (Verbrugge, 1989) sugerem que homens são menos propensos a reportar problemas de saúde ao seu grupo de apoio e aos profissionais da saúde, enquanto há uma grande procura feminina pelos serviços de saúde. No cenário brasileiro, estudos populacionais do início dos anos 2000, baseados na Pesquisa nacional por amostras de domicílio (PNAD/98 e 2003), apontam que os homens apresentam piores condições de saúde quando comparados às mulheres. E estas referem maior morbidade (23,5% das mulheres e 18,2% dos homens) e maior restrição de atividades por motivos de saúde, porém os dias de restrição de atividade são maiores para homens entre 24 a 49 anos. Dentre os fatores que geram tal restrição, encontram-se os relativos a acidentes e agressões, mais referidos pelos homens, além de problemas de ordem mental, que se mostram comuns para ambos os sexos (Pinheiro *et al.*, 2002; Braz, 2005; Barros *et al.*, 2006).

A busca masculina por serviços de saúde é substancialmente inferior à busca realizada pelas mulheres, assim como existe uma visível diferença na atenção oferecida a homens e mulheres por esses serviços (Korin, 2001; Pinheiro *et al.*, 2002). Fatores como grau de escolaridade, nível social e grau de responsabilidade financeira com a família também estão diretamente relacionados com a menor utilização masculina dos serviços de saúde. Portanto, ser homem, pertencer à classe baixa, estar empregado no setor informal da economia e ser chefe de família podem ser condições que predisporiam à menor utilização de serviços de saúde por parte dos homens. Nesse cenário, a necessidade em cuidar da saúde torna-se uma demanda predominantemente feminina e está distante do cotidiano masculino, especialmente de homens de menor poder aquisitivo e que não sofrem de doenças crônicas (Verbrugge, 1989; Neri e Soares, 2002; Travassos *et al.*, 2002).

Entre as mulheres também é maior o consumo de medicamentos e utilização de serviços de saúde. As diferenças entre homens e mulheres nas taxas de uso de serviços de caráter curativo são pequenas, mas quando se analisa as taxas de uso de serviços de caráter preventivo, observou-se taxas maiores entre as mulheres, sendo que 40,3% delas e 28,4% dos homens buscam os serviços para realização de exames de rotina e prevenção. A procura por serviços de saúde por motivo de doença apresenta uma porcentagem de 36,3% para homens e 33,4% para mulheres, indicando a maior procura masculina para este fim. Dentre os homens, destaca-se maior proporção de procura motivada por problemas odontológicos, acidente ou lesão. A procura por Pronto-Socorro, farmácia e ambulatório de sindicato prevalecem entre os homens, enquanto os ambulatórios especializados (ambulatório de clínica) são mais procurados pelas mulheres (Pinheiro *et al.*, 2002). No intervalo de um ano, as mulheres (8,7%) internam-se mais do que os homens (5,1%) e quanto ao motivo de internação, observa-se comportamento semelhante entre homens e mulheres. Sendo maior a porcentagem de homens internados para atendimento psiquiátrico (2,6% para homens e 1,8% para mulheres) e para realização de exames (3,5% para homens e 2,7% para mulheres) (Pinheiro *et al.*, 2002).

Ainda segundo o estudo de Pinheiro *et al.* (2002), a variação de gênero em relação aos motivos alegados para não procurar serviço de saúde é pequena nas áreas

urbanas. Sendo os principais motivos da não procura atribuídos respectivamente a: falta de dinheiro; outros motivos; atendimento demorado; horário incompatível; falta de vaga/senha; ausência de médico/a.

Estudos de caráter qualitativo complexificam no sentido de aprofundar as análises dos estudos populacionais e apontam fatores comportamentais relacionados à cultura que impactam o reconhecimento por parte dos homens de suas necessidades de saúde (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Gomes, Romeu *et al.*, 2011), bem como do aspecto relacionado às barreiras institucionais que (in)visibilizam e dificultam o acesso e o uso dos serviços de saúde por essas populações (Couto *et al.*, 2010). As análises de entrevistas com homens usuários do sistema público de saúde apontam que estes não se sentem acolhidos nos serviços de saúde disponíveis (Figueiredo, 2005; Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Couto *et al.*, 2010).

As pesquisas apontam uma situação de saúde desfavorável para os homens, contrapondo, dessa forma, a noção de invulnerabilidade do corpo masculino (Connell, 1995; Gomes, 2003; 2008). Tomando-se os diferenciais de sexo, diversos pesquisadores têm problematizado a saúde masculina, especificamente quanto à sobremortalidade desta população para os principais grupos de causa de morte (Laurenti, Jorge e Gotlieb, 2005). Os estudos mais recentes revelam que em vários países das Américas a população masculina tem uma expectativa de vida ao nascer sempre menor quando comparada à das mulheres; e as taxas de mortalidade por faixa etária apontam uma sobremortalidade masculina em todos os grupos etários (Pinheiro e Al., 2002; Pinheiro *et al.*, 2002; Figueiredo, 2005; Laurenti, Jorge e Gotlieb, 2005). A distribuição na frequência de doença crônica entre homens e mulheres tem padrão semelhante ao observado na autoavaliação do estado de saúde, sendo que 27,7% dos homens e 35,9% das mulheres referem doença crônica (Pinheiro *et al.*, 2002).

Os resultados das pesquisas neste campo da saúde dos homens corroboram que a relação entre gênero e saúde-adoecimento está tanto relacionada a fatores genéticos ou hormonais (Bird e Rieker, 1999; Doyal, 2001) quanto a fatores comportamentais e sociais (Bird e Rieker, 1999; Macintyre, S., Ford, G. e Hunt, K., 1999; Doyal, 2001; Schraiber, Gomes e Couto, 2005; Costa-Junior e Maia, 2009).

Portanto, o diferencial nos processos de saúde-adoecimento segundo o gênero não pode ser analisado unicamente pelo viés biológico, uma vez que tais processos são resultantes dos fatores biológicos e culturais que atuam de forma multideterminada na construção da saúde e do cuidado (Connell, 1995; Doyal, 2001; Korin, 2001; Gomes, 2003).

Observa-se que tais análises sobre as diferenças (que muitas vezes podem ser traduzidas em desigualdades em saúde na perspectiva do gênero) são desdobramentos dos esforços acadêmicos que promoveram no campo das ciências sociais e humanas em saúde e na saúde coletiva diferentes debates acerca da construção social de gênero e suas conexões com a saúde de homens e mulheres. Nas três últimas décadas, a relação entre gênero, masculinidade e saúde tem sido foco de estudos em diversas áreas, em especial nas que fundamentam a saúde coletiva e a saúde reprodutiva e sexual, tais como Sociologia, Medicina, Antropologia e Psicologia. Tais estudos, a partir de diversificados interesses, têm procurando compreender as diferentes dimensões relativas à promoção da saúde na população masculina (Connell, 1995; Korin, 2001; Figueiredo, 2008; Gomes, 2008; Costa-Junior e Maia, 2009; Couto, Schaiber e Ayres, 2009; Figueiredo e Schraiber, 2011).

Focalizando mais propriamente os padrões de morbimortalidade e uso e acesso dos homens aos serviços de saúde para os grupos etários, o estudo de Pinheiro et al.(2002) também sinaliza que os meninos até 09 anos de idade apresentam pior estado de saúde do que as meninas, mas não há diferença entre os sexos nas idades entre 10 a 14 anos. A partir dos 15 anos de idade, a condição de saúde autoavaliada é pior entre as mulheres e os diferenciais de gênero aumentam com a idade até a faixa etária 50-64 anos, passando a decrescer na última faixa etária, após os 65 anos (Pinheiro et al., 2002). Barros et al. (2006) atualizam tais dados e descrevem que em todas as faixas de idade, com exceção da relativa aos menores de dez anos, as mulheres reportaram prevalência maior de morbidade do que os homens.

A idade também apresentou efeito diferenciado no uso de serviços entre os sexos. Os homens consomem mais serviços do que as mulheres até os 14 anos e esta relação se inverte nos grupos de idade mais elevada. Entretanto, quando se consideram apenas as pessoas que se referiram à restrição de atividades, o efeito da

idade no uso de serviços é bastante reduzido, porém permanecem as diferenças entre os sexos, sendo as taxas de uso tanto curativo (com restrição), quanto preventivo (sem restrição) maiores entre as mulheres (Barros et al., 2006).

O estudo de Lima-Costa et al. (2006), também baseado na análise dos dados da PNAD de 1998 e de 2003, demonstra que, nos dois anos considerados, os indivíduos no estrato mais baixo de renda apresentavam piores condições de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde, tanto na faixa etária de 20-64 quanto acima de 65 anos de idade, mostrando que as desigualdades sociais relativas à renda afetam igualmente as condições de saúde de adultos e idosos no Brasil. Em ambos os períodos, essas desigualdades foram mais evidentes em relação ao uso de serviços de saúde, indicadores gerais da condição de saúde e capacidade funcional, que apresentam maior impacto sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, do que em relação a doenças crônicas e/ou ao número dessas doenças. Os autores analisam que as forças das associações entre renda familiar per capita, condições de saúde e uso de serviços de saúde não se modificaram entre 1998 e 2003 em adultos e idosos, indicando que não houve alterações nas desigualdades sociais em saúde no período estudado e sinalizam, portanto, o fracasso das políticas que objetivavam reduzir tais desigualdades no período considerado (Lima-Costa, Matos e Camarano, 2006).

A categoria idade é reconhecida como um componente bio-sócio-histórico estruturador na organização social, e as gerações são parte essencial da dinâmica coletiva que a impele ou lhe imprime continuidade social. Ambas (idade e geração) constituem esferas realizadoras ou participantes das relações de poder na sociedade. Impossível, portanto, ignorá-las ou menosprezar sua importância analítica, principalmente na construção de diferenças e de desigualdades sociais (Motta, 2002).

Embora os indicadores dos estudos quantitativos no campo da saúde indiquem de maneira clara a necessidade de aprofundamento dos fatores socioeconômicos e culturais que produzem as desigualdades em saúde, dentre eles os fatores etários e geracionais, a produção neste campo ainda é predominantemente voltada para a ênfase biológica e, dentre os fatores socioculturais, apresenta uma tendência para tratar a questão das desigualdades sociais dentro do viés das condições de renda (Santos e Gerhardt, 2008). Partindo da análise dos fatores

relacionados a coortes etários e a fatores geracionais, grande parte dos estudos na saúde ainda apresentam lacunas em respeito à identificação de particularidades etárias e geracionais produtoras de desigualdades e (in)visibilidade na área da saúde.

Tal fato também é observado em outros campos de investigação, não estando restrito apenas à saúde. O estudo conduzido por Motta (2002), por exemplo, apresenta um debate interessante nesse sentido. Primeiramente, a autora aponta as contribuições do movimento feminista na condução de análises mais complexas do social do ponto de vista de suas relações mais determinantes, tal como a articulação entre gênero, posições de classe e etnia. E, em seguida indica que

(...) enquanto se continua a discutir a produção das diferenças e de subjetividades conflitantes, na análise e na prática feministas (porque as categorias são tanto teóricas quanto da ação política), sem suficiente reflexão sobre as contradições e ambiguidades que as relações expressas por essas categorias podem imprimir e expressar, ainda se deixa de lado o par conceitual idade/geração, sua produção histórica, sua dinâmica atual, a própria condição etária das mulheres – e já estamos na segunda (ou terceira?) geração do movimento feminista (Motta, 2002. p 35).

Os apontamentos de Motta (2002) indicam que os estudos socioantropológicos guiados pelas contribuições do feminismo têm deixado de fora o acompanhamento das diferentes posturas geracionais; portanto, sem uma certa visão diacrônica, sem uma atenção às continuidades e descontinuidades (rupturas) na trajetória das gerações contemporâneas. Mais recentemente, o campo da saúde coletiva tem trazido para discussão as posições ocupadas por grupos geracionais específicos, destacando-se o predomínio de análises voltadas para a juventude e a velhice. O estudo conduzido por Canesqui (2012), que analisou a produção das ciências humanas e sociais em saúde, aponta que 16,5% dos textos em periódicos de maior impacto no campo da saúde direcionam-se para a análise do gênero e saúde e 7,0% para temáticas relacionadas à velhice e ao envelhecimento (Canesqui, 2012). O envelhecimento da população, as demandas sociais vinculadas a este fator, a feminização da velhice (Salgado, 2002), bem como as juventudes e o espaço socialmente definido a elas, têm sido temas de interesse nos estudos no campo das ciências humanas em geral (Longui, 2008) e muitas dessas contribuições estão

influenciando os estudos no campo da saúde. O maior interesse acerca da juventude e da velhice se dá, em grande parte, pelos problemas sociais que atingem a sociedade em geral e que ganham maior impacto nestes grupos etários, vistos como mais vulneráveis às consequências das políticas sociais ineficientes do país (Longui, 2008). Em uma perspectiva dos estudos relacionados à juventude, os debates vão desde a busca por critérios para defini-la até as reais demandas para as políticas voltadas a este grupo.

O ineditismo das características relativas às juventudes e a atual experiência do Brasil como um país de população idosa fazem emergir a necessidade de estudos que tragam o entendimento dos modos de vida e peculiaridades culturais e sociais destas coletividades no âmbito da saúde. Ainda que os estudos citados anteriormente tenham trazido muitas discussões relevantes para se pensar a assistência em saúde desses grupos geracionais, há ainda lacunas quanto à articulação de geração como um fenômeno dinâmico que está para além da existência de grupos etários segmentados. Tal como o Gênero³, que é pensado a partir das relações de poder entre o que socialmente se constitui como “ser homem” e “ser mulher”, a Geração – enquanto categoria de análise, implica o mesmo princípio relacional. Portanto, tal princípio cabe para as análises dos grupos geracionais, uma vez que não se consolida a compreensão das juventudes sem o seu devido entendimento na dinâmica relacional com a infância, a maturidade e a velhice.

Diante desta questão é importante destacar o fato de que o planejamento de políticas sociais direcionadas a grupos etários e/ou geracionais⁴ necessita de

³ Os termos *Gênero*, *Geração* e *Território* iniciados com letras maiúsculas indicam o uso conceitual baseado no aporte teórico que os fundamenta. Quando grafados com as letras iniciais minúsculas, esses termos designam apenas substantivos que nomeiam o objeto, sujeito ou fenômeno referido.

⁴ Partindo de diferentes movimentos teóricos nas ciências sociais e humanas, as expressões “coortes etários”, “grupos etários” e “grupos geracionais” se diferenciam quanto a sua forma de abordar e compreender o processo de formação ou análise de uma coletividade. Em alguns estudos de referência demográfica ou estatística, o termo *Coorte* (coortes etários) é utilizado para designar um conjunto de indivíduos nascidos em um mesmo intervalo de tempo e expostos a certos eventos demográficos comuns. Os *grupos etários* se referem aos agrupamentos realizados a partir de uma classificação baseada na idade que os indivíduos possuem no tempo cronológico entre o nascer e o morrer. Um grupo etário apresenta um sentido mais antropológico e classificatório que parte da análise cronológica e em sua acepção tangencia a análise dos estágios maturacionais e a posição ocupada pelos pertencentes a um dado grupo na organização social. Foi desta perspectiva que as idades cronológicas embasaram ramos iniciais da sociologia das gerações, tais como a sociologia da juventude e a sociologia do envelhecimento. Os *grupos geracionais*, por sua vez, carregam um sentido

acompanhamento histórico do percurso deste grupo. O que se pretende ressaltar é que a longo prazo só seria possível intervir nas questões que produzem as desigualdades em saúde, partindo do conhecimento acerca da geração que irá usufruir das políticas públicas na área no futuro. Na mesma direção, os fenômenos inerentes à geração estão em constante troca com outros referentes sociais. Como um exemplo, poderíamos pensar que as crianças nascidas hoje, serão, em 18 anos, os jovens que vivenciarão as vulnerabilidades dos riscos associados à violência e ao padrão masculino de conduta e de hábitos de vida; e os jovens atuais serão os indivíduos que, no futuro, irão se enquadrar nos grupos entre 30 e 45 anos que estarão mais vulneráveis a acometimentos crônicos em saúde. Nessa direção, os estudos poderiam investir esforços investigativos que nos possibilitassem conhecer as conexões entre masculinidades e geração em contextos de realidades locais para então se possível entender o lugar social dos sujeitos e suas conexões com saúde e adoecimento e, a partir disso, elencar estratégias que visem minimizar desigualdades em saúde em suas interligadas e múltiplas dimensões (de classe, gênero, geração, raça-etnia, entre outros referenciais identitários).

Nesta direção, Mcdaniel (2004) analisa que as políticas de bem estar social e justiça compreendem espaços de práticas institucionalizadas e normativas que estão profundamente estruturadas no processo social e na geração e que as intersecções entre gênero, classe social e geração produzem trocas de ganhos e riscos ao longo do curso de vida. Entretanto, são escassos os estudos que tematizam as perspectivas geracionais de modo a incluir conexões importantes entre gênero, geração e classe social (Mcdaniel, 2004).

Partindo dos estudos sobre masculinidade e saúde e considerando a complexidade das relações de gênero e da construção das masculinidades nas

mais sociológico, no qual o conceito Geração designa um coletivo de indivíduos que vivem em determinada época ou tempo social, têm aproximadamente a mesma idade e compartilham experiências ou têm potencialidade para tal (Motta, 2010). O significado de grupos geracionais expande as acepções do que vem a ser um grupo etário, mas situa que os fatores cronológicos e biológicos básicos de uma idade operam de uma forma latente e só podem ser compreendidos através dos fenômenos sociais e históricos que constituem uma esfera acima deles (Mannheim, 1993). Ao longo deste estudo, esses termos serão apresentados em complemento ou em oposição a depender do referencial teórico ou empírico abordado, entretanto, deve-se destacar que o sentido de grupo geracional é o que se aproxima do aporte teórico do conceito de Geração que será apresentado no capítulo seguinte.

gerações, o presente estudo objetiva investigar se, e como, os fatores geracionais em articulação com Gênero e Classe social podem produzir, nos homens de diferentes gerações, expressões de necessidades de saúde e modos distintos de lidar com ela. E, a partir daí, analisa o quanto tais diferenciais produzem variações no uso de serviços em atenção primária e no cuidado à saúde. Este estudo, portanto, se insere em uma linha de pesquisa na qual se pretende enfatizar as questões sociais e subjetivas que, na relação dinâmica entre corpo, cultura e subjetividade, configuram as masculinidades dos homens de diferentes grupos geracionais em suas relações com a saúde. Dentro deste recorte também busca analisar as referências relativas às dimensões da localidade/territorialidade e contexto social que configuram a dinâmica particular da comunidade na qual os participantes pertencem. Não se trata, portanto, de uma busca de generalização de tais particularidades masculinas, tampouco se guia por concepções hegemônicas sobre o que é ser homem nos diferentes momentos da vida. O exercício analítico do estudo se propõe olhar para trajetórias de vida, suas nuances geracionais e territoriais das masculinidades em sua dinamicidade com o espectro de informações sobre a saúde dos homens.

Tal intento se realiza a partir de um recorte dos dados empíricos produzidos na pesquisa multicêntrica *Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estado do Brasil - RN, PE, RJ, SP* (Couto et al., 2009). O recorte dos dados produzidos na pesquisa multicêntrica foi traçado partindo da delimitação territorial e do nível de atenção e estrutura organizacional do serviço de saúde e também pelo recurso instrumental de produção de dados com homens usuários destes serviços.

Objetivos

Apoiando-se nas atuais contribuições empíricas do campo da Saúde Coletiva para compreender as condições de saúde da população masculina e inquieto diante da escassa articulação entre o conceito de Geração e Gênero (masculinidades) no contexto da saúde-doença, este trabalho tem como objetivo investigar a experiência de homens de três grupos geracionais (jovens, adultos e idosos) acerca do processo

saúde-adoecimento e cuidado no contexto de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em três cidades do Nordeste brasileiro, sendo elas Natal, Recife e Olinda.

Na interlocução com o referencial teórico e com o objetivo mais amplo do estudo, três objetivos específicos foram definidos:

- investigar as características relativas às coletividades de gerações e o modo destas de lidar com os processos de saúde e adoecimento;
- discutir como fatores caracterizados como geracionais (idade, experiências compartilhadas e trajetórias de vida) se relacionam com quatro esferas produtoras de desigualdades de gênero na saúde e no cuidado: 1) Biologia/Corpo, Saúde/Cuidado; 2) Reprodução/Paternidade; 3) Sexualidade; 4) Trabalho/emprego e Vida na Comunidade;
- investigar de que modo os fatores geracionais condicionam formas particulares dos grupos geracionais no acesso e uso de serviços em atenção primária à saúde.

GÊNERO E MASCULINIDADES

(...) Enquanto os homens exercem
Seus podres poderes
Índios e padres e bichas
Negros e mulheres
E adolescentes
Fazem o carnaval

Queria querer cantar afinado com eles
Silenciar em respeito ao seu transe num
êxtase
Ser indecente
Mas tudo é muito mau (...)

(“Podres poderes” - Caetano Veloso)

A discussão sobre conceitos de Gênero e masculinidade remete, inicialmente, à necessidade de conhecer o percurso histórico que guiou e consolidou tais conceitos nas ciências humanas, uma vez que estamos falando de saberes oriundos de um processo histórico que emergiu por e a partir de conjunturas ético-políticas existentes na sociedade, portanto, no pensamento científico.

A elaboração de Gênero como uma categoria de análise tem origem no movimento feminista e o termo foi cunhado para se referir às relações de poder entre homens, mulheres e instituições. Em resumo, o movimento social do feminismo teve três momentos (fases ou gerações) distintos, denominados de “primeira onda”, “segunda onda” e “terceira onda”. O movimento feminista de primeira onda teria se desenvolvido no final do século XIX” e se baseava nas reivindicações sociais e econômicas, tais como o direito ao estudo, ao trabalho remunerado, à propriedade e a herança e ao direito ao voto das mulheres. Já o movimento chamado de “segunda onda”, emergente após a Segunda Guerra Mundial, priorizou os debates sobre o direito ao corpo, ao prazer e o manifesto contra o patriarcado e a subordinação das mulheres (Rago, 1998; Pedro, 2005). Esse segundo momento do movimento teve a ideia de que “o privado é político” como palavra de ordem, pois entendia que as relações que se estabelecem na intimidade da vida doméstica eram relações de poder

e, portanto, deveriam ser levadas para o espaço público para serem legisladas (Pedro, 2005). Na segunda fase do movimento feminista, a categoria utilizada era “Mulher” e que se opunha à noção universalizante de “Homem”, que no olhar feminista da segunda onda, não incluía as questões particulares das mulheres. Este movimento foi marcadamente separatista no quesito sexo/gênero e prezava pela presença exclusiva de mulheres nos seus grupos de reflexão e discussão. Isso porque entendiam que a presença masculina atuava de forma opressiva e freava as discussões femininas sobre suas questões políticas e privadas (Pedro, 2005).

Entre as décadas de 1940 e 1970, diferentes posicionamentos das feministas da segunda onda fomentaram reflexões de tendências “igualitaristas” e “diferencialistas”. Os embates destas tendências dentro do próprio movimento fertilizaram novas compreensões que buscaram superar o princípio biológico da diferença e passaram a incluir diferentes composições do que poderia ser “Mulher” e concluíram que não havia uma única posição de “mulher” e sim de “mulheres” –, que abarcava as mais diferenciadas composições da experiência feminina, a depender de outros referentes que localizam a mulher em seu espaço social e político, tais como etnia/raça, classe social etc (Pedro, 2005; Scott, 2005). Trata-se, portanto da inclusão da diferença dentro da própria noção de diferença e da tentativa de negociação entre o que se compreende como igualdade e diferença (Pedro, 2005; Scott, 2005; Narvaz e Koller, 2006).

As discussões sobre Gênero iniciadas pelas feministas americanas na década de 1970, referiam-se à organização social da relação entre os sexos e, naquele momento histórico, sublinhavam o aspecto relacional das definições normativas de feminilidade (Acker, 1995; Scott, 1995). No interior do movimento feminista americano, os avanços nos debates investiram na perspectiva relacional entre masculinidade e feminilidade e, segundo Scott (1995):

(...) as que estavam mais preocupadas com o fato de que a produção dos estudos femininos centrava-se sobre as mulheres de forma muito estreita e isolada, utilizaram o termo “gênero” para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico. Segundo esta opinião, as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e nenhuma compreensão de qualquer um poderia

existir através de estudos inteiramente separados (Scott, 1995 p. 01).

O movimento feminista de terceira onda surge nos anos de 1980 quando o pensamento feminista, influenciado pela crítica pós-moderna da ciência ocidental e especialmente pelas contribuições de Michel Foucault e Jacques Derridá, passou a considerar a subjetividade e singularidade das experiências como o centro de sua teoria, concebendo que os discursos constroem as subjetividades (Narvaz e Koller, 2006). No movimento feminista de terceira onda há a consolidação da categoria Gênero e os estudos feministas assumem-se como “Estudos de Gênero”. Nele, a luta política feminista passou então a incluir o masculino como uma construção histórico-social indissociável do feminino e abriu espaço de discussão para diferentes lutas de minorias (Pedro, 2005).

De acordo com Scott (1995) e Acker (1995), nos anos 80 os estudos sobre temas relacionados à história das mulheres substituíram em seus títulos os termos “sexo” e “mulheres” pelo termo “Gênero”. A partir disso, o conceito de Gênero dissocia-se exclusivamente da política do feminismo e integra-se à terminologia científica das Ciências Sociais e Humanas, adquirindo um status de categoria de análise. Nesta trajetória o Gênero passa a ser entendido como uma organização social da diferença sexual: uma categoria histórica, de caráter constitutivo das subjetividades humanas e que irá fundamentar (e será fundamentado por) outras duas concepções: “homem” e “mulher”, que por sua vez sintetizam significados e atributos construídos ao longo da história e do desenvolvimento da sociedade civilizada (Scott, 1995).

As diferenças marcadas pelo corpo biológico têm representação social atribuída pela cultura a partir de um conjunto de ideias, concepções ou valores sexuais que se agrupa naquilo que entendemos por gênero. Esse “padrão” de gênero é colocado em nossa cultura como algo dicotômico – 'masculino' ou 'feminino', e isso acaba por segregar e manter as divisões sobre aquilo que se poderia sentir, pensar e fazer, quando se é homem ou mulher. O corpo, nestes termos e momento do desenvolvimento do conceito, é a primeira evidência incontestável da diferença

humana; no entanto, entende-se que cada cultura constrói uma forma particular para simbolizar e conceber a diferença, produzindo múltiplas versões sobre a dicotomia homem/mulher (Lamas, 2000; Laqueur, 2001; Lamas, 2007). Analisando a questão da diferença biológica com uma dimensão concreta, o conceito Gênero permite a compreensão de que não é a anatomia que posiciona homens e mulheres em hierarquias distintas, mas sim a forma como as sociedades concebem e simbolizam o caráter anatômico e as diferenças dos corpos masculinos e femininos. O gênero é, portanto, uma dimensão social que antecede a própria definição do que é o sexo biológico, pois aquilo que define a posição de homens e a mulheres na sociedade irá fundar o que se entende como sexo biológico e seus atributos (Laqueur, 2001).

A formulação simbólica das diferenças sexuais ganha forma nos conjuntos de práticas subjetivas, representações sociais que influenciam e condicionam a conduta objetiva e subjetiva dos indivíduos em função do seu sexo (Lamas, 2007; Menezes e Heilborn, 2007). Mais do que a distinção sexual, o gênero marca a percepção e a relação humana nas esferas sociais, políticas e religiosas, bem como enviesa a produção de conhecimento de modo a legitimar os mecanismos de exclusão e dominação (Lamas, 2000; Bourdieu, 2003; Lamas, 2007; Butler, 2008).

Lamas (2007) descreve o gênero como o conjunto de prescrições, crenças e atribuições que são construídas socialmente tendo por base a diferença sexual. Nesse viés, o gênero é uma construção histórica que considera o que se é próprio de cada sexo e na base da concepção de gênero se têm as matérias do sexo e da procriação moldadas por conjuntos de regras, expectativas e crenças sociais. A construção cultural e social que define padrões de gênero funciona como uma forma de se interpretar o mundo e, a partir desse modelo, pode haver várias implicações sociais, de acordo com o corpo masculino ou feminino, como, por exemplo, restrições de decisões, oportunidades e possibilidades (Lamas, 2007; Butler, 2008).

Nestes debates científicos sobre as “questões de gênero” estão condensados um arcabouço teórico particular e interessado em investigar as categorias de agrupamento, dicotomias e as representações inerentes à “masculinidade” e à “feminilidade”. Os desdobramentos dos debates feministas trouxeram para a discussão, a partir dos anos de 1980, a masculinidade - aspecto que até então foi

pouco considerado nos estudos feministas – que passa então a fazer parte da perspectiva relacional que fundamenta a categoria Gênero. Esta nova perspectiva sepulta quase que por completo as perspectivas separatistas e igualitaristas de outrora e dá corpo a um novo conjunto de proposições que parte da diferença como seu mote de luta.

Emergindo no campo dos estudos feministas, as produções sobre as masculinidades como objetos de estudo têm início no final da década de 1980, a partir de estudos pouco sistemáticos e sem necessariamente se desdobrarem em uma discussão teórica, epistemológica, política e ética ampla e consistente sobre o tema. A partir da segunda metade da década de 1990, um conjunto de estudos foi realizado com o intuito de sistematizar produções diversas de modo a possibilitar o aprofundamento almejado. Buscando produzir uma organização dessas produções, especialmente aquelas publicadas entre 1995 e 2002, Connell, Hearn e Kimmel publicam, em 2005, o *Handbook of Studies on Men and Masculinities*, que segundo seus autores, aborda o desenvolvimento do campo de pesquisas sobre masculinidades. Nesse material, os autores focalizam o modo como os estudos e pesquisas têm construído o campo de estudos sobre as masculinidades desde um olhar mais amplo e global até a expressão mais íntima e pessoal (Medrado e Lyra, 2008; Medrado, Lyra e Azevedo, 2011).

Dentro da perspectiva relacional de Gênero, o masculino e as masculinidades passam a ser partes indissociáveis do debate e são aspectos de uma estrutura maior (Kimmel, 1992; Connell, 1997). Connell (1997), em sua análise sobre as definições de masculinidade no âmbito científico, apresenta que existem diferentes vieses teóricos para se pensar a questão da masculinidade e, em sua maioria, tais definições aceitam o ponto de vista cultural na constituição da masculinidade, mas adotam estratégias diferentes para caracterizar o tipo de pessoa que se considera masculina. Para ele, existem quatro enfoques principais quanto às lógicas de conceber as masculinidades no discurso científico: os enfoques essencialistas baseados na sociobiologia; os enfoques baseados na ciência social positivista; os enfoques normativos baseados nas teorias dos papéis sexuais; os enfoques semióticos baseados na linguística estrutural e nos elementos do discurso. Connell (1997) entende esta

última como a mais efetiva para a análise cultural da masculinidade, uma vez não tenta definir a masculinidade com um objeto e sim, com processos e relações por meio das quais homens e mulheres levam vidas cerceadas pelo gênero.

Ainda Connell (1995), ao engendrar a masculinidade nesta perspectiva relacional, ratifica que gênero se define conceitualmente pela forma na qual as capacidades reprodutivas e as diferenças sexuais dos corpos humanos são trazidas para a prática social e tornadas parte do processo histórico. Ressalta que abordar as masculinidades no plural indica o reconhecimento de que masculinidade significa diferentes coisas para diferentes grupos de homens em diferentes momentos. Para Kimmel (1998), as masculinidades são apreendidas e construídas simultaneamente em dois campos inter-relacionados de relações de poder: nas relações de poder entre homens e mulheres (desigualdade de gênero) e nas relações dos homens com outros homens (desigualdades baseadas em raça, etnia, sexualidade, idade etc). Kimmel (1998) utiliza a categoria gênero para compreender as masculinidades e insere uma nova e singular perspectiva: as desigualdades na dinâmica dos homens com outros homens baseadas nas conformações de outras categorias como classe, raça/etnia e idade (Kimmel, 1998).

Kimmel (1998) entende que há um modelo hegemônico de masculinidade que surge em um contexto de oposição a “outros” modelos problematizados e desvalorizados. Assim, modelos hegemônico e subalterno surgem em uma interação mútua e desigual a partir de uma ordem social e econômica dividida em gêneros. Nesta perspectiva, o citado autor desenvolve sua análise das masculinidades partindo das premissas que 1) as masculinidades variam de cultura para cultura; 2) variam segundo o transcorrer de um certo período histórico; 3) variam dentro de uma cultura e são influenciadas por um conjunto de outras variáveis e potenciais de identidade; 4) variam no decorrer da vida de qualquer homem individual. Isso significa que não é possível falar de masculinidade como se ela fosse uma essência constante e universal, mas sim como um conjunto de significados e comportamentos fluidos e em constante mudança ao longo do ciclo de vida.

A masculinidade hegemônica é invisível àqueles que tentam obtê-la como um ideal de gênero e é precisamente visível para os que são afetados pela sua violência.

O modelo de masculinidade hegemônico apresenta como modelo ideal, homens ativos, fortes e capazes para o trabalho físico árduo. Características que saiam dessa prescrição são consideradas tipicamente femininas e, portanto, punidas. Homens que apresentam tais características são vistos como fracos, afeminados ou homossexuais (Connell, 1995; Korin, 2001).

Há, portanto, um conjunto de expressões que representam modelos hegemônicos e estereotipados de masculinidade. Segundo Connell (1995), o modelo masculino revela e mantém características comportamentais em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero como, por exemplo, maior atividade, desempenho, força física, resistência, independência, produtividade etc. As características não enquadradas nesse padrão são, em geral, avaliadas negativamente entre os membros de nossa sociedade, uma vez que podem ser consideradas não-masculinas (Connell, 1995).

Medrado, Lyra e Azevedo (2011), ao citar o estudo de Connell, Hearn e Kimmel (2005), apontam que no período de 1995 a 2002 o campo de estudo sobre masculinidade apresentou objetivos distintos de análise: 1) a compreensão do modo como os homens entendem e expressam identidades de gênero; 2) as masculinidades como produtoras de interações sociais dos homens na dimensão relacional de gênero; 3) a organização social das masculinidades em suas inscrições e reproduções locais e globais; 4) a dimensão institucional das masculinidades, ou seja, o modo como masculinidades são construídas em e por relações e dispositivos institucionais.

Dentre o escopo analítico dos estudos de masculinidade, considero importante destacar algumas análises pertinentes à discussão que proponho. A saber que, em uma trajetória não linear, os estudos voltados à compreensão dos modos como os homens expressam suas identidades de gênero se dedicam ao campo da subjetividade e da sexualidade e buscam desconstruir e problematizar a noção de heteronormatividade em sua dinâmica com esferas políticas e sociais. Dentre as análises dos estudos que visam problematizar as masculinidades como produtoras de interações sociais na dimensão relacional do gênero estão os estudos epidemiológicos e de morbimortalidade que articulam a discussão sobre os déficits de saúde dos homens como produto de seus comportamentos de risco. As análises

relacionadas à organização social das masculinidades e seus desfechos em realidades locais e globais examinam e discutem as masculinidades hegemônica, subalterna e subordinada dentro de realidades particulares e se afinam visando relativizar e contextualizar a produção destas masculinidades.

Por fim, a análise das dimensões institucionais das masculinidades traz para o campo de debate as propostas e estudos sobre os homens nas diferentes instituições e aqui destacam-se os estudos que abarcam as instituições de saúde e as políticas para a saúde, bem como a construção dos saberes científicos que circundam as masculinidades. Tais discussões sobre as masculinidades transpostas para os estudos no campo da saúde promoveram avanços significativos no entendimento atual acerca da saúde do homem e seus multideterminantes.

Desde os anos 80, diferentes estudos têm trazido à lume a problemática das masculinidades no contexto da saúde e, nas três últimas décadas, tais estudos consolidaram a complexidade da análise dos fatores que produzem as condições desfavoráveis em saúde na população masculina (Pinheiro e Couto, 2008). É possível identificar que na primeira década, 1980, tais estudos objetivaram investigar os desfechos ocorridos na saúde masculina, no sentido de mapear as condições de saúde desta população em uma perspectiva quantitativa de morbidade, mortalidade e vulnerabilidades em saúde (Verbrugge, 1989; Bird e Rieker, 1999; Macintyre, S., Ford, G. e Hunt, K., 1999). Em um segundo momento, as pesquisas, predominantemente qualitativas, se voltaram para análise dos fatores que produziriam as desigualdades em saúde e, nesse espectro de estudos, estão aqueles que situam o gênero e a construção social das masculinidades no cerne da problemática da saúde masculina.

Na década de 1990, foram consolidadas as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde e, articulando-se com outras categorias, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., os estudos buscam compreender os processos de saúde e doença em segmentos de homens (Schraiber, Gomes e Couto, 2005). Na década subsequente, os estudos ampliam e relativizam a discussão com o foco nos contextos institucionais que reproduzem as relações de gênero na saúde e alertam acerca de uma possível

medicalização do corpo masculino quando assinalam as semelhanças das políticas de atenção à saúde do homem em relação àquelas políticas que historicamente medicalizaram o corpo feminino (Courtenay, 2000; Doyal, 2001; Korin, 2001; Rohden, Fabíola, 2001; Pinheiro *et al.*, 2002; Gomes, 2003; Carrara, Russo e Faro, 2009; Gomes, 2011; Couto e Gomes, 2012).

As pesquisas atuais no campo da saúde do homem parecem buscar um aprofundamento acerca das reais necessidades masculinas na saúde, bem como a desconstrução de um entendimento que marginaliza a forma como os homens administram seu corpo. Por estar à margem dos controles do biopoder⁵ (Foucault, 2005) e das respectivas normativas da medicina, as práticas masculinas de cuidado são, muitas vezes entendidas, como um cuidado marginal. Assim, recentes estudos, visando evitar análises simplistas e superficiais, destacando que uma atenção especial deve ser dada a esta configuração particular de cuidar de si e sua interface com as instituições e práticas profissionais que, configuradas nas dicotomias das relações de gênero, promovem a invisibilidade masculina nos serviços de saúde (Pinheiro, Couto e Silva, 2011).

No Brasil, a partir dos anos 1980, com o fim da ditadura militar, há o fortalecimento de um cenário histórico importante em que se desnaturalizava a concepção dominante de mulher e de feminilidade e denunciava as diferenças e dificuldades enfrentadas pelas mulheres. A reflexão feminista gerou, no âmbito acadêmico e nas políticas públicas, críticas ao essencialismo das biociências demonstrando a influência do gênero, das masculinidades e feminilidades no

⁵ O termo “Biopoder” foi criado originalmente por Michel Foucault no texto “A vontade do Saber”, (primeiro volume a coleção “História da sexualidade”) para referir-se à prática dos estados modernos e sua regulação dos que a ele estão sujeitos por meio de um conjunto numeroso de técnicas para obter a subjugação dos corpos e o controle de populações. Foucault nunca publicou a genealogia do termo, contudo o seu uso é recorrente nas obras dele (Foucault, 1981; 2005). Rabinow e Rose (2006) apanham os fenômenos sociais que o Biopoder compreende e sintetizam que o termo se refere a: 1) um ou mais discursos de verdade sobre o caráter ‘vital’ dos seres humanos, e um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; 2) estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, inicialmente endereçadas a populações que poderiam ou não ser territorializadas e que também poderiam ser especificadas em termos de coletividades biossociais emergentes em termos de categorias de raça, etnicidade, gênero ou religião; 3) modos de subjetivação, através dos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a discursos de verdade, por meio de práticas do self, em nome de sua própria vida ou saúde, de sua família ou de alguma outra coletividade, ou inclusive em nome da vida ou saúde da população como um todo.

processo de saúde-adoecimento. Discutindo e reformulando o papel das políticas de saúde em interface com o gênero (Teles, 1999; Sarti, 2004). Entre os diferentes focos de pesquisa e intervenção, o campo de estudo da saúde masculina nos últimos anos tem se voltado para o melhor entendimento dos condicionantes da saúde masculina nos diferentes momentos e contextos de vida desta população (Gomes; Medrado, Lyra e Azevedo, 2011; Nascimento, Segundo e Baker, 2011; Rohden, 2012).

Uma vez que os debates atuais em saúde do homem fazem parte de uma construção historicamente acumulada de conhecimentos científicos e populares, cabe lembrar que, ao longo da história das ciências médicas, as mulheres foram relacionadas e aproximadas aos cuidados com a saúde de modo que nos dias atuais o maior envolvimento da mulher com a prevenção e com o cuidar é visto como algo espontâneo de sua natureza (Rohden, Fabíola, 2001; Costa-Junior, 2010). Historicamente se constrói, modela e naturaliza uma imagem masculina voltada para a força, invulnerabilidade e onipotência. E, por sua vez, a descrição dos sintomas é menos específica e clara quando verbalizado por homens, uma vez que, nas suas trajetórias de vida, foi subtraída a possibilidade de aprender descrever e compartilhar sinais de adoecimento e fragilidade (Macintyre, S., Ford, G. e Hunt, K, 1999; Costa-Junior e Maia, 2009; Costa-Junior, 2010). A forma como cada indivíduo manifesta sua queixa está sujeita às regras sobre o que é socialmente permitido e esperado nas relações de gênero, sob as quais se constrói regras de conduta e através das quais se incorporam culturalmente determinadas normas e atributos (Alves e Figueiras, 2007).

HOMENS, MASCULINIDADES E SAÚDE

(...) Muito mais pra mim, várias famílias
 Quero ver a mãe tranquila sabendo que o
 filho frita
 Um inocente goró, depois um doce, uma
 balinha
 O perréco atçando com as mina de
 sainha
 Amanhece tubarão e vai dormir sardinha
 Tira sarro dos irmão que só colam com
 tubaína
 Cheio das graça com um copo de
 caipirinha
 Saber quem é mais macho no jogo do
 vira-vira!
 Disse pra mim que desce macio e
 reanima
 Depois é só o rastro do “blá” lá na vila
 Digo sim, “já me acabei no carotim”
 Mas eu nunca mais quero essa vida pra
 mim
 Eu ouvi falar que os maluco quer
 entornar
 Enxugar o caneco pra depois úh úh ahh
 Os traveco tão ali ah
 Alguém vai se iludir (...)

(“Vasilhame” - Criolo)

O distanciamento masculino, no que diz respeito aos cuidados com a saúde, principalmente os relativos a aspectos preventivos, de adesão ao tratamento e o engajamento em situações de risco, atuam negativamente sobre os índices de mortalidade masculina (Verbrugge, 1989; Courtenay, 2000; Doyal, 2001; Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge, 2004). O risco de um homem se envolver em um evento fatal, sendo esse intencional ou não intencional, é maior que o da mulher. Comportamentos tidos como violentos e danosos, tais como o homicídio e suicídio, também ocorrem com maior frequência entre os homens, e, geralmente, levam à morte ou à hospitalização dos indivíduos envolvidos (Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge, 2004).

As trajetórias dos estudos sobre masculinidades e saúde permitem a compreensão da complexidade da relação entre os homens, os serviços de saúde e as políticas de atenção em saúde. Se por um lado, a construção social das masculinidades e os atributos a ela relacionados produzem sujeitos que evitam os serviços e apresentam dificuldades de se expor nas situações de cuidado institucionalizado; por outro lado, os serviços de saúde e os profissionais que os integram apresentam dificuldades para lidar com as características da população masculina. Na percepção dos profissionais, os homens são vistos como arredios e como sujeitos vitimizados pela vulnerabilidade (Figueiredo, 2008). Em um círculo vicioso, essas dificuldades pessoais e institucionais que têm em sua base as relações de gênero, produzem a invisibilidade masculina no campo da saúde, bem como uma parcialidade na atenção proposta pelas políticas de atenção à saúde do homem.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007), Costa-Junior e Maia (2009) e Couto et al.(2010) apresentam indicativos de que tanto a socialização diferencial vivida por homens e mulheres, quanto a estrutura dos serviços de saúde podem influenciar na maneira como homens cuidam de sua saúde. Conscientes de sua baixa procura por seguimentos preventivos em saúde, os homens entrevistados nos estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Costa-Junior e Maia (2009) , reconhecem que as políticas de saúde atuais disponibilizam mais informações sobre saúde às mulheres e também provêm maior suporte para que essas procurem os serviços de saúde. Outro aspecto importante apontado por Courtenay (2000) e verificado no contexto brasileiro por Couto et al. (2010), está no fato de que os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres.

Costa-Junior e Maia (2009) investigaram a concepção de homens hospitalizados sobre os cuidados com a saúde e o tratamento de doenças; e Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Figueiredo (2008), analisaram as explicações de homens sobre a pouca procura por serviços de saúde preventiva. Os resultados desses estudos revelaram que existem dificuldades para os homens em expor as partes íntimas do corpo (especialmente ao sexo oposto) e verbalizar as próprias fragilidades

em relação à sua saúde. Existe também o temor em demonstrarem fraqueza perante aos familiares aos quais se sentem responsáveis e também no ambiente de trabalho, já que a demonstração de adoecimento parece estar relacionada ao medo de perder o emprego. A demonstração de fragilidade física ainda pode sugerir a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde (Figueiredo, 2008). Estes estudos também ratificam que determinados comportamentos de homens em relação à saúde corporal estão relacionados ao modelo de masculinidade; daí a negação, omissão ou ocultação de necessidades de cuidados em saúde por parte de muitos homens e a consequente diminuição de procura por assistências à saúde.

Outro indicativo importante dos estudos qualitativos que corroboram com os quantitativos consiste no fato de que o público masculino tende a buscar por atendimento em saúde quando os sintomas ocasionam no comprometimento de seu desempenho cotidiano (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Costa-Junior e Maia, 2009). Ainda que não haja um volume de uso de serviços em situações de prevenção, a busca por serviços de atenção primária à saúde, analisada em estudos qualitativos como o de Schraiber, Gomes *et al.* (Schraiber, Gomes e Couto, 2005), o de Figueiredo (2008) e Schraiber, Figueiredo *et al.* (Schraiber *et al.*, 2010), mostram que o uso dos serviços pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se na assistência a patologias, acidentes ou lesões, problemas odontológicos e no uso da farmácia. Portanto, a procura existe e ainda que em contextos específicos, estes parecem ser as “portas de entrada” dos homens nos serviços e as já existentes interações com contextos de cuidado de saúde.

Como argumenta Korin (2001), os homens sentem-se incomodados com a situação passiva e dependente do papel de doente, e isso contribui para que ignorem sinais de agravos na saúde e só procurem ajuda quando esta já está comprometida e reduzindo sua funcionalidade nas atividades cotidianas. Braz (Braz, 2005) e Pinheiro *et al* (2002) analisaram a distribuição de serviços voltados para o público masculino e a demanda produzida por eles. Os autores afirmam que homens preferem utilizar serviços de saúde como farmácias ou prontos socorros. Ainda que tais serviços não direcionem os homens a programas específicos, nesses locais eles seriam atendidos mais rapidamente e poderiam revelar, de forma breve e superficial, seus problemas

de saúde. Entretanto, devemos considerar que embora os autores remetam a incorporação do padrão masculino como um indício de pouca procura por assistência médica e por atitudes de cuidados preventivos em relação à saúde, o acesso aos espaços de serviços básicos de saúde são dificultados à população masculina; há limites impostos pela estrutura dos serviços públicos e seus escassos programas preventivos de saúde dirigidos aos homens (Braz, 2005; Figueiredo, 2005; Costa-Junior e Maia, 2009; Couto *et al.*, 2010).

Historicamente, houve um predomínio de estratégias voltadas para a saúde da mulher e da criança, tendo depois dos anos de 1980, a incorporação da população idosa. Mesmo diante do atual panorama da saúde do homem, os serviços de atenção primária ainda carregam muito deste histórico de atenção materno-infantil e isto resvala na percepção dos homens quando estes não veem os serviços de saúde como um espaço para si (Machin *et al.*, 2011).

As dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero: a noção de invulnerabilidade e a valorização do risco, a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. Nas investigações de Figueiredo (2008) e Gomes, Nascimento, Araújo (2007), os homens entendem os serviços de atenção primária como serviços destinados às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminilizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencerem àquele espaço (Figueiredo, 2008;). Couto et al (2010) ampliam esta questão dizendo que somado a isso, nota-se o reforço da feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos puramente decorativos que são produzidos internamente pelos funcionários. Dessa forma, concepções particulares, influenciadas pelo imaginário de gênero, são visivelmente transpostas para o ambiente público/institucional da saúde e retrocedem à própria mudança no padrão de comunicação do Ministério da Saúde que atualmente inclui referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais de comunicação (Couto *et al.*, 2010).

Fatores associados ao emprego e atividades de trabalho aparecem nas pesquisas como uma variável que ‘atrapalha’ os homens a buscarem por atendimento médico (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Costa-Junior e Maia, 2009; Costa-

Junior, 2010). Os dados de Couto, Pinheiro et al (Couto *et al.*, 2010) apontam que foi notável a maior presença masculina nos serviços que reorganizam seu funcionamento em horários para além do habitual, como no horário de almoço, aos sábados ou em turnos de 24 horas. Os autores destacam que nos horários alternativos haviam homens aparentando terem saído de seus trabalhos, corroborando a discussão acerca do trabalho como aspecto que restringe o acesso e o uso dos serviços pelos homens. Entretanto, estes mesmos estudos apontam que os horários alternativos podem, ao mesmo tempo, favorecer a presença física dos homens aos serviços e dificultar a mudança de comportamento relacionado ao autocuidado de saúde. Além de reproduzir o imaginário social de gênero de que os homens como trabalhadores (o que as mulheres também são) tem regalias e prerrogativas que facilitam seu acesso à assistência.

O contexto de trabalho, tal como posto em nossa sociedade, não seria receptivo às manifestações de doenças por parte dos homens, uma vez que se afastar do trabalho por motivos de doença poderia ocasionar em um desmerecimento do homem enquanto inapto para suas atividades laborais (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Costa-Junior e Maia, 2009; Costa-Junior, 2010). Uma vez que a fragilidade física é um atributo feminino, as faltas das mulheres no trabalho, ocasionadas pela procura de serviços de saúde, não produziriam tanto desconforto e tampouco seria motivo de descrédito. Do mesmo modo, a maternidade tipificada ao feminino permite no mundo do trabalho que as mulheres tenham mais facilidade em se ausentar de suas atividades por conta dos cuidados que devem prestar aos filhos.

Desde os anos de 1980, o Brasil tem empreendido esforços políticos que geraram benefícios às mulheres, sendo a saúde uma área de destaque neste quesito. O âmbito da saúde pública produziu a criação de programas de assistência integral à saúde da mulher (Costa, 2009). Tais programas pautados na necessidade de retirar a mulher da esfera meramente reprodutiva incluíram novas temáticas, tais como a sexualidade, a violência e o trabalho (Aquino, 2005). No Brasil, a instituição da política de atenção a saúde do homem, lançada oficialmente em 2009, se processou a partir de uma decisão política a nível governamental e ocorreu de forma contrária ao das políticas de saúde da mulher que foram resultado de um protagonismo histórico

das mulheres feministas e dos grupos gay e lésbico (Couto e Gomes, 2012). Não obstante, o debate feito nos últimos anos sobre a masculinidade e seu papel na configuração da saúde do homem também potencializou a discussão acerca da necessidade de novas políticas que incluam os homens no campo da relação entre gênero-adoecimento e cuidado à saúde, especialmente de modo a considerar o público masculino e suas complexidades que não se resumem a espera biológica, bem como em suas especificidades de gênero.

Segundo Couto e Gomes (2012), um marco importante no campo da produção científica nacional foi o lançamento, em 2005, de um número especial sobre homens e saúde da revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Neste número, tratava-se de várias dimensões da discussão do tema (classe, raça/etnia, modelos culturais, esferas institucionais etc) de forma interdisciplinar nas abordagens das ciências sociais, da epidemiologia e da biomedicina.

No cenário brasileiro, um número expressivo de produção tem abordado a temática “saúde do homem”, mas segundo Couto e Gomes (2012) pouco desta produção tem abordado as políticas voltadas para a saúde do homem. Couto e Gomes (2012) defendem que o grande desafio da saúde coletiva é transpor para o campo das políticas os princípios estabelecidos pela produção nacional e internacional acerca de temática da saúde do homem considerando a perspectiva relacional de gênero, na qual a promoção da saúde do homem obrigatoriamente implicaria a promoção da saúde da mulher.

Para pensar o quanto estas produções acadêmicas estão sendo transpostas para as políticas, é preciso ter um olhar histórico baseado no estudo de Carrara, Russo e Faro (2009). Desde o ano de 2004, esforços foram feitos por parte da Sociedade brasileira de Urologia para o lançamento da política de atenção a saúde do homem, marcando o forte interesse desta especialidade no contexto da criação da política (Carrara, Russo e Faro, 2009). Em 2007, há o marco da criação de uma “política nacional para a assistência à saúde do homem” que o insere junto a outros grupos que historicamente já eram vistos como de “especial atenção”, tais como as mulheres, as pessoas com deficiência, os idosos etc. Em 2008, como estreia dessa

nova política de atenção ao homem, ocorre a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, pela Sociedade Brasileira de Urologia no qual o foco foi a disfunção erétil.

Já em 2009, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* (PNAISH) foi lançada e, dentre os aspectos apontados pelo presidente da república em mandato na ocasião (Luiz Inácio Lula da Silva), o homem é o responsável pela sua má condição de saúde e aspectos culturais relacionados a este são situados como parte da problemática. O documento oficial da PNAISH contempla a violência, tendência à exposição a riscos e à saúde sexual e reprodutiva como eixos fundantes de sua proposta de intervenção sobre esta população. Destaca-se aqui, que no documento, a saúde sexual e reprodutiva ultrapassam, em grau de importância, outros problemas, dentre os quais poderíamos citar a violência e os relacionados à saúde mental (Brasil, 2009).

Carrara, Russo e Faro (2009) concluem que o documento afirma de forma sutil a insalubridade da masculinidade que, a partir de aspectos socioculturais, se opõe à medicalização e entendem que o objetivo principal do programa é enfraquecer a resistência masculina à medicina de uma forma geral, ou seja, medicalizar os homens e torná-los sujeitos protagonistas de suas demandas. Dentro desta perspectiva, tais autores advogam que a questão paradoxal dos homens em relação a sua própria saúde e ao seu corpo deriva em larga medida da posição que ainda ocupam na hierarquia de gênero. A problemática, portanto, está no modo como a cultura está imbricada ou implicada em relações de poder concretas e que o discurso vitimário e paternalista, incorporado à nova política, contribui mais para ocultar do que revelar a problemática real da saúde do homem. Como proposta esses autores sugerem que

(...) a condição para que ocorra a mudança cultural necessária para fazer com que os homens (heterossexuais) tenham uma relação tão reflexiva com seus próprios corpos quanto seus vários "outros" (mulheres, homossexuais, travestis) é que tais "outros" tenham o mesmo poder e prestígio que eles. Tudo se passa como se os homens precisassem se tornar socialmente vulneráveis para poder perceber sua vulnerabilidade biológica e para ver algum sentido na luta por ultrapassá-la. Dito de outro modo, mostrar-se invulnerável faz parte do exercício do poder pelos homens e o poder tem um

"preço" (uma vida mais curta ou menos saudável) que, parece, os homens ainda estão dispostos a pagar (Carrara, Russo e Faro, 2009, p.672).

Tomando como exemplo a maior concentração de homens nos horários alternativos verificada por Couto, Pinheiro et al. (2010), é possível apontar uma potencial eficácia da estratégia de se criar dispositivos específicos para o atendimento dos homens (Couto *et al.*, 2010). Esta é apenas parte da resolução do problema, pois pouco adiantaria aumentar inicialmente a procura e não promover o acolhimento e a integração dos homens nos serviços a partir das demandas que eles espontaneamente trazem. Deve-se, sobretudo, partir dos serviços já frequentados por homens e nestes espaços, promover o acolhimento e captação para contextos de prevenção. Contudo, a questão da medicalização ainda continua como importante aspecto.

Aquino (2005) nos aponta que grande parte da produção acadêmica da medicina acerca da saúde do homem pode produzir nos leitores desavisados uma sensação de *déjà vu*. Isso porque tais produções retomam aquelas mesmas pautas que restringiam a saúde feminina aos âmbitos reprodutivos e sexuais e que agora, com o desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica, tendem a agregar o uso de medicamentos para fins de manutenção da saúde sexual ou reprodutiva dos homens (Rohden, 2012).

Nesse sentido, é problemático conduzir ações em prol da saúde masculina pelos caminhos da medicalização, principalmente se for considerado que as demandas da saúde do homem são basicamente constituídas pela natureza social e histórica que permeiam as questões de gênero. Na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde e as mulheres, por vezes, aceitam constrangimentos e o excesso de procedimentos impostos sobre o seu corpo (Korin, 2001; Rohden, F., 2001; Rohden, 2003; Martins, A. P. V., 2004; Gomes, Nascimento e Araújo, 2007). Nesta direção, a produção científica tem despendido críticas que visam questionar e refletir sobre o processo de medicalização do homem, gerando reflexões sobre as estratégias no sentido de promover políticas de inserção dos homens na assistência integral à saúde. Tais reflexões parecem ser especialmente relevantes para trazer à tona o viés ético das intervenções em saúde do

homem e retirar as políticas de saúde de uma dimensão puramente biológica e inseri-las nos aspectos que se referem à construção das esferas de desigualdade nos diferentes contextos que se encontra a população masculina. Pode ainda propor mudanças de cunho educativo que promovam um cuidado autônomo em saúde por parte dos homens.

Couto, Pinheiro et al. (Couto *et al.*, 2010) descrevem a (in)visibilidade dos homens nos serviços de atenção primária, como um produto da estruturação de políticas e serviços de prevenção nas quais os homens não estão inseridos; da incapacidade dos profissionais em notarem os homens que procuram os serviços e acolherem suas demandas; e da polarização baseada nos estereótipos de gênero: do masculino ao não cuidado e do feminino ao cuidado. Os autores argumentam que crenças a respeito da presença dos homens nos serviços de atenção primária parecem ser construídas a partir de uma percepção enviesada da invisibilidade, especialmente se tais demandas forem expressas de formas diferentes daquelas tradicionalmente femininas que já são consagradas no contexto da assistência. A invisibilidade também se daria por meio de uma expectativa dos profissionais de que os homens não cuidam de si nem de outras pessoas e não procuram os serviços (Couto *et al.*, 2010). Baseados nessa premissa, as ações cotidianas dos profissionais da assistência legitimam a suposta incompetência masculina para o cuidado e acabam por reproduzir a dimensão da invisibilidade que geralmente incorpora a imagem da mulher cuidadora e do homem como não cuidador (Gomes, 2008; Couto *et al.*, 2010; Toneli, Souza e Müller, 2010).

A análise das concepções dos profissionais da saúde em relação às questões de gênero e saúde dos homens indicam o quão generificados são os pensares e as práticas em saúde. Muito dos atributos de gênero são transpostos para as práticas institucionais e naturalizados como tipicamente masculinos. No estudo de Machin et al. (2010) há menção a um padrão de masculinidade que reprime necessidades e cuidados de saúde, nega fraquezas ou vulnerabilidades, reforçando a dimensão simbólica produzida e partilhada socialmente pelas instituições.

Retomando a atribuição dada ao trabalho como um empecilho para a procura de serviços, na visão dos profissionais este é um fator que dificulta e justifica a

ausência masculina. Entretanto no caso das mulheres esta não é uma justificativa socialmente aceitável para uma mulher não procurar (Machin *et al.*, 2011). Esta concepção do trabalho como um empecilho para o homem utilizar os serviços, ainda que seja legítima, acaba por endossar o patriarcado dentro das relações atuais (Toneli, Souza e Müller, 2010). O patriarcado também aparece na percepção dos profissionais quando os homens são vistos como sujeitos vitimizados por supostamente estarem perdendo seu espaço de dominação na sociedade atual (Figueiredo, 2008).

Uma outra concepção que aglutina atributos de gênero aparece quando estes profissionais entendem que quando, eventualmente, uma mulher não cuida da própria saúde, ela é vista como rude e indisciplinada, elementos mais condizentes ao estereótipo masculino. Justifica-se, assim, que o não cuidado se dá pelo fato de que ela, em termos comportamentais, é masculinizada (Costa-Júnior, 2010). Um aspecto interessante se dá na contradição na qual ao mesmo tempo em que os serviços reconhecem a mulher como mais presente e como alvo preferencial de suas intervenções, eles as percebem como uma figura problemática que muitas vezes apresenta queixas vagas e inespecíficas, podendo ser desqualificada pelos profissionais de saúde como uma "poliqueixosa" (Costa-Junior, 2010; Machin *et al.*, 2011). O homem, por oposição, é reconhecido como objetivo e direto (Machin, Couto *et al.*, 2011), ainda que não possua repertório para descrever seus sintomas (Costa-Junior, 2010). Até mesmo quando fazem uso das dificuldades relacionadas ao trabalho quanto a não procura, seu comportamento é tomado como mais objetivo e assim legitimado.

Nas concepções de profissionais da saúde que atuam junto à população masculina é possível perceber diferentes atribuições daquilo que é esperado em termos de atitudes com a saúde em relação aos estágios maturacionais e suas respectivas idades cronológicas. O homem idoso é visto como paciente de fácil atendimento, pois, no geral, segue as prescrições e isto pode estar relacionado às repetidas experiências vividas quanto à necessidade de cuidados recebidos. As crianças, por estarem sob cuidados predominantemente maternos, também não sofreriam pelos descuidos com a saúde (Costa-Junior, 2010). O adolescente e o

homem adulto, em oposição, seriam foco de maiores problemas segundo estes profissionais, uma vez que não apresentam repertórios esperados de cuidados com a saúde, sendo mais dependentes de outras pessoas, no geral mulheres em posições relacionais de esposa e mãe, quando acometidos por doenças (Costa-Junior, 2010).

Toneli, Souza et al. (Toneli, Souza e Müller, 2010), ao problematizar a atenção à saúde do homem jovem, apontam que o anseio dos profissionais em tentar "criar a cultura de cuidado no adolescente", "mudar o perfil do homem" e "salientar responsabilidades", são tônicas importantes que refletem alguns entraves socioculturais que afastam a população masculina dos serviços de saúde. E, ao mesmo tempo refletem a preocupação de alguns profissionais em atender a esta população que não está contemplada pelos programas e serviços que existem.

Medrado, Lyra et al (Medrado, Lyra e Azevedo, 2011) propõem quatro exercícios analíticos como marco conceitual para a compreensão da invisibilidade dos homens na saúde e também para questionar a produção de quais são as prioridades e de que sujeitos pretende-se incluir na atenção em saúde do homem. O primeiro exercício proposto consiste em reafirmar a necessidade de desnaturalizar as prescrições e práticas socialmente atribuídas a homens e mulheres. O segundo componente remete ao reconhecimento da dimensão relacional que o conceito de gênero traz para o vocabulário analítico no qual o gênero deve ser pensado como um jogo entre construções sociais interdependentes. Este componente possibilita desconstruir os argumentos culpabilizantes sobre os homens que ainda se faz presente em alguns estudos. O terceiro exercício analítico se dá pela compreensão do gênero como uma categoria útil para a análise das relações e jogos de poder em diferentes âmbitos e contextos. Já o quarto e último exercício propõe a leitura das dimensões simbólicas, normativas, identitárias e políticas de gênero que possam romper o modelo binário de masculino e feminino no nível da política, das instituições e das organizações.

Alguns dados indicam que homens nos estágios produtivos e reprodutivos de determinadas camadas sociais apresentam maiores dificuldades para utilizar os serviços ou ter condutas de cuidados com a saúde. Outra questão remete ao fato de que as demandas masculinas referentes aos processos de crescimento,

desenvolvimento e maturação⁶ na dinâmica com os fatores socioculturais e suas correlatas necessidades de saúde, encontram-se pulverizadas em programas de diversos seguimentos, sem estar especificado quanto às questões de gênero, geração, etnia, etc (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Couto *et al.*, 2010).

Uma vez que o pensar sobre os multideterminantes em saúde faz parte de uma proposta acadêmica em curso, era de se esperar que estes fossem debatidos nas respectivas formações acadêmicas no campo da saúde. Porém estudos com diferentes profissionais da área apontam que ao longo da formação não houve discussões significativas que instrumentalizassem esses profissionais para lidar com as diferentes demandas inerentes a interação com homens e suas especificidades (Costa-Junior, 2010; Knauth, Couto e Figueiredo, 2012). Uma vez que a complexidade da construção do gênero e das masculinidades não são discutidas nos contextos de formação, pode-se pensar que demais categorias que incidem na formação do sujeito social também estejam ausentes nesses contextos.

A análise das influências culturais na formação dos sujeitos compõe uma parte fundamental para se conhecer os fatores relacionados a invisibilidade masculina nos serviços de saúde; a reprodução de estereótipos de gênero no âmbito institucional e na relação profissional-paciente. Como apontam Toneli et al. (2010) e Nascimento e Carrara (2012), é importante ter clareza de como os serviços de saúde, de uma forma geral, acabam por refletir a organização social com base no gênero, antes de afirmarmos que os homens se excluem ou foram excluídos das esferas de cuidado de si e dos outros. Couto e Gomes (2012) advogam que, se politicamente compromissada, a incorporação da categoria gênero no campo da saúde pode trazer novas dimensões para que melhor se compreenda os eventos da vida de mulheres e homens em busca da ampliação da autonomia destes sujeitos.

⁶ São processos pelos quais ocorrem as mudanças e o crescimento progressivo nas áreas física e psicológica do organismo. O crescimento diz respeito às mudanças no tamanho do indivíduo, considerando o corpo como um todo ou partes dele. O desenvolvimento se refere a alterações nas funções orgânicas e cognitivas. O processo de maturação se refere às variações na velocidade e no tempo em que o indivíduo atinge a maturidade biológica. Tais modificações são, em parte, reguladas por hormônios específicos produzidos por glândulas como a hipófise e a tireóide e a fatores hereditários intrínsecos que constituem parte do equipamento congênito do indivíduo (Duarte, 1993). Entretanto não se deve considerar a relação direta entre tais processos e os contextos socioculturais e ambientais nos quais o indivíduo é exposto ao longo da vida.

Neste campo fértil de debates e análises se faz prudente incluir outras categorias que confluem ao gênero na formação de sujeitos e coletividades. As análises já desenvolvidas sobre a proposta da PNAISH reivindicam um investimento teórico-político e uma leitura mais reflexiva a partir de bases de pesquisas e debates produzidos no campo da saúde coletiva nos últimos anos (Carrara, Russo e Faro, 2009; Medrado, Lyra e Azevedo, 2011; Couto e Gomes, 2012; Nascimento e Carrara, 2012). Couto e Gomes (2012) defendem estes requisitos como forma de produzir um desenho de gênero transversal e equânime nesta proposta. Seria pela e com a aproximação junto a diferentes políticas de movimentos sociais identitários e de direitos humanos, baseados nos princípios e diretrizes orientadas por gênero, que se produziria alterações nos construtos que (re)produzem desigualdades de saúde de homens e mulheres.

Como apontam Nascimento e Carrara (2012), se por um lado a dimensão de gênero é estruturante para se pensar os ritos e os ditos masculinos, por outro ela está profundamente articulada com outros marcadores sociais, como cor/raça, classe, geração, orientação sexual etc. A articulação entre esses diferentes marcadores é fundamental para qualquer análise que leve em consideração a pluralidade de experiências masculinas e suas correlações com a promoção da equidade de gênero em saúde.

TERRITORIALIDADE, CULTURA E IDENTIDADE MASCULINA NO NORDESTE

As condições físicas é que vão determinando diferenciações, que se acentuam em habitats distantes. O mestiço do sul- o paulista, o gaúcho, são tipos que contrastam dos do norte. Mesmo aqui, verificamos que o tipo da mata, formado no meio rural, se diferencia do tipo do sertão, formado no meio pastoril. O Nordeste é um habitat distinto, caracterizado no rigor de suas condições mesológicas. A natureza reflete-se no homem, imprime-lhe os seus aspectos, talha-lhe a forma, forma-lhe o espírito. É o determinismo harmonioso da vida natural de que nos fala Lespagnól (Agamenon Magalhães, 1909 apud Albuquerque Júnior, 2013).

Falar dos homens que habitam o Nordeste em uma perspectiva não naturalizada, demanda uma abordagem complexa que dialogue com os diferentes cenários que produzem as identidades masculinas em seu contexto social. Nesse sentido, faz-se necessário o exercício de tecer reflexões sobre a pluralidade de “ser homem” e “ser nordestino” e como estas identidades são produzidas culturalmente nas relações destes sujeitos com seu ambiente material e simbólico. Seguindo esta perspectiva, o presente capítulo almeja abordar a noção de Território como produto cultural que irá produzir e ser produzido pelas identidades regionais daqueles que estão dentro e fora do espaço material e social ao qual chamamos de Nordeste.

No campo da Saúde Coletiva, os conceitos geográficos como espaço, território e ambiente, vêm sendo incorporados no sentido de ampliar a compreensão dos múltiplos e complexos determinantes em saúde. A territorialidade apresenta um papel importante na constituição de grupos sociais e o uso do conceito de território não é exclusivo da Geografia, tendo sido utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento como a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política etc. No campo da Antropologia, a territorialidade é entendida como o esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico e cultural, convertendo-os assim em subjetividades de pertencimento de “seu território” (Ther Ríos, 2012).

O território como um espaço geográfico material e físico não deixa de ser um espaço subjetivo forjado nas dimensões históricas e culturais de um povo e por isso, carrega consigo uma ampla e complexa gama de relações de poder e processos históricos. A dimensão material e física de um território estabelece algumas das condições ambientais ao movimento de pessoas, e a continuidade e descontinuidade de processos culturais (Santos, 1998).

Casimir (1992) mostra como a territorialidade é uma força latente em qualquer grupo, cuja manifestação explícita depende de contingências históricas. Um território surge diretamente das condutas de territorialidade de um grupo social e qualquer território é um produto histórico de processos sociais e políticos do contexto específico em que surgiu e dos contextos em que foi defendido e/ou reafirmado (Casimir).

Haesbaert e Limonad (2007) advogam pela emergência de uma perspectiva relacional da análise da territorialidade sendo que a noção de territorialidade demanda primeiramente da distinção entre território e espaço geográfico pois tais conceitos não são sinônimos. Segundo Raffestin (1993), o espaço está antes do território, sendo o território formado a partir do espaço, em função da ação de um ator que realiza determinadas ações em diferentes níveis. Ao se apropriar de um dado espaço, de forma concreta e abstrata, o ator "territorializa" o espaço. Dessa forma, o território é uma produção, a partir do espaço no qual se projetou a ação humana. O território, portanto, revela relações de poder de uma dada comunidade. Isso porque essa ação humana é também uma ação política que engendra toda a complexa relação entre os habitantes de um espaço e suas respectivas identidades.

A compreensão do espaço material e físico deve considerar todos os objetos existentes numa extensão contínua em co-existência com os sistemas nos quais a utilidade passada ou futura destes objetos vem do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores (Santos, 1988). Para Haesbaert e Limonad (2007), o território é uma construção histórica e, portanto, social, a partir das relações de poderes concretos e simbólicos que envolvem, concomitantemente, sociedade e espaço geográfico. Nesta perspectiva, o território possui tanto uma dimensão mais subjetiva, denominada de consciência, apropriação

ou mesmo, em alguns casos, de identidade territorial; e uma dimensão mais objetiva que se pode denominar de dominação do espaço realizado por instrumentos de ação político-econômica. Ther Rios (2012) apresenta uma perspectiva relacional entre territórios vividos (dimensão subjetiva) e territórios normatizados (dimensão concreta) e postula que tais dimensões são tecidas por imaginários, memórias, relações de poder e conflitos e, sobretudo, pelas potencialidades das diversas coletividades presentes em uma região/território.

De acordo com Haesbaert e Limonad (2007, p. 43)

Se nas sociedades tradicionais o homem preenchia todos os poros de seu território através de uma apropriação simbólica onde, por exemplo, uma dimensão sagrada dotava de sentido e o espaço em sua totalidade, nas sociedades modernas o território passa a ser visto antes de tudo, numa perspectiva utilitarista, como um instrumento de domínio, a fim de atender às necessidades humanas.

O território hoje denominado de Nordeste, surgiu em fins do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, e a partir daí diferentes esforços foram despendidos para que uma identidade fosse criada para esse território. Nos argumentos de Honório (2012) e Albuquerque Júnior (2011), a ideia de região não existia no período colonial, e as regiões brasileiras começaram a se formar no final do século XIX, com as transformações do espaço interno provocadas com a expansão do capitalismo mundial. As transformações econômicas e políticas iniciaram uma articulação do espaço e começaram a delinear-se a partir da crise do açúcar na segunda metade do século XIX, por meio de um discurso regionalista junto ao governo defendendo os interesses do Norte em oposição ao Sul. Esse discurso evidenciava diferenças internas dentro do país e promovia uma suposta homogeneização baseada no princípio regionalista que visava delinear a região enquanto categoria geográfico-territorial (Honorio, 2012).

O nordestino, assim como o recorte regional Nordeste, nasceram a partir de uma série de práticas regionalistas e de um discurso político que se intensificou entre as elites do Norte e Nordeste do país, a partir do século XIX, momento histórico no qual o declínio econômico e político desta região levou a uma progressiva subordinação deste espaço em relação ao Sul do país. Os estudos de Albuquerque

Júnior (2000; 2013) desvelam a emergência das ideias de Nordeste e nordestino, como produtos socioculturais originários a partir dos anos vinte do século passado nas elites regionais e se consolida no final da década seguinte nas camadas populares. A partir da década de 1940, tal identidade começa a ser assumida e generaliza e coincide com o crescimento da migração para o Sul do país. No interior do movimento regionalista, o nordestino é inventado com seus traços físicos, psicológicos e suas diferenças frente à realidade oferecida pelo cosmopolitismo urbano. Surge assim um Nordeste como região de um país de proporções continentais e como um território composto por indivíduos que comungam e representam a sua identidade regional.

As mudanças sociais de uma região em declínio econômico e político, acelerada pelo mundo moderno, leva à crise de um padrão de masculinidade pois ocorreram mudanças nos lugares ocupados pelas mulheres, pelos filhos e pela própria família no espaço social. Essa região é vista como se feminizando e se passivizando, precisando, portanto, de um novo homem que trouxesse uma reação viril a este processo de horizontalização e declínio. Nessa direção, se forja-se uma figura baseada nos modelos de masculinidade e virilidade na tentativa de resgatar o patriarcalismo como ordem social (Albuquerque Júnior, 2013). Segundo Albuquerque Júnior (2013), esta é uma reação viril à passividade desta região e de suas elites. Nas palavras de Albuquerque Júnior (2013)

a emergência histórica da identidade regional nordestina, do tipo regional nordestino parece estar ligada, portanto, às mudanças que se operavam nas relações de gênero, neste espaço, notadamente nas cidades e que eram vistas como mudanças nos sexos. O nordestino emerge, pois, como uma reação conservadora às transformações que ocorriam nos lugares que eram definidos social e culturalmente para homens e mulheres (Albuquerque Júnior, 2013, p. 151).

A análise da territorialidade e da regionalização pode ser um dos pontos de partida para a reflexão de como os serviços de saúde se estruturam como dimensões concretas de um território (Ribeiro, P. T., 2007). E, por outro lado, também pode ser uma direção para refletir sobre as subjetividades e identidades daqueles que ocupam este território a partir de sua constituição simbólica e para além de suas fronteiras políticas e utilitaristas.

A territorialização como a construção político-econômica e cultural do território, resulta da articulação de duas dimensões principais, uma mais material e ligada à esfera político-econômica, outra mais imaterial ou simbólica, ligada sobretudo à esfera da cultura e do conjunto de valores partilhados por um grupo social (Haesbaert e Limonad, 2007). No campo da saúde, o estudo da territorialidade deve ser valorizado, na medida em que se pretende compreender de que forma são construídos ambientes intangíveis que fazem materializar e consolidam (ou não) as políticas, comportamentos e relacionamentos, sejam eles quais forem, conferindo-lhes características próprias e indissociáveis (França, Mantovaneli Júnior e Sampaio, 2012). A identidade vinculada ao território é construída por subjetividades individuais e coletivas e, portanto, pode estar relacionada a grupos sociais ou ao pertencimento territorial (Chelotti, 2010).

Voltando o olhar para o território no âmbito da atualidade das políticas de saúde, entende-se, como Pereira e Barcellos (2006), que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF e se insere nas dinâmicas de poder, na medida em que a territorialização do PSF é uma tarefa que adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

São também nos territórios forjados, sejam eles dentro ou fora dos contextos da saúde, que as identidades masculinas regionais são produzidas e reproduzidas a partir de novos tempos sociais e de novas conjunturas políticas e econômicas. As complexas relações de poder reiteram masculinidades regionais e, por vezes, reforçam a ideia de um homem nordestino, composto por seus adjetivos particulares e seus modos de vida.

A tese de Albuquerque Júnior (2013) demonstra que na figura do homem nordestino se cruzam uma identidade regional e uma identidade de gênero e atualiza várias imagens e se diz por meio de diferentes enunciados. Em seu livro “Nordestino: invenção do falo”, o autor se atém às experiências de ser homem numa região do país onde ser masculino é um importante elemento da definição de uma identidade

regional. A masculinidade sendo um elemento constitutivo da identidade regional nordestina é fundamental na construção de uma figura homogênea e característica do que se chama “nordestino”. Assim, as experiências e vidas de homens numa região onde “ser macho” é um imperativo, podem ser um excelente ponto de partida para fazer a história dos homens, e compreender como se dá a história de produção de suas subjetividades, e seus desdobramentos no campo da saúde.

As problematizações dos estudos de gênero têm sido necessárias para a superação de preconceitos e estereótipos. A produção e reprodução de um homem nordestino macho com características rudes e rígidas, acaba por incidir num trabalho pedagógico que inscreve nos corpos o gênero e a sexualidade “legítimos” do nordeste. Não se espera encontrar nos cenários do sertão ou do litoral, nas elites ou nas classes populares do Nordeste, um homem⁷ que fuja a tais normas, pois pelas imagens recorrentes esse homem estereotipado vem sendo reproduzido em sua materialidade, associado à figura do cangaço, do coronel, do jagunço, do matador - figuras firmes e de masculinidades específicas (Albuquerque Júnior, 2013). O nordestino, produzido pelas culturas regionais, é cristalizado em torno dessa configuração, como se fosse uma unidade entre Nordeste e sertão. A identidade surge, neste âmbito, como efeito da repetição regular de imagens e enunciados compostos de signos eleitos por diferentes relações de poder para representar a região. Albuquerque Júnior (2013), analisando os diferentes enunciados e discursos constitutivos do homem nordestino alerta para a miscelânea teórica existente no material analisado em suas pesquisas historiográficas. A consolidação de uma identidade regional masculina se deu por meio da apropriação dos discursos eugênicos, biogeográficos e histórico-culturais vigentes no final do século XIX e início do século XX.

⁷ Mais adiante, a partir dos argumentos de Albuquerque Júnior (2013), serão apontados como atributos originalmente trazidos do homem sertanejo foi, em diferentes contextos, uma tendência que extrapolou esse contexto do sertão e vinculou uma identidade masculina genérica que aos poucos foi sendo introjetado como um elemento definidor de identidade para a toda a população desta área do país. Trata-se de um “pot-pourri” de atributos masculinos inicialmente heterogêneos que surge como uma reação viril à crise da masculinidade vivenciada pelas elites brasileiras. Contemporâneo a esse processo e influenciado pelas mesmas mudanças sociais, ocorreu nos Estados Unidos, a criação da figura do “cowboy”- vaqueiro americano, desbravador do oeste (Badinter, 1993).

O discurso eugênico defendia a ideia de que a constituição biológica do homem determinava suas características humanas, como comportamentos e valores. No discurso eugênico da masculinidade nordestina o homem deveria conhecer as leis fundamentais, imutáveis e inflexíveis da Biologia, para que uma vez por elas educado, soubesse dirigir sua vida de maneira a se tornar útil para a vida social. E nesse discurso também emergia a ideia de uma sub-raça originalmente brasileira, composta pela mestiçagem do europeu, negro africano e o indígena, pois no Nordeste não havia ainda a mestiçagem que supostamente estava desnacionalizando racialmente o Sul com os sangues exóticos das diferentes ondas de migração europeia.

Para o discurso de base biogeográfica as raças já não seriam o fator determinante da vida social, mas seriam produto do longo processo de adaptação do homem à natureza. Tal adaptação seria capaz de modificar características primitivas de um determinado grupo étnico, fortalecendo ou degradando suas tendências corporais e psicológicas, sejam elas construtivas ou destrutivas para a ordem social. A tendência biogeográfica do discurso sobre o homem nordestino parte da ideia homogeneizada do Nordeste como uma região marcada pela seca e aridez. Tais condições naturais seriam responsáveis pela constituição de um grupo étnico particular e de um homem com índole e caráter particulares; com tradições culturais distintas, fruto da convivência e adaptação com uma natureza áspera, árida, bruta e que lhe exigia uma constante batalha pela vida:

Esta natureza que também explicaria uma característica decisiva no nordestino, a de ser másculo, viril, macho. Só um macho poderia defrotar-se com uma natureza tão hostil, só com uma exagerada dose de virilidade se conseguiria sobreviver numa natureza adusta, ressequida, áspera, árida, rude; traços que se identificam com a própria masculinidade. Por isso até a mulher sertaneja seria masculinizada, pelo contato embrutecedor com um mundo hostil, que exigia valentia, destemor e resistência (...) os homens fracos, débeis, delicados, impotentes, frágeis, afeminados não teriam lugar numa terra assim, não sobreviveriam (Albuquerque Júnior, 2013, p. 172).

O discurso regionalista do nordestino apresentava um ecletismo teórico que cerceava as brechas que pudessem invalidar a tese regionalista do homem nordestino. Teorias histórico-culturais também eram lançadas tanto para adequar o debate às

vertentes de pensamento antropológicas, quanto para categorizar o nordestino como fruto de sua hereditariedade cultural. Nesse viés, para entender o homem nordestino, sua constituição física, sua psicologia e suas formas de comportamento, seus valores e atitudes, seria preciso conhecer a formação da cultura e a história do povoamento e do processo civilizatório no nordeste - espaço marcado por um clima de constantes conflitos entre colonos europeus e indígenas, entre os portugueses e os invasores de outras nações, entre o homem, os animais e a natureza hostil. A esse discurso também eram incorporadas ideias de que as três raças formadoras do homem nordestino também lhe deram as suas feições físicas e psicológicas.

No discurso histórico cultural, as lutas e conflitos entre grupos do no próprio Nordeste ou com a natureza do espaço geográfico, formaram este nordestino, fruto de uma história e uma sociedade violenta, que teria como uma de suas mais destacadas características subjetivas a valentia, a coragem pessoal e o destemor. Tal violência nos discursos analisados por Albuquerque Júnior (2013), relaciona-se com a necessidade de manutenção da honra. Dessa forma a honra seria um elemento de tradição cultural vinda desde os tempos coloniais e era um atributo que não poderia ser atacado por outro homem ou mulher.

Em síntese, segundo Albuquerque Júnior (2013), os enunciados sobre o homem do Nordeste sugerem que esse é um homem macho pela própria história da região, que teria exigido a sobrevivência dos mais fortes, dos mais valentes e dos mais corajosos. Embora os intelectuais que elaboraram este tipo regional, estivessem ligados às elites, foi no homem das camadas populares, principalmente do campo e do sertão, que se embasou o modelo típico de masculinidade a ser generalizado a todo sujeito da região. Os homens das elites decadentes vistos como homens moles e impotentes e os homens das novas elites burguesas - homens delicados e de punhos de renda, ou mesmo o morador pobre da cidade visto como efeminado por uma vida sem exercícios físicos duros e por uma vida que não era rústica, não serviam como modelo para o perfil de homem que se pretendia criar. Este novo modelo de homem deveria ser capaz de significar a resistência viril que atuasse contra a cultura moderna que supostamente descaracterizando a região Nordeste e submetendo-a às outras regiões do país (Albuquerque Júnior, 2013).

Para Ceballos (2000) e Albuquerque Júnior (2013), o nordestino, então, emerge historicamente como um conceito capaz de enfrentar e lidar com novos modelos de masculinidade. Um conceito criador de um estereótipo exageradamente masculino, conhecido em todo território brasileiro pela imagem do sertanejo ignorante, forte, bravo: o “cabra-macho”. E, *“desta forma, o habitante da região Nordeste ganhava uma identidade e passava também a identificar-se com a própria região”* (Ceballos, 2000, p.4). A figura do nordestino gestada na década de 1920 agenciou os diferentes tipos regionais ou tipos sociais desenhados com atributos masculinos marcados por uma vida rural e por uma sociabilidade tradicional. Seja por figuras de homens heroicos ou não, seja o sertanejo, o brejeiro, o praieiro, o jagunço, o coronel, o beato, o matuto ou senhor do engenho, todos esses tipos se relacionavam com as atividades econômicas e sociais atribuídas aos homens pelos códigos sociais vigentes à época.

A tipificação do nordestino nasce, portanto, do resgate de alguns desses tipos e da superação de outros, mas objetivava preservar a coragem, a valentia, o destemor e a macheza como atributos principais e reprimir as novas práticas sociais que escapavam à norma. Ao mesmo tempo em que o novo mundo urbano oferecia a possibilidade de produzir novas figuras de gênero, sobre o homem se abate uma maior vigilância, uma maior disciplina e uma busca desesperada de descrever tudo ao seu redor para não deixar nenhuma prática no anonimato. Nesse âmbito emerge uma nova ordem sobre o sexo e o gênero no qual o sexo e os papéis de gênero se tornam lugares de verdades sobre o indivíduo (Albuquerque Júnior, 2013, p. 209).

Esta forma tipificada de ser nordestino, segundo a tese de Albuquerque Júnior (2013), teria sido transmitida pela própria educação que era dada pelas famílias a seus filhos. Nessa família, a autoridade absoluta era o pai, que em torno de sua figura estava o poder, as expectativas e vontades. Este era um *pai “que para ser respeitado, para ser visto como homem de verdade, não podia voltar para casa afrontado”* (Albuquerque Júnior, 2013, p. 219). A faca ou o punhal, seriam representações imaginárias de um falo que busca resgatar a honra, portá-los então, seria uma atitude viril e furar o outro com essas armas seria a legítima demonstração de força e de

dominação – a faca faz o estrago no outro, deixando “seus bofes para fora”, expondo a vulnerabilidade de um corpo masculino derrotado.

É no cenário familiar e social que os códigos de gênero são apreendidos como aspectos naturais da vida cotidiana. Neste mesmo cenário que a onipotência masculina se expressava em atitudes que punham constantemente em risco a vida do próprio homem e a vida das outras pessoas.

Ainda que sejam ressaltadas as identidades masculinas hegemônicas de um homem nordestino, as trajetórias de praticar seu gênero masculino são variadas e compostas por confrontos e fluxos multidirecionais. Nesse sentido, é importante assumir que existe uma brecha entre o dizer o fazer, que inventa um cotidiano diferenciado daquele que os discursos enunciam como relativos ao homem nordestino (Albuquerque Júnior, 2013). Foi na reação ao mundo moderno, que embaralhava as fronteiras entre os gêneros, que estava feminizando a sociedade e a região e desvirilizando os homens que o homem nordestino é inventado e, ainda em certa medida, reproduzido nos dias de hoje. Para a manutenção da identidade masculina regional, o nordestino deveria atualizar as qualidades das antigas figuras masculinas para ser capaz de defender seus interesses e de seu povo, dentro e fora da região.

Estudar e compreender a emergência da figura masculina no Nordeste são tarefas de extrema importância para entender a história dos embates regionais no Brasil e também para desnaturalizar as figuras e os papéis de gênero para além do estereótipo de macho. Segundo Albuquerque Júnior (2013), desconstruir os discursos que inventam o falo e a virilidade como significante nuclear de uma forma de ser regional calcado em estereótipo de identidade regional, implica em questionar a própria legitimidade social que se arrasta até os dias atuais para a estrutura hierárquica e autoritária de gênero ainda dominante na sociedade nordestina. Esta legitimação da repulsa ao feminino se concretiza na vida social por meio do atos de violência contra o feminino e de desprezo, medo e ressentimento por tudo que ele representa (Albuquerque Júnior, 2013, p. 229).

GERAÇÕES, MASCULINIDADES E SAÚDE.

Eu entrava em um grande porão povoado por uma multidão anônima, densa e silenciosa; ao lado, havia um espaço de baile onde dançavam alguns casais. Cada casal era composto de um morto e de um vivo, e aparentemente nada poderia distingui-los. Eu era convidada a entrar na dança, e foi então que compreendi que a multidão era composta também de vivos e mortos. Os mortos esperavam que os vivos os fizessem dançar, os fizessem viver. Por que, então, eu fugiria ou me subtrairia dessa obrigação de dar vida aos mortos? À medida que eu procurava um caminho para achar a saída, a multidão tornava-se cada vez mais densa, os mortos encostavam-se em mim, tocavam-me o rosto, como se fossem cegos. Eu me sentia cada vez mais angustiada para fugir, o que se tornava mais e mais difícil. No fundo do porão, vi uma abertura luminosa que me indicava a saída, segui os raios de luz para encontrar o caminho em direção à claridade, ao ar livre, deixando morrer os mortos (Attias-Donfut, 1988, p. 244 apud Tomizaki, 2010).

Como exposto, ser homem implica constituições subjetivas alicerçadas nos modelos de masculinidade historicamente constituídas e vigentes. Contudo, a masculinidades, por serem uma construções culturais e históricas e por embasar subjetividades a partir de atributos coletivamente postulados, é produto e produtora de características geracionais. As investigações no campo geracional sustentam que fatores geracionais delineiam as trajetórias de vida tal como o Gênero e a Classe Social, pois formatam posições sociais que restringem, ampliam e conduzem à construção de experiências, escolhas e subjetividades. Em diferentes momentos etários e maturacionais a masculinidade pode representar formas distintas de acordo com papéis definidos quanto à idade cronológica e também quanto às subjetividades coletivas⁸ de um dado grupo etário ou geracional.

A questão das gerações tem despertado o interesse dos debates nas ciências humanas, se destacando nesse campo as discussões acerca da juventude e da terceira

⁸ Para Domingues (1996; 2002), a subjetividade coletiva incluir diversas formas de agrupamentos sociais formados a partir do que se apresenta em uma sociedade em termos de categorias e relações de proximidade geográfica e ideológica.

idade. Diversos critérios são utilizados para abordar a infância, a juventude, a maturidade e a velhice. No entanto, toda essa ontogênese implica em processos de desenvolvimento do indivíduo, sendo essa progressão em grande parte uma construção social embasada em padrões normativos (Domingues, 2002). Tais padrões normativos estão no cerne do que é socialmente definido como atributos sexuais e gênero.

Almeja-se não resvalar em uma concepção leiga das estruturas culturais que configuram o gênero e as masculinidades, tampouco em um raso entendimento acerca do que compreende as relações geracionais. Nesta direção, o presente estudo emprega a conceituação de geração descrita por Domingues (2002) na qual são sintetizadas as contribuições de Karl Mannheim (Mannheim, 1982; 1993), Schmucl Eisenstadt (1976) e David Kertzer (1982 apud Domingues, 2002).

Tem-se aqui o objetivo de analisar os diferenciais geracionais relativos às representações sobre saúde, adoecimento e cuidado, bem como ao uso de serviços de saúde teremos que abordar, portanto, as subjetividades compartilhadas por uma coletividade. Para pensar estas subjetividades, partir-se-á da articulação de subjetividades coletivas apresentada por Domingues (1996), o qual a define como algo fluido e sob permanente pressão, interna e externa, que na interação das diversas coletividades geracionais ou não, iram ser conformadas sob a influência de diferentes dimensões, sejam elas normativas, cognitivas, expressivas ou materiais. Para Domingues (1996) subjetividade coletiva pode incluir diversas formas de agrupamentos sociais, que variam segundo o nível ou grau de centramento. Os agrupamentos com menor nível de centramento são as *redes*, seguidas pelas *categorias*: classes sociais, gênero e raças ou grupos étnicos; os *grupos*: comunidade de vizinhança e família, encontros, movimentos sociais, organizações e, finalmente, *sociedades*. Subjetividade coletiva aparece, portanto, como uma categoria suficientemente abrangente para poder incluir coletividades de diferentes ordens.

Quando houver referência aos homens, sujeito masculino, como objeto de análise, deverão ser considerados como sujeitos pertencentes a diferentes contextos e subjetividades. Assumindo isto, resgatamos o argumento de Mannheim (1982; 1993),

pois segundo ele, existe uma analogia entre a *situação de Classe* e a *situação de Geração*, pois estar nestas situações implicaria obrigatoriamente estar vinculado a determinações culturais e sócio-históricas específicas e capazes de constituir modos de pensar e agir diversificados. E como se sabe tais subjetividades produzem modos de lidar com a saúde. Da mesma forma que as classes sociais se apropriam de certos bens culturais típicos de sua realidade, os indivíduos de gerações diferentes também concebem e representam o mundo e seus acontecimentos de maneira peculiar, desenvolvendo um modo próprio de atuação na sociedade (Mannheim, 1993).

Segundo Attias-Donfut (Attias-Donfut, 1988), os primeiros estudos nas ciências humanas que tematizaram a relação entre diferentes gerações datam do século XIX e estão fortemente ligados à história, que, então, entendia a noção de Geração como um instrumento metodológico para medir o tempo histórico e compreender seus movimentos. Entretanto, no início do século XX, foram elaborados ensaios teóricos que, definitivamente, introduziram o conceito de Geração nas Ciências Sociais.

De forma simultânea e correlata com as relações de classe, gênero e as gerações informam de forma permanente ou circunstancial a forma como os seres humanos lidam com os fenômenos humanos e com a natureza (Domingues, 2002). Atualmente, a questão das gerações tem despertado o interesse dos debates nas diferentes ciências humanas, destacando-se, nesse campo, as discussões acerca da juventude e da terceira idade. Diversos critérios são utilizados para abordar a infância, a juventude, a maturidade e a velhice e toda essa ontogênese implica processos de socialização e desenvolvimento do indivíduo, sendo tais processos uma construção social embasada em padrões normativos (Domingues, 2002).

Advoga-se que ao estarem estreitamente vinculados às condições de saúde de um povo, os fatores geracionais são parte dos multideterminantes no processo saúde e adoecimento. Entretanto os estudos sobre Geração, dentro e fora do campo da saúde, parecem apresentar uma debilidade tal como indicado por Tomizaki (2010): *“a noção de Geração sofre um problema crônico de imprecisão conceitual, sendo utilizada, muitas vezes, de maneira excessivamente fluida e perigosamente influenciada pelo uso cotidiano”* (Tomizaki, 2010).

Ser homem ou mulher implica constituições subjetivas alicerçadas nos modelos de masculinidade e feminilidades vigentes. Por ser uma construção cultural e histórica e por embasar subjetividades a partir de atributos coletivamente postulados, masculinidades e feminilidades são produtos e produtoras de características geracionais. Em diferentes momentos etários e maturacionais as relações de gênero podem representar formas distintas de acordo com atributos definidos quanto à idade cronológica e também quanto às subjetividades coletivas de um dado grupo etário ou geracional. Por sua vez as mudanças no espaço social, nas políticas públicas e nos serviços de saúde podem resultar em distintas repercussões entre o uso dos serviços de saúde e autocuidado de homens e mulheres.

No processo de elaboração e desenvolvimento do arcabouço teórico que sustenta esta tese, diferentes levantamentos foram realizados com o objetivo de verificar a produção científica no campo da saúde objetivadas na análise da categoria Geração e suas categorias empíricas: infância, juventude, maturidade e velhice. O percurso analítico do referencial teórico e empírico teve início com a busca de artigos completos de pesquisas desenvolvidas por brasileiros, e no Brasil, publicados no período de 2001 a 2011, indexados no portal de Ciências da Saúde em Geral da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e que abordassem questões geracionais e sua relação com o gênero nas pesquisas no campo da saúde. Esta pesquisa⁹ de fundamentação teórica resultou na conclusão de que, especialmente no campo da saúde, os artigos publicados apresentam um esvaziamento teórico da categoria Geração. Importante destacar que o mesmo não ocorre de forma tão recorrente com a categoria Gênero. Isto porque provavelmente a influência dos estudos de Gênero tenham tido maior divulgação e influenciado diferentes campos de pesquisa no cenário brasileiro.

Determinou-se ser relevante citar este levantamento, pois ele parece indicar que no campo da saúde, os pesquisadores podem compreender tais categorias como auto explicativas e naturalizadas quando na realidade não são. Mesmo existindo um extenso referencial teórico que conceitua Geração, infância, juventude e velhice, no

⁹ Os resultados oriundos desta pesquisa foram organizados em um artigo de revisão crítica de literatura ainda não publicado sob o título: “Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil” (Costa-Junior e Couto, 2014).

campo da saúde, o maior volume de estudos apenas se referem a tais categorias nominalmente e poucas vezes há um embasamento teórico e conceitual que promova o debate aprofundado sobre os fatores socioculturais de tais contextos.

Os resultados deste esvaziamento teórico da categoria Geração e suas categorias empíricas, podem gerar equívocos impedindo que novos conhecimentos promovam a transformação dos contextos e realidades estudadas. Uma vez que o conceito de Geração é utilizado de diferentes formas, isto pode produzir dificuldades na continuidade de estudos e análises sociais, pois, tal como apontam Edmunds e Turner (2002), o termo geração tem sido utilizado ora para se referir à posição de parentesco e ora à coortes de idade/nascimento. Também é utilizado como sinônimo de etapa de vida ou para assinalar um período histórico, ou seja, uma geração cultural (Edmunds e Turner, 2002).

Segundo os argumentos de Edmunds e Turner (2002), há uma noção de senso comum sobre geração e esta visa apenas compreender superficialmente as mudanças sociais que ocorrem de tempos em tempos. Ainda que se reconheça como legítimo e necessário, o conceito de Geração tem sido negligenciado como princípio analítico na sociologia. Mesmo que se reconheça as suas contribuições, o conceito de Geração não se desenvolveu como uma ferramenta importante nas análises sociológicas.

Edmunds e Turner (2002) apontam que nas últimas décadas foram mais presentes os debates acerca do impacto das mudanças demográficas nos países desenvolvidos. Desde os anos 80, a ênfase tradicional da sociologia tem mudado e novas questões estão surgindo pela erosão de categorias antigamente dominantes nos estudos deste campo. Estas discussões estão centradas na ideia de contrato intergeracional que por sua vez é baseado na ideia de reciprocidade. Neste ponto, a noção de que os jovens e as pessoas de meia idade dão suporte aos velhos, podendo ser recompensados quando estiverem se tornando velhos. Jens Qvortrup (2011) defende a tese de que a reciprocidade intergeracional se tornou obscura dentro da sociedade moderna pois as relações que antes eram determinadas por relações de parentesco ou comunitárias, agora é mediada pelas transações econômicas, o qual chamamos de sistema de contribuição previdenciária (Qvortrup, 2011).

Com o intuito de não resvalar em uma concepção vazia das estruturas e relações geracionais o presente estudo emprega a conceituação de Geração a partir das contribuições de autores que primeiro sistematizaram o conceito: Karl Mannheim (1982; 1993), Schmucl Eisenstadt (1976); e de pesquisadores brasileiros que atualmente discutem o tema (Domingues, 2002; Weller, 2007; Tomizaki, 2010; Weller, 2010).

Segundo Mannheim¹⁰ (1993), o fenômeno geracional deveria ser concebido como um tipo particular de situação social, e, portanto, somente a abordagem sócio-antropológica poderia dar conta de interpretá-lo em sua complexidade. Para ser configurada como uma Geração os sujeitos de um dado tempo histórico e social devem compartilhar entre si suas experiências.

Em termos epistemológicos Geração pode ser definida como coortes de indivíduos nascidos em um dado momento. Entretanto, tais coortes são estabelecidos demograficamente e também pelas experiências que afetam um grupo de pessoas nascidas em um momento particular. Envolvem conjuntos de destinos, experiências sociais e vivências comuns em constante interação com outras gerações. Segundo Domingues (2002) a experiência social se obtém segundo o uso coletivo de signos e linguagens e se concretiza por meio dos discursos com os quais as gerações se identificam e se localizam no processo histórico e entre estes discursos temos aqueles relacionados ao gênero e aqueles que habitam o campo da saúde.

São as experiências compartilhadas que guiam à formação de grupos concretos variados. E, por sua vez, a socialização como o processo que permeia a relação entre as novas e antigas gerações irá ser a responsável pela transmissão ou mudanças das dimensões concretas e simbólicas do social (Tomizaki, 2010).

¹⁰ É importante ressaltar que Mannheim escreveu seu ensaio antes do crescimento do processo de globalização moderno, e em um momento histórico no qual a possibilidade de comunicação entre gerações de diferentes nações era bastante limitada. Apesar disto seus pressupostos podem ainda ser relevantes para o estudo de questões geracionais que envolvam um contexto cultural mais isolado nos quais ainda exista um predomínio de relações proximais com a cultura de uma comunidade (Edmunds e Turner, 2002).

Nesse sentido, a Geração se estabelece a partir do momento em que experiências e laços comuns emergem, tecendo intenções básicas e princípios de construção denominados de “vínculos geracionais”. Os grupos concretos por sua vez fundam-se pelas “unidades de Geração” que compartilham conteúdos concretos específicos e são formadas por laços mais estreitos podendo ou não estar em contradição com outras unidades geracionais (Domingues, 2002). Muito embora em uma unidade geracional os indivíduos compartilhem experiências, estes podem não se perceberem como um grupo concreto (Mannheim, 1982; 1993; Weller, 2007).

Partindo de diferentes leituras acerca do conceito de Geração, agrupam-se aqui duas abordagens teóricas que definem Geração em duas propostas distintas e possivelmente complementares. Ambas as abordagens entendem que idade, geração e grupos etários são constituídos como fenômenos socioculturais e que não se limitam aos determinantes biológicos.

A primeira abordagem se refere à Geração como coletividades homogêneas nas quais as diferentes individualidades não são percebidas. Na sociologia do envelhecimento, por exemplo, a categoria Geração é tida como um recorte horizontal dentro estrutura do envelhecimento. Nesta abordagem, o envelhecimento da população é entendido essencialmente em duas dimensões, a saber, o envelhecimento dos indivíduos nas sucessivas coortes e a mudança na estrutura etária da sociedade (Edmunds e Turner, 2002). Trata-se portanto da progressão gradual e o desabrochar do poder dentro de grupos etários.

Ainda na primeira abordagem, pode-se dizer que Geração aparece como forma de nomear características específicas de uma história social ou mudança social. Os estudos que representam este viés de análise buscaram mapear o impacto nas gerações que viveram no pós-guerra ou as transformações ocorridas como consequência da geração denominada “Baby boomers”. Dois exemplos relevantes dentro desta abordagem é o estudo sobre sociologia da juventude de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1983) e a obra de Eisenstadt (1976), sob o título “De geração a geração”. Nesta obra, o autor parte da homogeneidade de grupos etários e adota uma perspectiva funcionalista para estudar como a cultura é transmitida dentro destes grupos.

Eisenstadt (1976) objetivou analisar os fenômenos sociais conhecidos como grupos etários e averiguar se é possível especificar as condições sociais sob as quais surgem ou os tipos de sociedades nas quais ocorrem. Em sua tese principal advoga que a existência de grupos não é fortuita nem casual uma vez que tais grupos surgem e existem somente sob condições sociais muito específicas e possui uma conotação totalmente ideológica. Para Eisenstadt, uma definição cultural de uma faixa etária ou de uma gama de idades não é meramente uma categoria classificatória, mas é

(...) sempre uma ampla definição de potencialidade e obrigações humanas numa dada fase da vida. Não é uma prescrição ou expectativa de um papel detalhado, mas de disposições gerais, básicas, no sentido das quais podem ser constituídos papéis mais específicos e às quais eles podem ser atribuídos (Eisenstadt, 1976. p. 2).

Outra característica básica em Eisenstadt refere-se ao fato de que as expectativas dos papéis em graus etários sempre se constituem como parte de uma série. Ou seja, as características de um grau etário somente podem ser totalmente compreendidas na relação com as características de outros graus etários. Somente quando considerados conjuntamente é que constituem um mapeamento total das possibilidades humanas e potenciais da vida.

Assim, o grande diferencial desta abordagem é que ela parte de exigências ou “pré-condições” universais para com a vida social: a) a plasticidade da natureza humana; b) as exigências da socialização e do aprendizado; e c) as alterações da mortalidade e da população no sistema social.

A plasticidade da natureza humana possibilita a transmissão da herança cultural uma vez que o comportamento humano não é determinado por hereditariedade, mas que a herança biológica é moldada de tal forma que só pode tornar-se efetiva através do aprendizado e da aquisição de padrões de comportamento. É amplamente conhecido o fato de que mesmo os processos maturacionais são amplamente determinados pela interação constante e da aprendizagem na relação com o ambiente social.

O processo de aprendizagem, por sua vez, é entendido como algo dinâmico e não como processo mecânico. É por meio da aprendizagem que o indivíduo adquire

características de personalidade distintas e a socialização se efetua através do vínculo da criança com os adultos significativos e a natureza desta ligação social difusa e generalizada é que a criança desenvolve predisposições para o desempenho de papéis primários. A criança deve, necessariamente, aprender seu comportamento segundo o comportamento de um determinado adulto e neste relacionamento criança-adulto, as diferenças de idade são necessariamente acentuadas e enfatizadas como justificação e explicação das exigências feitas pelo adulto à criança (Eisenstadt, 1976).

Para Eisenstadt (1976), a ênfase dada à diferença entre fases etárias permite que os sujeitos se tornem adultos e a identificação da criança com o adulto só pode ser mantida se a criança se vê numa relação significativa com o adulto. O processo de socialização e aprendizagem compreende, necessariamente, um elemento normativo e de avaliação das exigências feitas à criança durante seu desenvolvimento. Estas exigências da vida social visam garantir condições para a perpetuação de sua estrutura, normas e valores mesmo diante das mudanças forçadas na dinâmica entre morte, nascimentos e mudanças no cenário social.

Nesse sentido, a trajetória de um indivíduo nos diferentes estágios etários não seria algo particular, mas que diz respeito a todo o sistema social. Isso porque haveria sempre os perigos em potencial da descontinuidade e ruptura no processo de transmissão de uma herança cultural. Segundo Eisenstadt (1976), em todos os momentos da vida, o indivíduo não só desempenha determinados papéis e interage com outras pessoas, mas é também obrigado a garantir, por seu desempenho, um certo grau de continuidade do sistema social.

A segunda proposta descreve a Geração como coletividades heterogêneas e plurais, nas quais a Geração é descentralizada e interage com outras gerações sem deixar de lado seu substrato material e biológico. Nesse ponto de vista, as coletividades geracionais interagem umas às outras ocasionando transformações contínuas na vida social.

Karl Mannheim (1993), em seu ensaio “O problema das gerações” originalmente publicado em 1928, abre sua análise apontando que historicamente se consolidou duas linhas epistemológicas da análise das questões geracionais. A

primeira, positivista, comum entre os teóricos franceses, e de ideais quantitativos, busca captar dados básicos e lineares da cronologia geracional, enquanto a segunda, histórico-romântica, de tradição alemã, procede qualitativamente e renuncia dados matemáticos e interioriza o problema de análise em um tempo interior não mensurável puramente apreendido por meios qualitativos de investigação.

Do ponto de vista de Mannheim, o caminho positivista subjuga o problema das gerações uma vez parte da noção de vida e morte e de intervalos determinados compondo a dinâmica geracional. Negligencia, por isto, as relações particulares que condicionam a dinâmica geracional. Essa mediação volta-se para análises que visam debater a continuação política e se apoia na ideia de duração, continuidade e sucessão de gerações. Mannheim criticou esta perspectiva, pois a considerava insuficiente para explicar as mudanças sociais que derivam da condição geracional e de seu ponto de vista, cada geração produz desfechos únicos que não podem ser deduzidas por fatos naturais e estatísticos.

A proposta histórico-romântica¹¹, sobremaneira busca contrapor-se frente a linearidade e ao fluxo temporal da história para pensar a dinâmica geracional. Este viés se aporta na noção de contemporaneidade – influências similares que um grupo de pessoas nascidas num dado espaço de tempo compartilham e por sua vez influenciam a história das faculdades intelectuais de uma dada geração. Para Mannheim, da análise quantitativa, nasce um problema qualitativo que é vivencial, nesse sentido, a distância entre gerações se transforma em um tempo interior vivenciável e a contemporaneidade da geração em um ser interior identicamente determinado. Este tempo interior, uma vez sendo um tempo vivencial, possui varias dimensões que são acessadas a partir da diversidade e dos atributos presentes em cada um dos extratos geracionais.

¹¹ Mannheim (1973) considera o Romantismo como a expressão dos descontentes, daqueles que após a revolução democrático-burguesa ficaram à margem da sociedade. O Romantismo Alemão surge num contexto de resistência a tradição clássica de ciência e é considerado uma insurreição da pequena burguesia contra o absolutismo dos dogmas da tradição clássica. Tal movimento se originou na confluência de vertentes vinculadas a diferentes tradições nacionais tendo como base a crítica ao modo excessivamente racionalista e materialista de conceber o homem e o mundo. Duas principais vertentes estão no movimento romântico alemão: uma revolucionária, que buscará a intervenção direta na vida social, na tentativa de transformar o modelo burguês; outra reacionária, que voltará seus olhos para o passado, nostálgicos pelo período de segurança e estabilidade político-religiosa (Gomes e Vechi, 1992).

Partindo da noção de Geração como um tempo interior particular vivido na dinâmica com o tempo cronológico e com pessoas de idades distintas, a contemporaneidade ou o “ser contemporâneo” podem ser definidos como a condição de pessoas que vivem o mesmo tempo histórico-social e, por isso, estão sujeitas a determinadas influências comuns. Porém, este não é um mero dado cronológico na medida em que a coincidência de viver numa dada época, não é suficiente para determinar trajetórias de grupos e indivíduos (Mannheim, 1993; Tavares, 2008).

O conceito de tempo inspirado de Dilthey e Pinder leva Mannheim ao entendimento de que contemporaneidade é uma condição subjetiva e a “não contemporaneidade dos contemporâneos” sintetiza a ideia de geração como um tempo privado e individual. Trata-se de uma percepção que pode ser plenamente diferente aos outros que também ocupam o mesmo tempo cronológico (Mannheim, 1993) e não é somente a sucessão de uma geração que cobra um sentido mais profundo do que o meramente cronológico, mas também o fenômeno da “contemporaneidade” ou “simultaneidade” (Mannheim, 1968; Mannheim, 1982; 1993).

Esse conjunto de tempos vivenciais distintos, compartilhados ou não entre grupos geracionais e as contingências sociais às quais os sujeitos estão expostos, produzem fricções e influências sobre uma geração e, sobretudo, irradiam também uma força criadora e constitutiva da enteléquia de uma mesma geração (Mannheim, 1993). A enteléquia se refere aos objetivos internos ou metas íntimas que estão relacionadas ao “espírito do tempo” (“Zeitgeist”) de uma determinada época. A noção de “não-contemporaneidade dos contemporâneos” e a “enteléquia social” são categorias centrais a partir das quais Mannheim desenvolve as estruturas constitutivas de sua análise sociológica sobre a dinâmica das gerações. Tais estruturas dividem o conceito de geração e formulam um modelo de especificação progressiva entendida como: POSIÇÃO/SITUAÇÃO GERACIONAL – CONEXÃO GERACIONAL – UNIDADE GERACIONAL.

A *posição geracional* é definida como a potencialidade de poder adquirir experiências comuns e acumulá-las de forma compartilhada com um grupo de indivíduos. Na posição está implícita a ideia na qual as condições para a vivência de

um conjunto de experiências comuns já estão dadas e, se os indivíduos irão ou não fazer uso desta potencialidade dependerá de outros fatores sociais tais como classe social, gênero, etnia etc. Já a *conexão geracional* apresenta características mais determinantes do que a posição geracional, pois pressupõe um vínculo concreto que vai além da simples potencialidade circunscrita a uma determinada unidade temporal e histórico-social. A conexão geracional implica em uma participação efetiva na prática coletiva, seja ela concreta ou virtual. É, portanto, uma forma de agir coletivo compartilhado por aqueles que ocupam a mesma posição geracional

As *unidades geracionais* não são formadas por uma estrutura organizacional visível e sim, por *conexões geracionais* diversas que se formam por meio de algo de caráter específico. Não precisam conter algo objetivo tampouco um fator consciente entre os indivíduos e tem em sua base de formação as conexões geracionais. As unidades geracionais constituem uma adesão mais concreta em relação às adesões estabelecidas pela conexão geracional na qual os indivíduos que a integram desenvolvem perspectivas, reações e posições políticas diferentes em relação a um mesmo problema. A forma como grupos de uma mesma conexão geracional lidam com os fatos históricos vividos por sua geração, fará surgir distintas unidades geracionais no âmbito da mesma conexão geracional.

Ocasionalmente, as unidades geracionais podem consistir em uma adesão voltada para a criação de *grupos concretos*, preocupados em constituir uma coesão social. Neste caso os laços de proximidade de unidade correspondem a todas as formações comunitárias, como a família, a tribo etc. e se tratam de laços voluntários correspondentes a formações associativas nas quais os indivíduos se percebem com um grupo concreto (Mannheim, 1993). Portanto, quando estes laços unem os indivíduos a um grupo, este é denominado de *grupos concretos*. Importante destacar aqui que o propósito de Mannheim na formulação da ideia de conexão e unidade geracional visa romper com a noção de uma unidade de geração concreta e coesa e instiga a centrarmos a análise naquilo que ele define como intenções primárias documentadas nas ações e expressões de determinados grupos. Portanto isto implica em uma proposta de análise multidimensional das relações sociais e geracionais.

Aqui a situação de classe possui o mesmo princípio formador que a conexão geracional, porém a primeira é de uma natureza concreta e a segunda não. Assim, esta conexão geracional, como um tipo específico de posição social não concreta, depende da afinidade da posição na qual um indivíduo se encontra dentro da vida sócio-histórica. A situação de classe e a situação geracional, apresentam aspectos similares devido a posição específica ocupada pelos indivíduos no âmbito sócio-histórico e gera uma modalidade específica de viver e pensar sobre a forma como os membros interferem no processo histórico.

Mannheim propõe uma ampliação da análise da *situação geracional* por meio de um exercício analítico no qual cinco elementos que distinguem uma sociedade marcada por mudança geracionais e caracterizam as gerações como processos dinâmicos e interativos. Estes cinco elementos são: 1) a constante irrupção de novos portadores de cultura; 2) a saída constante dos antigos portadores de cultura; 3) a limitação temporal da participação de uma conexão geracional no processo histórico; 4) a necessidade de transmissão constante de bens culturais acumulados; 5) o caráter contínuo das mudanças geracionais (Mannheim, 1993).

A *constante irrupção de novos portadores de cultura* é um fenômeno relevante para a análise das gerações, pois é responsável pela vitalidade e dinamicidade das sociedades. E, embora a sucessão de gerações implique perdas de bens culturais acumulados, ela permite a revisão do que está disponível: ensina a esquecer o que não é mais útil e gera a pretensão para aquilo que ainda não foi conquistado. A *saída dos antigos portadores de cultura* também possui seu papel nesta dinamicidade na medida em que sucinta a memória social, tão importante quanto o esquecimento daquilo que deixou de ser significativo ou necessário à cultura. Esta memória social apresenta duas modalidades através das quais as vivências passadas se fazem presentes. A primeira é como “modelos conscientes” e operacionais que orientam as ações e as condutas em sociedade e a segunda ocorre de forma “inconscientemente comprimida” e virtual por se tratar de uma ferramenta condensadora de todas essas experiências. A segunda modalidade se trata de um conhecimento implícito acumulado, pelo qual as memórias passadas emergem por meio de sentimentalidades envolvidas nas novas experiências (Mannheim, 1993).

O terceiro aspecto relativo à *limitação temporal da participação de uma conexão geracional no processo histórico* analisa as características geradoras da posição geracional daqueles nascidos em um mesmo tempo cronológico. Para Mannheim, não basta ter nascido em uma mesma época, ser jovem, adulto ou velho nesse período. O que irá caracterizar uma posição geracional é a potencialidade ou possibilidade de presenciar os mesmos acontecimentos e vivenciar experiências semelhantes e sobretudo processar esses acontecimentos e experiências de forma também semelhante. O mero fato de pertencer a um mesmo grupo etário não determina por si só a orientação total de várias pessoas. Em outras palavras, o que pretende destacar é que não haverá nada de comum a uma geração se as pessoas não compartilharem de uma mesma cultura, viverem em uma mesma comunidade e processarem os acontecimentos de forma semelhante (Mannheim, 1993).

E, mesmo dentro de uma mesma comunidade histórica, o mesmo grupo etário pode ser dividido em vários subgrupos definidos, por exemplo, pelas situações de classe, gênero, etnia etc. Estes vários grupos etários podem polarizar-se em unidades de geração antagônicas à tendência dominante que está por trás de generalizações feitas a partir de uma noção de geração homogênea. Toda generalização, por sua vez, exclui uma gama de outros jovens que na sua época não compartilharam dos mesmos modos de pensamento e comportamento, ou seja - a não contemporaneidade para com seus contemporâneos. Na cultura contemporânea, os meios de comunicação modernos apresentam um papel importante na construção destas semelhanças e portanto são um elemento cultural que pode colocar os sujeitos em uma mesma posição geracional (Mannheim, 1993).

A *necessidade de transmissão constante dos bens culturais acumulados e o caráter contínuo das mudanças geracionais* remetem a necessária interação entre as gerações para que exista uma tensão e troca de papéis nas posições geracionais. Esta complexa interação permite que o conhecimento implícito acumulado seja transmitido de geração para geração com suas devidas releituras e reinterpretações (Mannheim, 1993). Nessa perspectiva, os estudos geracionais, devem ser estudos sobre a “*dinâmica das gerações*”, entendida como o processo de ação de umas gerações sobre as outras, que se desenrola no curso de um dado período (Attias-

Donfut e Lapierre, 1994; Tomizaki, 2010). Cada geração herda um repertório cultural, porém, este nunca pode ser absorvido completamente em virtude de a experiência ser vivida diferencialmente, e consequentemente, imprimir sentidos diferentes, dependendo se são vivenciados em uma base de experiência já consolidada ou não. Por este fator, Mannheim ressalta a importância do “*contato original*” dos indivíduos que nascem e que vão adquirindo suas primeiras experiências de vida (Mannheim, 1993).

Segundo Mannheim, o contato original é uma das forças de renovação cultural da sociedade, pois remete às formas como os indivíduos reagem em contato com o novo, seja em função de uma mudança social, ou, no caso das gerações, em função da constante renovação na composição dos grupos sociais, com a saída de e entrada de novos componentes do grupo. No contato original são avaliados e reavaliados os repertórios de ideias, atitudes e comportamentos das tradições culturais vigentes em uma sociedade, possibilitando a inovação das práticas sociais. A seleção do que é mais ou menos significativo da herança cultural para formar um novo inventário de práticas sociais é realizada predominantemente pelo inconsciente do que pelo consciente racional. Esse processo é também fruto das socializações primárias que são incorporadas pelos indivíduos, principalmente da infância a juventude (Mannheim, 1993).

Assim, há que se considerar também, nos estudos geracionais, a conjuntura histórica do período no qual se inscrevem as gerações assumidas como objeto de estudo. Se o pesquisador não tiver clareza das possibilidades e coerções socioculturais impostas ao grupo estudado, em função do período histórico no qual ele se formou e se desenvolveu como conjunto geracional, tampouco lhe será possível compreender adequadamente os outros condicionantes da situação de Geração: idade, situação de classe, experiências comuns e as relações intergeracionais (Tomizaki, 2010).

Com a finalidade de conceituar de forma ampla e sintética, e lançando mão de diferentes vieses, Domingues (2002) define o conceito de Geração a partir de três conjuntos de variáveis analíticas: 1) a família e as relações de parentesco condizentes a estrutura básica da família nuclear; 2) as coortes, grupos de pessoas nascidas em

momentos próximos e que atravessam estágios sucessivos ao mesmo tempo (neste caso esta variável implica em outros três elementos: a idade biológica, a idade cronológica e os estágios de maturação); 3) as experiências vividas, e reflexamente mediadas, dos grupos indivíduos e coletividades. Como já abordamos anteriormente, agregado a estas três variáveis está o fato de que uma geração não se define isoladamente pois é na interação com as outras gerações que cada uma delas delinea sua identidade e contribui para a produção de outras.

Em posição complementar, Tomizaki (2010) apresenta os aspectos fundamentais que devem compor o quadro de análise dos conjuntos geracionais: (1) idade; (2) situação de classe; (3) experiências comuns (concretas ou simbólicas); (4) relação com outras gerações (sucessoras ou antecessoras); (5) conjuntura histórica (social, econômica e política) na qual se inscrevem as gerações; (6) família/relações de parentesco.

As analíticas propostas por Domingues (2002) e Tomizaki (2010) parecem complementares e coerentes para o estudo desta categoria e enfatizam duas dimensões fundamentais do fenômeno geracional: *idade* e *situação de classe*. Segundo estes autores, todo e qualquer estudo que se proponha a analisar as práticas, percepções e discursos de um dado grupo social em uma perspectiva geracional precisa, necessariamente, partir da composição dessas duas primeiras variáveis. Além disso, esses autores ressaltam, tal como Mannheim (1993) e Eisenstadt (1976) que idade e situação de classe só farão sentido na compreensão de uma Geração na medida em que puderem ser relacionadas a um *conjunto significativo de experiências compartilhadas* pelos membros do grupo estudado. Assim, somente a conjugação desses três elementos (idade, situação de classe e experiências comuns) pode revelar, de modo preciso e refinado, as características de uma geração.

Avaliando as metodologias para se analisar as gerações, Jaide (1968) apresenta as dificuldades para estudar comparativamente gerações, pois a produção de dados fidedignos a partir de mesma metodologia pode parecer inviável em longos períodos que transcorrem entre a geração passada e a atual. Para Jaide (1968), o desejo de caracterizar um grupo populacional, sem selecioná-lo nem classificá-lo, reproduz tentativas incertas de uma caracterização universal de povos, raças ou

estilos de uma época, pois é quase impossível apontar afirmativas monotípicas compreensíveis e perfiladas sobre características de um povo. Defende que não se pode alcançar a imagem de uma geração que abrange simultaneamente todos os contemporâneos vivos de uma comunidade. A rigor é possível medir cada geração consigo mesma, segundo a extensão que alcançou, assimilou e utilizou as possibilidades latentes de seu tempo (Jaide, 1968).

Segundo Jaide (1968), não se pode pôr as circunstâncias da época no lugar da mentalidade de uma geração – a série divergente e ambígua de possibilidades do seu tempo constitui-se mais em ambiente, adversidade, chance, estímulo para o desenvolvimento de uma geração jovem, do que em força motriz única. Conclui que uma geração não é simplesmente um rebanho com certa tendência, mas é uma coletividade na qual existem tendências muito diversas e até claramente opostas. Misturar diferentes tendências em um mesmo rótulo que denomina o espírito de uma geração pode ser imprudência, pois para este autor, as práticas que rotulam gerações apenas designam um padrão forjado e não as tendências que se formam nas coletividades que compõem uma geração.

No contexto brasileiro, é notável o maior interesse investigativo acerca da juventude e da velhice. A maturidade, ou o período que compreende a fase adulta pouco, aparece como temática de estudos¹². No campo dos estudos das ciências humanas que abordam fatores geracionais, e aqui também incluem-se os que versam sobre as categorias empíricas da geração (infância, juventude, velhice e maturidade), é possível notar uma clara preocupação em delimitar a abordagem conceitual que respalda o que cada estudo entende como tal categoria. Aqueles que abordam as juventudes, por exemplo, estão comprometidos com as discussões que buscam desconstruir estereótipos da juventude e trazê-la para um campo não essencialista. A pesquisa de Longui (2008), a qual traz análises de um contexto de juventudes próximas a desta pesquisa, apresenta um diálogo entre estudos quantitativos e qualitativos das juventudes brasileiras e em sequência se aprofunda nas questões locais do seu campo de estudo: trajetórias de jovens residentes em bairro popular do

¹² Este dado se refere aos achados do artigo de revisão crítica de literatura ainda não publicado: “Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil” (Costa-Junior e Couto, 2014).

Recife. Nesta pesquisa Longui (2008) apresenta um diálogo comprometido entre os cenários nacionais amplos e os cenários locais e suas especificidades que coadunam no reconhecimento e na consideração vivida por estes jovens (Longui, 2008).

No âmbito da abordagem à velhice, considera-se relevante o trabalho de Rodrigues Andrade e Franch (2012), no qual o foco é a sexualidade. Neste trabalho, é possível encontrar a preocupação teórica acerca do que se entende como velhice e seus condicionantes sociais. Ou seja, a velhice não é tida como um aspecto isolado de outras dimensões sociais (Rodrigues Andrade e Franch, 2012).

Outro argumento de destaque está no fato de os próprios estudos de gênero e masculinidades apontarem que as posições geracionais são conformadoras na construção das subjetividades. Contudo, há uma dimensão pouco explorada e quando é apresentada se remete a um ou outro grupo etário: hora representada na juventude, hora na velhice, sejam nos diálogos articulados com classe social, gênero, violência, sexualidade, processos de saúde-adoecimento etc. Pode-se perceber um certo hiato que ainda existe em muitos estudos que almejam analisar as subjetividades coletivas dentro de um grupo geracional (Rodrigues Andrade e Franch, 2012).

A idade, entretanto, como reconhecem as ciências humanas, é um componente bio-sócio-histórico estruturador na organização das sociedades, inclusive com definição simbólica forte, e as gerações são parte essencial da dinâmica coletiva que as impele ou lhes imprime continuidade social; ambas as esferas realizadoras ou participantes das relações de poder na sociedade. Impossível, portanto, ignorá-las ou menosprezar sua importância analítica, principalmente na construção de diferenças e de desigualdades sociais.

Por hora há uma chamada que solicita o aprimoramento de metodologias de análise que consolidem a reflexão científica sobre as dinâmicas geracionais em interface com o Gênero, Classe social, as masculinidades etc. Neste sentido, proponho um exercício analítico que parte da análise das concepções de homens de diferentes grupos geracionais no que se refere ao uso de serviços de saúde a o processo saúde e adoecimento. Objetivo também dialogar com o referencial de gênero e masculinidades dentro da perspectiva da categoria Geração e sua interface

com Classe social e com os cenários locais que marcam a territorialidade dos homens-usuários.

MÉTODO

O material analisado neste estudo faz parte de um conjunto de dados produzidos na pesquisa multicêntrica de Couto et al. (2009) que investigou como se dá a relação homem-assistência à saúde em atenção primária em cidades de quatro estados brasileiros: Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo. Partindo deste objetivo geral, a pesquisa de Couto et al. (2009) investigou como se configuravam as relações de gênero no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva: (1) da tendência histórica da participação dos homens na APS; (2) da inclusão das questões de saúde de diferentes parcelas da população masculina da perspectiva dos serviços de APS; (3) das representações sobre saúde e percepções sobre acesso, uso de serviços e adesão pelos homens; (4) das articulações conceituais e práticas entre questões masculinas e femininas nas ações de assistência. Nesta pesquisa, a investigação teve como referência a triangulação de métodos (Minayo, 2005), fazendo uso dos seguintes instrumentos de produção de dados: etnografia dos serviços, entrevistas semiestruturadas com profissionais de nível superior, grupos focais com profissionais de nível médio, entrevistas semiestruturadas com usuários, estudo de prontuários dos usuários entrevistados e análise dos registros das produções dos serviços.

O desenho da pesquisa multicêntrica se pautou na modalidade qualitativa por estudo de caso (grupo de casos). Sobre tal desenho, Deslandes e Gomes (2004) argumentam que o estudo de caso não visa a generalização dos resultados, pois sua maior contribuição está em revelar situações e tendências a serem debatidas sob a luz de análises criativas e singulares dos casos escolhidos de modo a contribuir para o entendimento de um dado contexto social. Segundo Triviños (1990), tal modalidade de pesquisa se volta à descrição e à comparação a partir de duas tarefas: 1) compreender, de forma mais ampla possível, o sistema, o grupo ou organização estudada para então analisar com o maior detalhamento possível, suas singularidades, formas de interação e a lógicas institucionais, ideológicas ou culturais que sustenta suas ações e como todos estes aspectos se correlacionam com o contexto social mais

amplo; para então, 2) desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre a regularidade do processo e a estrutura social. Fundamentada nessa modalidade de desenho, a pesquisa multicêntrica configurou-se por três eixos detalhados a seguir, tal como Couto et al. (2009) descrevem:

I. Diagnóstico da situação da atenção primária à saúde voltada para a população masculina nos serviços selecionados nos três estados;

No eixo I do estudo multicêntrico, a coleta de dados pautou-se em observação etnográfica, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. A observação etnográfica focou-se em diferentes atividades, situações e contextos compunham a prática de trabalho na atenção primária. Em um primeiro, as observações, que duraram cerca de um mês, objetivaram mapear o cotidiano dos serviços para caracterizar a prática do trabalho na atenção primária e apreender a organização de funcionamento geral de cada serviço. Em um segundo momento foram realizadas observações mais prolongadas (dois meses) com o intuito de compreender o detalhamento do fluxo assistencial e dos processos decisórios na produção da atenção e do cuidado, a fim de captar as dimensões de gênero embutidas no *ethos* do trabalho em saúde.

Outras técnicas de produção que também compuseram o eixo I foram: as entrevistas semi-estruturadas com profissionais da assistência de nível superior e integrantes do corpo de funcionários dos serviços pesquisados; e os grupos focais direcionados na produção de informações junto a profissionais sem formação superior como, por exemplo, os agentes comunitários, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde bucal.

II. Estudo com homens usuários dos serviços: como homens concebem suas necessidades de saúde, acessam e usam os serviços

No eixo II foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com homens usuários dos serviços de atenção primária e análise de seus prontuários médicos. O roteiro de entrevista semi-estruturada foi orientado para investigar: dados sociodemográficos; representações sobre saúde e cuidado à saúde em geral; acesso e uso dos serviços; possibilidades e dificuldades de adesão ao tratamento proposto; relação entre os

usuários e os profissionais da assistência. Neste eixo da pesquisa, foram entrevistados 201 homens de três segmentos etários agrupados em: 15 a 25 anos, 26 a 45 anos e 46 a 65 anos (houve 01 homem de 74 anos entrevistado).

A análise de prontuários médicos teve como proposta conhecer os históricos dos usuários nos serviços em termos de frequência de uso, tipo de atividade que utiliza, o modo como os serviços incorporam as suas queixas e demandas, realizam diagnósticos e respondem suas demandas e necessidades de saúde

III. Estudo da presença de homens como usuários dos serviços de atenção primária.

O estudo da presença dos homens como usuários dos serviços de atenção primária, pretendeu apoiar em dados secundários, seja no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou nos livros de matrícula do serviço e de Registros Gerais de Atendimento no serviço, nos quais foram levantados os totais de usuários/ano e mês, distribuídos por idade e sexo. Nesse eixo, foram levantados os totais de usuários/ano e mês, distribuídos por sexo e idade e caracterização sócio-demográfica e sanitária da clientela dos serviços. Neste estudo, o período temporal estabelecido foi de 1996 a 2006.

A seleção dos serviços em todos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Norte seguiu os seguintes critérios: tempo mínimo de funcionamento de 10 anos; volume de demanda igual ou superior a 1.000 atendimentos por mês; equipe multiprofissional com pelo menos a presença de médicos, enfermeiros e odontólogos e Equipes de Saúde da Família ou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; qualidade do registro médico e de outros profissionais em prontuário; condições de instalação e infra-estrutura de apoio logístico à pesquisa de campo; sensibilidade e disponibilidade da chefia para integrar a pesquisa.

A definição do campo da pesquisa foi realizada por um coordenador local que nas reuniões com gestores das secretarias de saúde municipais, expuseram os objetivos da pesquisa e os critérios de elegibilidade dos serviços. Após o primeiro

contato com os gestores municipais, os coordenadores locais iniciaram as negociações com os gerentes das unidades pré-selecionadas e que demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Ao final desse percurso inicial, o quadro geral dos serviços da pesquisa ficou configurado da seguinte maneira:

Pernambuco:

- 01 Unidade de saúde estruturada na Estratégia Saúde da Família, situada no município de Olinda, identificada como: PE1;
- 01 Unidade de saúde estruturada na Estratégia Saúde da Família, situada no município no Recife, identificada como PE2;
- Centro Integrado de Saúde, também situado no Recife, identificado como PE3.

Rio de Janeiro:

- 01 Unidade Ambulatorial 1, situada no Município do Rio de Janeiro, identificada como RJ1;
- 01 Unidade Ambulatorial, situada no município do Rio de Janeiro, identificada como RJ2;
- Instituto de atenção a saúde, situado no município do Rio de Janeiro, identificado como RJ3.

Rio Grande do Norte:

- 01 Unidade de saúde estruturada na Estratégia Saúde da Família, situada no município de Natal, identificada como: RN1;
- 01 Unidade de saúde estruturada na Estratégia Saúde da Família, situada no município de Natal, identificada como RN2.

São Paulo:

- 01 Unidade básica de saúde, situada no município de Santos, identificado como: SP1;
- 01 Unidade de saúde do tipo Serviço-Escola, situada no município de São Paulo, identificada como SP2.

Quanto aos procedimentos éticos, a pesquisa multicêntrica obteve aprovação para sua realização pelo Comitê de ética em Pesquisa da Instituição proponente (UNIFESP). Para as fontes de coleta de dados nos eixos I e II, os pesquisadores em campo utilizaram de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apropriado para cada uma das situações de pesquisa. A elaboração do TCLE buscou assegurar todos os cuidados éticos e informativos em linguagem clara e acessível para os informantes. No eixo III da pesquisa, foi solicitado a autorização dos diretores ou gerentes das unidades participantes para a análise dos registros existentes.

Nos quatro Estados participantes, os campos da pesquisa foram realizados por uma equipe de supervisores e pesquisadores com diferentes níveis de formação e que passaram por treinamento prévio quanto à temática central da pesquisa e seus diferentes instrumentos de produção de dados antes da “entrada em campo”.

Delineamento do recorte utilizado

Embora a pesquisa multicêntrica tenha se instrumentalizado na referencia metodológica da triangulação de métodos (Minayo, 2005) com a articulação de múltiplas técnicas, o recorte aqui proposto analisou os dados produzidos no eixo II, nos serviços de atenção primária, orientadas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) a saber: Rio Grande do Norte (02 serviços em Natal); Pernambuco (01 serviço em Olinda e 01 em Recife). Os dados produzidos no Rio de Janeiro e São Paulo não foram analisados neste estudo pois, representavam contextos de serviços e estrutura organizacional distintos dos serviços da região do Nordeste, além de que, os dados da região Sudeste adicionariam uma pluralidade territorial, simbólica e discursiva distinta que demandaria uma ampliação do referencial de análise.

Inicialmente, e a partir das 102 entrevistas realizadas com usuários dos serviços de ESF de Pernambuco (PE1 e PE2) e Rio Grande do Norte (RN1 e RN2) na faixa etária entre 15 e 74 anos, foi realizada uma leitura para análise geral do material coletado para a verificação e triagem de entrevistas que apresentassem dados propícios para a análise geracional idealizada pela pesquisa. Do total das 102 entrevistas coletadas nos serviços de Natal, Recife e Olinda que foram lidas na íntegra, 48 entrevistas foram selecionadas para compor os dados desta pesquisa e os

critérios utilizados para a seleção foram: 1) ter informação referente a dimensão etária; 2) apresentar informações sobre fatores socioeconômicos de: renda, posição ocupada na família e trabalho; e 3) apresentar ao longo do relato referências relacionadas a interação com indivíduos de outros grupos geracionais, ou seja fatores geracionais.

A proposta de selecionar as entrevistas a partir da presença de fatores geracionais nos relatos baseia-se na estratégia de acessar as especificidades importantes para análise da dinâmica geracional. Entendemos que os dados etários desvinculados das trajetórias individuais dos entrevistados podem empobrecer a análise, já que há um peso maior na dimensão geracional (de trajetória) do que no componente etário quanto a forma como os sujeitos experenciam as esferas produtoras de desigualdades em saúde.

Breve imersão no campo: visitas aos serviços de APS

As primeiras análises do recorte dos dados produzidos na pesquisa multicêntrica de Couto et al. (2009) e o contato com o referencial teórico conceitual que problematizava e investigavam as pluralidades culturais do Nordeste e contextos semelhantes ao desta pesquisa, me sensibilizaram diante da difícil tarefa que havia se apresentando no desenvolvimento deste estudo: falar de um cenário cultural, físico e político que eu, um pesquisador natural e residente da região Sudeste, desconhecia em suas “verdades” – o Nordeste, os homens nordestinos e, mais precisamente, os Serviços de Atenção Primária à Saúde das cidades de Natal, Recife e Olinda. Este distanciamento, quase que absoluto do contexto que estava sendo analisado, levou à necessidade de conhecer o contexto físico, cultural e social dos serviços de atenção primária relacionados aos homens informantes do estudo.

Além de estar ausente o referencial concreto da realidade que estava sendo estudada, outras questões surgiram nas atividades acadêmicas e na minha vida social quando eu me referia ao projeto de pesquisa ou aos dados que estava analisando. Constantemente meus/minhas interlocutores/as questionavam com perguntas: “mas por que o Nordeste?” ou “como é que você foi parar lá?”. Ainda que estivesse claro que o Nordeste só havia se tornado recorte da pesquisa pelo fato de estarem lá os

serviços de APS que integraram os campos da pesquisa multicêntrica de Couto et al (2009), para mim não acalmava um certo desconforto de falar sobre algo que nunca tinha visto em suas dimensões concretas. No transcorrer da pesquisa, eu estava me debruçando sobre relatos que falavam dos ambientes físicos e humanos, e das organizações das práticas assistenciais de serviços de saúde que eu não conhecia. E de fato, tudo isso estava indo na contramão ao que as metodologias em pesquisa qualitativa defendem quando se trata de análises aprofundadas acerca de um contexto social e cultural estranho ao pesquisador (Martins, H. H., 2004; Pereira e Barcellos, 2006)

Com a finalidade de me inserir no campo e conhecer a realidade sociocultural da população atendida no serviço, foram planejadas duas visitas em cada um dos serviços de APS, nos quais os homens participantes do recorte do estudo eram usuários e também onde foram entrevistados. Dessa forma, no Estado do Pernambuco, as visitas foram realizadas na unidade PE1 em Recife, na unidade PE2 na cidade de Olinda e no Estado do Rio Grande do Norte, as unidades RN1 e RN2 foram visitadas.

As visitas ocorreram em julho de 2013 e foram planejadas previamente com os objetivos de: 1) conhecer o espaço territorial do bairro e da região; 2) conhecer e observar o funcionamento do serviço, a dinâmica de utilização dos usuários/as e o fluxo de pessoas e; 3) conversar com a gerência da unidade sobre a presença masculina no serviço. Para cada serviço foram realizadas duas visitas em dias distintos e duraram entre 3 a 4 horas em cada dia.

Em Natal, o primeiro dia de visita foi utilizado para conhecer o bairro e as ruas próximas aos serviços de saúde e nesse primeiro contato com o campo fiz minha apresentação aos funcionários da recepção, informando que se tratava de um estudo relacionado à pesquisa multicêntrica realizada nos anos de 2007 e 2008. Nesse primeiro contato com os profissionais que se encontravam na recepção, verifiquei a possibilidade de me apresentar ao gerente responsável pelo serviço. O segundo dia de visita foi utilizado para a observação interna do serviço, sua dinâmica de funcionamento e trânsito de usuários/as.

No serviço RN1 não foi possível fazer minha apresentação à gerência, pois segundo as agentes de saúde, a mesma estaria ausente durante aqueles dias por motivos de saúde. Sabendo desta impossibilidade de conversar com a responsável, apenas informei sobre o estudo e disse que voltaria na manhã seguinte para poder observar o fluxo de pessoas no serviço. Na visita ao serviço RN2, pude me apresentar ao responsável pela gerência do serviço e pedir para que pudéssemos conversar no horário que melhor lhe conviesse. No dia seguinte, o aguardei na sala de espera enquanto observava o fluxo de usuários/as e de profissionais.

No primeiro dia de visita aos serviços em Recife e em Olinda fui acompanhado pelo coordenador local da pesquisa multicêntrica (Couto et al., 2009), o qual havia contatado previamente e agendado nosso ponto de encontro no CREMEPE (Conselho Regional de Medicina de Pernambuco) para então irmos aos bairros onde se localizavam os serviços. No primeiro dia das visitas, fui apresentado para os responsáveis da administração dos serviços PE1 e PE2, sendo esses os momentos de conversa que pude ter com as gerências das unidades. A visita ao serviço PE1 não ocorreu como esperado, pois o serviço estava funcionando provisoriamente em outro local para reforma da unidade iniciada no começo do ano. Fomos informados pelos responsáveis da reforma sobre o endereço provisório do serviço e nos dirigimos até lá. Depois de muitas tentativas, encontramos a sede provisória da unidade e foi possível conhecer o serviço PE1 e conversar com o gerente da unidade. A visita ao PE2 ocorreu como planejado e fomos recebidos pela gerente para uma conversa acerca do serviço e da presença dos homens.

As visitas nas unidades de saúde foram de grande relevância para minha aproximação à realidade analisada nesta pesquisa. As metodologias de pesquisa qualitativa reconhecem que aproximação à realidade que se deseja analisar possibilita o reconhecimento da alteridade do contexto social que, em suas complexas relações, envolvem as formas como os indivíduos se relacionam entre os elementos culturais e sociais existentes em sua realidade local. Dessa forma, as visitas promoveram uma melhor contextualização dos sujeitos e suas histórias, alargando os sentidos da conformação do que é ser homem nordestino e sobretudo

como podem se dar as relações entre os serviços de saúde e as identidades masculinas daquele contexto social.

A aproximação com os contextos reais dos serviços de saúde combinada com leituras de textos, teses e estudos etnográficos sobre o Nordeste e os homens que ocupam espaços sociais semelhantes ao desta pesquisa (Nascimento, 1999; Wildermuth e Dalsgaard, 2006; Longui, 2008; Rodrigues Andrade e Franch, 2012; Albuquerque Júnior, 2013) contribuíram para o desenvolvimento de uma análise fundamentada nos princípios hermenêutico-dialéticos. Os aspectos relevantes das observações realizadas durante as visitas nos serviços de APS e as informações que tive acesso ao longo das conversas com os gerentes dos serviços serão abordadas na discussão dos dados na seção “Espaço social, território e serviços de saúde”.

Tratamento e análise dos dados

Os procedimentos de tratamento dos dados selecionados foram fundamentados no método de interpretação de sentidos, que baseado em princípios hermenêutico-dialéticos, busca interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições (Gomes *et al.*, 2005). Em termos epistemológicos a hermenêutica surge como crítica às concepções positivistas que buscavam explicações causais para os fenômenos sociais, comportamentais e físicos como forma objetiva de conhecimento.

Nas ciências humanas e sociais a hermenêutica passou a ser mais empregada quando iniciaram as primeiras críticas à utilização das metodologias positivistas, advindas das ciências naturais experimentais, no campo social. Tal crítica consiste no fato de que, nas ciências humanas e sociais, não há como separar o sujeito do objeto, ou a totalidade das partes (fragmentar o fenômeno), sendo mais coerente uma análise compreensiva do que uma análise explicativa quando se trata de fenômenos complexos como são os fenômenos sociais e psicológicos. Schleiermacher (2003) defende o princípio hermenêutico, dizendo que enquanto as ciências explicativas buscam determinar condições causais de um fenômeno, as ciências compreensivas buscam a apreensão das significações intencionais das atividades históricas concretas do homem.

Ayres (2005) analisa que a posição habermasiana do pensamento hermenêutico toma a linguagem na perspectiva da ação dos sujeitos e nesta perspectiva a ação social é seu objeto central. Dessa forma, a estruturação linguística da experiência carrega consigo determinados interesses e competências discursivas que originam assimetrias entre os diversos sujeitos que interagem pela linguagem na conformação dos discursos e pelas quais reproduzem e legitimam situações de iniquidade, opressão, limitação, situações negadoras dos ideais de emancipação humana. Assim, instruída pela ideia reguladora de um diálogo livre de dominação, uma hermenêutica crítica deve buscar identificar e superar os obstáculos comunicacionais, buscando uma livre e democrática expressão discursiva dos diversos sujeitos em interação.

De acordo com Brito (2005), em termos procedimentais, a técnica hermenêutica tem se baseado em dois movimentos interpenetráveis: o gramatical e o psicológico. O momento de interpretação gramatical analisa o discurso, o uso das palavras, os conceitos. O momento psicológico transcende o sentido objetivo das palavras e se dá quando o intérprete se propõe a reconstruir as “intenções” do sujeito que proferiu as palavras. Essas duas dimensões de análise evidenciam que na visão hermenêutica há uma estreita conexão entre pensamento e linguagem e revelam o pressuposto no qual o hermeneuta deve se tornar consciente, inclusive daquilo que possa ter ficado inconsciente para o autor da fala (Brito, 2005).

Ayres (2005) atualiza os argumentos de Stein (1987) sobre a possibilidade de uma conjunção da hermenêutica com a dialética como método apropriado para compreensão do real através de uma síntese contributiva da reflexão filosófica para as ciências humanas. A lógica dialética compreende a contradição expressa na realidade através dos antagonismos que apenas tornam-se visíveis a partir da visão em profundidade da realidade em estudo e entende como irracional a ciência que ignora isso, já que opera em direção oposta à da experiência. Assim, apesar de considerar que todos os problemas sociais precisam ser pensados tomando como referência a totalidade histórica, sempre em um movimento entre o fenômeno e a totalidade, afirma que a interpretação não pode ser absolutizada, enfocando o sujeito

em demasia e perdendo o movimento de confrontá-lo com o contexto histórico (Minayo, 2006).

A técnica de análise hermenêutico-dialética preserva, da hermenêutica, a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos, e se combina à compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem, e ao seu contexto social e histórico, por meio da lógica dialética. Esta técnica é, então, proposta no que Minayo (2006) denomina de um “caminho do pensamento” que abarque tanto o “como fazer”, quanto o “como pensar” a análise dos dados. Ayres (2005) complementa dizendo que a proposição hermenêutico-dialética (ou Hermenêutica crítica, como ele se refere), baseia-se em um distanciamento crítico que, a partir dos interesses práticos de reconstrução da vida social, explora dialeticamente os valores negados nos processos de comunicação que geraram, ou geram, os discursos interpretados.

Situada no referencial do método hermenêutico-dialético, brevemente apresentado, a trajetória analítico-interpretativa, tal como proposto por Couto et al. (2009), percorreu os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material; (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (c) identificação e problematização das idéias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; o(e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

O ponto de partida da análise se deu pela leitura exaustiva das entrevistas que compreendiam relatos de homens entre 16 a 74 anos. Esta etapa inicial conduziu a um primeiro impasse na pesquisa, pois para estar consonante com o referencial teórico de análise geracional, os agrupamentos etários a serem elaborados teriam que considerar as trajetórias de vida e a posição ocupada pelos depoentes a partir dos marcadores das gerações. A complexidade da análise se deu diante da necessidade de acomodar essas categorias e trajetórias dentro de um possível grupo geracional que

abrangesse toda a diversidade de trajetória e experiências destes homens. Buscando alcançar uma coerência, a análise teve que considerar as trajetórias individuais na mediação entre posição geracional, unidade geracional e conexão geracional tal como sugere a proposta de análise das dinâmicas geracionais (Domingues, 2002; Jaide, 1968; Tomizaki, 2010).

Dessa forma, a questão de manter ou reformular os agrupamentos etários se mostrou uma tarefa de difícil resolução, pois a idade não poderia ser o critério da análise dos dados. Isto se deu pelo fato de que a posição etária, no referencial de análise da categoria Geração, é apenas um primeiro elemento a ser pensado, mas que não deve prevalecer em relação a posição ocupada pelo indivíduo em seu contexto comunitário e pessoal. Na tentativa de resolver este impasse, optei por ter como critério de agrupamento as trajetórias de vida que descrevem a posição ocupada pelo informante em seu contexto de vida e que também podiam estar condicionadas à posição etária. Por essa razão os agrupamentos etários de “15 a 25a”; “26 a 45a” e “46 a 65a”, definidos no estudo multicêntrico não foram utilizados e novos agrupamentos etários foram elaborados de modo a reunir os indivíduos que compartilhavam de um mesmo contexto e posição de vida: ser jovem, ser adulto/maduro ou ser idoso/velho.

Para elucidar esse processo de articulação para análise, os elementos que subsidiaram os agrupamentos partiram: 1) das potencialidades de poder adquirir experiências comuns (posição geracional); 2) das participações efetivas na prática coletiva pelos que ocupam a mesma posição (conexão geracional); 3) das formas como os informantes desenvolvem perspectivas, reações e posições políticas diferentes em relação ao tema investigado (unidade geracional).

Assim, os agrupamentos foram primeiramente configurados como apresentados nos quadros 1, 2 e 3. Para preservar a identidade dos participantes, os nomes foram modificados para outros nomes iniciados pela mesma letra do alfabeto. Para auxiliar a leitura dos quadros, é necessário informar que em alguns itens da caracterização constam a sigla “N/C” (Nada Consta). A impossibilidade de caracterizar o participante ocorreu, pois parte do material produzido nos serviços de Pernambuco não continha as fichas de identificação de usuário e mesmo após a

N/C : nenhuma informação consta nas entrevistas e na ficha de identificação do usuário.

O grupo geracional dos Adultos foi agrupado do seguinte modo: homens entre 32 e 54 anos num total de dezenove entrevistas. A maioria dos homens nesse grupo são casados, entre dois a cinco filhos/as e assumem o papel de chefe de família. Apenas dois dos entrevistados desse grupo não exercem atividade de trabalho e os demais descrevem possuir trabalho assalariado ou autônomo. O Quadro 2 apresenta a caracterização dos Adultos entrevistados.

Quadro 2. Grupo geracional: Adultos entre 32 a 54 anos

Estado	Nome fictício	Idade	Posição na família	Ocupação	Filhos	Estado civil	Cor auto referida
PE	José Augusto	38a	Chefe	Autônomo	02	Casado	N/C
	Alceu	33a	Chefe	N/C	02	Casado	N/C
	Avelino	36a		Trabalha com muro de arrimo	04	Casado	N/C
	Dirceu	35a	Chefe	Téc.eletrônica e garçom	02	Solteiro	N/C
	Edivaldo	48a	Chefe	Afastado	02	Casado	N/C
	Marcos	48a	Chefe	Autônomo	< 01	Casado	Moreno
	Eufrásio	46a	Chefe	Segurança	Não	Casado	N/C
	Romildo	39a	Chefe	Vigilante	03	Casado	N/C
	José Carlos	54a	Chefe	Vigilante	02	Casado	N/C
RN	Assis	44a	Chefe	Empresa de ônibus	02	Casado	Branca
	Leonildo	34a	Chefe	Porteiro	04	Casado	Moreno escuro
	Marcondes	34a	Chefe	Serigrafista	05	Casado	Moreno
	Joilson	40a	Chefe	Garçom	04	Casado	Moreno
	Edmur	45a	Chefe	Técnico em eletrônica	02	Casado	Moreno
	Everaldo	52a	Chefe	Comerciante	03	Casado	Marrom claro
	João Moura	54a	Filho	Desempregado	03	Solteiro	Moreno
	Leonel	54a	Chefe	Vendedor ambulante	N/C	Casado	Moreno
	Regis	53a	Chefe	Mecânico	03	Casado	Moreno
	Nilson	46a	Chefe	Material reciclável	03	Casado	Moreno claro
Total	19 entrevistas						

N/C : nenhuma informação consta na entrevista e na ficha de identificação do usuário.

<1: quantidade de filhos maior que 01. Os dados não apresentam a quantidade precisa de filhos.

No grupo geracional de idosos, foram agrupados homens entre 55 e 74 anos, a partir das onze entrevistas analisadas. Em sua maioria, os homens deste grupo eram casados, chefes de família que já estavam aposentados. Quanto à ocupação, os que ainda estavam trabalhando, faziam referência ao fato de que em breve iriam se aposentar, estando portanto em um período de transição entre trabalho e aposentadoria. Os dados referentes ao número de filho(s) foi pouco mencionado nas entrevistas, deixando a caracterização inconclusiva nesse aspecto. O Quadro 3 apresenta a caracterização dos idosos entrevistados.

Quadro 3. Grupo geracional: Idosos entre 55 a 74 anos

Estado	Nome fictício	Idade	Posição na família	Ocupação	Filhos	Estado civil	Cor auto referida
PE	Arnaldo	56a	Chefe	Faz bicos	02	Casado	N/C
	Cícero	74a	N/C	Aposentado	02	Casado	N/C
	Josué	58a	Dependente	Aposentado	Não	Divorciado	N/C
RN	Israel	61a	Chefe	Metalúrgico	N/C	Casado	Branco
	Gilberto	55a	Chefe	Aposentado	< 01	Casado	Branco
	Donizete	67a	Chefe	Aposentado	< 01	Casado	Pardo
	Afonso	63a	Chefe	ASG	08	Casado	Moreno
	Armando	63a	Chefe	Aposentado	N/C	Divorciado	Azul
	José	59a	Chefe	Aposentado	N/C	Casado	Moreno
	Antônio	68a	Chefe	Aposentado	N/C	Casado	Pardo
	Genivaldo	61a	Chefe	Vigia	04	Divorciado	N/C
Total	11 entrevistas						

N/C : nenhuma informação consta nas entrevistas e na ficha de identificação do usuário.
 <1: quantidade de filhos maior que 01. Os dados não apresentam a quantidade precisa de filhos.
 ASG: Auxiliar de serviços gerais

Após a leitura compreensiva das 48 entrevistas, a tarefa seguinte foi analisar o material com as ferramentas do software Nvivo 10 (Qrs, 2012), que permitiu o tratamento dos dados. O Nvivo (Qrs, 2012) é um software que auxilia nos métodos de análise em pesquisas qualitativas e mistas. Ele permite que sejam reunidos e organizados os dados produzidos pela pesquisa e também oferece ferramentas para a análise dos dados a partir das categorias estabelecidas pelo pesquisador. O software é uma ferramenta que se limita ao armazenamento, organização e acesso aos dados e permite o delineamento da estrutura de análise idealizada pelo pesquisador. Dessa forma, a elaboração de categorias, agrupamento dos dados nestas categorias e as análises entre variáveis de interesse ficam a cargo do pesquisador.

Os trechos que apresentavam conteúdos significativos para análise e a leitura de cada entrevista permitiu a classificação do informante segundo a síntese de sua trajetória individual dos entrevistados. O quadro 4 apresenta as classificações das fontes (entrevistas) e o número de entrevistados classificados por fonte.

Quadro 4. Classificação das fontes segundo o grupo geracional e número de fontes

Grupo geracional	Classificação	Nº de fontes
Jovens	casado, com trabalho, com filhos	02
	casado, sem trabalho ou dependente, com filhos	01
	casado, sem trabalho, crônico	01
	solteiro, sem trabalho ou dependente, sem filhos	14
Adultos	casado, com trabalho, com filhos	10
	casado, com trabalho, com filhos, crônico	07
	separado, com trabalho, com filhos	01
	casado, sem trabalho, com filhos, crônico	01
Idosos	casado, aposentado, com filhos, crônico	06
	casado, com trabalho, com filhos	02
	casado, com trabalho, com filhos, crônico	01
	separado, aposentado, com filhos, crônico	01
	separado, aposentado, sem filhos, crônico	01

Como a proposta consiste pensar em uma análise geracional e não somente em idade ou grupos etários, os relatos foram acomodados na medida em que indicavam possíveis afinidades de experiências e de ações no contexto, no qual se relacionam. Partindo dessa configuração, pretendo sinalizar por meio dos relatos masculinos, alguns aspectos percebidos nos serviços de saúde em atenção primária, bem como suas concepções sobre eventos significativos e experiências que possam produzir as formas como estes homens usam os serviços. Ao longo da análise, foi feita a diferenciação dos estados de residência dos entrevistados, embora eu entenda que as conjunturas sociais e comunitárias apresentem similaridades culturais e territoriais próximas e que, portanto, não configurariam uma necessidade de diferenciação.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

A caracterização do espaço social onde os homens participantes do estudo estão inseridos, constitui-se como ponto de partida da análise dos dados. Dessa forma, o município, a comunidade/bairro e os serviços de saúde serão situados a partir de suas características principais com o intuito de descrever o cenário pesquisado e a partir disso serão caracterizadas as experiências e trajetórias comuns dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Serão agrupadas como trajetórias comuns aquelas nas quais se inserem os homens de diferentes grupos geracionais que compartilham histórias e vivências comuns do grupo social ao qual pertencem e que apresentam trajetórias próximas mas também emergem singularidades de trajetórias particulares nos relatos. Embora seja possível reconhecer nos relatos a dimensão subjetiva e particular a cada um deles, os referentes geracionais (idade e trajetória) são enfatizados porque permeiam e condicionam a visão de mundo do conjunto dos sujeitos, o que habilita falar em trajetórias comuns no sentido da coletividade. Entendo que tais aspectos são situacionais e dinâmicos, mas também condicionam as oportunidades de experiências e definem roteiros previamente delimitados na (e pela) estrutura social. Concluídas as caracterizações iniciais, serão apresentadas as categorias de análise que emergiram dos relatos masculinos e que articulam as esferas produtoras de desigualdade em saúde.

ESPAÇO SOCIAL, TERRITÓRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta seção estão detalhados os dados que foram relevantes segundo minhas observações nos serviços visitados. Ao longo das visitas e do percurso pelos bairros foram produzidos registros fotográficos que pudessem ilustrar o ambiente físico do território social no qual os serviços de saúde funcionam e fazem cobertura.

Recife e Olinda, Pernambuco

No PE2 da cidade de Recife, o bairro é heterogêneo em relação aos tipos de residência e de poder aquisitivo dos moradores. Na época das visitas havia lugares sinalizados com risco de desabamento de terra e pontos críticos de desabamento estavam cobertos por lonas pretas para evitar infiltração de água. As ruas e o calçamento do bairro não apresentam regularidades e muitas residências não possuíam calçadas (Figura 1). Ao longo do trajeto até a unidade é possível notar a constante presença de bares e mercearias pequenas. Na localização do serviço, a rua é estreita, com esgoto correndo a céu aberto e na rua há pouca movimentação de carros e um fluxo constante de pessoas.

Figura 1 - Vista da rua do serviço PE2

O serviço PE2 é de fácil localização e sua fachada é sinalizada e o acesso à unidade, mesmo que tenha uma escada, permite também o acesso de usuários/as com limitações motoras (Figura 2). O ambiente físico do serviço estava limpo durante os

dias de visita e algumas salas que não possuíam azulejos nas paredes apresentam infiltrações.

Figura 2 – entrada de acesso à unidade PE2

Nas paredes da sala de espera estavam afixados cartazes de campanhas de saúde e não havia nada que constituísse o ambiente como feminizado, sendo a decoração do serviço bastante neutra e ainda que a maioria dos cartazes abordassem a saúde materno-infantil e vacinação, também havia cartazes de campanhas voltadas para os outros públicos (DST/Aids, acidentes domésticos, tabagismo etc.) (Figura 3).

Figura 3 - Sala de espera da unidade PE2

Logo na entrada da unidade havia um banner contendo o fluxograma de atendimento do serviço e que ilustra uma estratégia recorrente nos serviços visitados (Figura 4) no estado do Pernambuco. Na recepção, um grande corredor dá acesso às salas de atendimento, que são semelhantes em relação ao tamanho e aos móveis. Foi possível notar que a farmácia e as salas de vacinação e de curativo funcionam o dia todo, o que parece manter certo fluxo de pessoas no período da tarde, quando as consultas já se encerraram.

Figura 4 - Sala de espera na unidade PE2, Banner do fluxograma de acolhimento.

Durante a conversa com as profissionais e a gerente do serviço fui informado sobre algumas das atividades que são desenvolvidas e que atendem especificamente crianças, adolescentes grávidas e idosos. A atividade desenvolvida com os idosos era o HIPERDIA (hipertensão e diabetes), voltado para os idosos com diagnóstico de hipertensão e diabetes. Segundo a gerente do serviço¹³, essa atividade apresenta uma presença maior de homens. Ainda sobre a presença masculina no serviço, a gerente relatou que percebe a pouca participação desse público no serviço e que este fato também está relacionado à escassez de recursos materiais e humanos no serviço. Para a gerente da unidade PE2, o serviço é muito restrito em termos de espaço físico, o que implica não conseguir atender de forma adequada nem às demandas que já fazem uso em do serviço e que, portanto, o público masculino seria uma demanda excedente. Ao longo da conversa, ressaltou que a atual mudança de administração municipal havia alterado algumas das atividades dos serviços e isso dificultou que algumas atividades fossem continuadas. Uma das médicas presentes no serviço que participou da conversa, se posicionou dizendo que as visitas domiciliares poderiam dar conta de acessar a clientela masculina e se queixou da falta de engajamento dos médicos nas atividades dessas visitas, inerentes à estratégia de saúde da família. Segundo esta médica, tal conjuntura poderia mudar com a política do “Mais médicos” do governo federal, pois talvez assim as visitas fossem efetivamente realizadas.

¹³ Gerente da Unidade PE2: mulher, enfermeira e atuando a três anos na unidade.

Já o PE1, localizado em Olinda, estava com a unidade em reforma e temporariamente funcionando na sede do conselho tutelar da região (Figura 5). O local não possuía sinalização na fachada que informasse sobre o funcionamento do serviço de saúde e os moradores do bairro não sabiam informar a localização precisa do serviço. Esse fato dificultou a visita, pois demoramos para encontrar a unidade.

Figura 5 - Fachada da unidade PE1

A sede provisória do PE1 fica em uma rua de tráfego pesado de carros e caminhões que dividem o espaço da rua com catadores de recicláveis e ambulantes. O bairro é considerado violento pela população e nos arredores do serviço existem muitos bares e pequenos comércios que vendem bebida (Figura 6).

Figura 6 - Rua nos arredores da unidade PE1

Na recepção havia cartazes que apresentavam os nomes dos integrantes das equipes integrantes do serviço, e os dias de funcionamento das principais atividades oferecidas pelo serviço: HIPERDIA, exames preventivos, planejamento familiar, testagem de HIV (Figura 7).

Figura 7 - Cartazes descritivos das atividades periódicas (PE1).

O imóvel apresentava pouca estrutura para atender o volume de usuários e a dimensão física do ambiente dificultava o fluxo de pessoas (Figura 8), sendo que muitas delas permaneciam em pé aguardando serem chamadas para o atendimento. A conversa com o gerente do P1¹⁴ foi breve e como não havia espaço físico disponível para sentarmos, ficamos em pé em um corredor com trânsito constante de pessoas. Na breve conversa, pude conhecer poucas informações sobre o serviço. O tema geral da conversa abordou a reforma da unidade, que segundo o gerente, já havia ultrapassado em muito o tempo de entrega. A insatisfação do gerente era visível e seu posicionamento diante das questões políticas envolvidas na mudança da administração municipal abordava o fato de haver pouca continuidade nas ações iniciadas pela gestão anterior.

Figura 8 – Recepção e sala de espera na PE1

¹⁴ Gerente da unidade PE1: homem, odontólogo, atuando há mais de quatro anos no serviço.

As duas unidades observadas em Pernambuco apresentam semelhanças no que se referem ao funcionamento, programas oferecidos e formação da equipe. Tais semelhanças já que fazem parte de um modelo nacional de assistência à saúde nos moldes da estratégia saúde da Família (ESF).

Natal, Rio Grande do Norte

A Unidade do serviço RN1 está localizada em uma região residencial e nas ruas principais existem alguns estabelecimentos comerciais, tais como bares, lanchonetes, mercados e o acesso à unidade se dá por ruas sem pavimentação. Nas proximidades do bairro, também se encontram alguns condomínios de luxo e pequenas fábricas. Boa parte do bairro é cercado por dunas e em certos lugares as construções estão em uma região de mangue e as ruas não possuem pavimentação. Nos dias das visitas, foi possível notar a vulnerabilidade do local para alagamentos (Figura 9). Algumas casas do bairro possuem pouca infraestrutura e as ruas são de pouco movimento de veículos (Figura 10).

Figura 9 - Arredores da unidade RN1.

Figura 10 - Arredores da unidade RN1.

A unidade RN1 fica em uma rua sem pavimentação, mas possui sinalização e espaço físico adequados para acolher os/as usuários/as. Na sala de espera e na sala dos agentes de saúde, é notória a recorrência de murais e decorações que remetem a um ambiente feminilizado (Figura 11 e Figura 12).

Figura 11 - Mural na sala de espera (RN1).

Figura 12 - Decoração da sala dos ACS (RN1).

A presença masculina no serviço foi pequena durante o tempo das visitas à unidade RN1. Foi possível observar um maior fluxo de pessoas para a retirada de medicamentos na farmácia da unidade. No momento da visita e apresentação às profissionais que me atenderam, fui informado que a gerente não estaria no serviço pelos próximos dias e dessa forma pouco pude conhecer o serviço, pois as subordinadas à gerência não puderam me receber para uma conversa. Na visita no segundo dia, durante a observação na sala de espera, foi possível ouvir uma discussão¹⁵ entre duas funcionárias que se encontravam nas salas próximas à

¹⁵ Na situação, uma das funcionárias verbalizava de forma ríspida e em voz alta que a outra funcionária, para a qual se dirigia, era uma pessoa difícil de trabalhar e que ninguém ali gostava de tê-la na equipe. A discussão durou alguns minutos e não causou mobilização entre os usuários que estavam a alguns metros de distância do local da discussão.

recepção. A unidade do serviço RN2 localiza-se em um lugar de fácil acesso e encontra-se em um bairro conhecido pela violência e pelo tráfico de drogas. A área de cobertura do serviço é uma região predominantemente residencial com bares e mercados e com avenidas de grande circulação de veículos. A pavimentação das ruas e calçadas são irregulares e com muitas casas em reforma ou sem a construção finalizada. A rua de acesso à unidade é de pouco movimento, mas o acesso é facilitado por estar próximo a uma avenida e ao transporte público (Figura 13).

Figura 13 - Rua de acesso à Unidade RN2.

A unidade possui um amplo espaço de sala de espera com bancos de alvenaria e cartazes de campanhas de saúde nas paredes. Algumas informações sobre as equipes do serviço, agenda médica e a área de cobertura também estão informadas por cartazes, que dividem espaço com publicidade de campanhas direcionadas a diferentes públicos (Figura 14). No corredor que dá acesso às salas, permanecem os usuários que estão aguardando para atendimento e com maior presença de mulheres e crianças.

Figura 14 - Cartazes que descrevem a rotina da unidade e suas equipes (RN2).

Dentre as campanhas presentes nas paredes da unidade, encontrava-se uma campanha direcionada aos homens (Figura 15), que dividia espaço com outros cartazes que remetem a uma homenagem ao dia das mães (Figura 16).

Figura 15 - cartaz de promoção à saúde do homem afixado na entrada do serviço RN2.

Figura 16 - Cartaz em homenagem ao dia das mães afixado na parede da unidade RN2.

No segundo dia de visita, após aproximadamente uma hora de espera, fui chamado até a sala da administração da unidade para a conversa com o gerente da unidade RN2¹⁶. A conversa transcorreu de forma informal, com demonstração de muito interesse da parte do gerente quanto aos meus objetivos em conhecer o serviço. Logo no início da conversa, ele informou que havia assumido o cargo recentemente, visto que a nova administração municipal, eleita no ano de 2013, havia realizado alguns remanejamentos de pessoal entre os serviços do município.

Ao longo da conversa, as falas desse gerente do serviço RN2 abordaram dois elementos principais: as dificuldades de infraestrutura do serviço e os avanços que já

¹⁶ Gerente da unidade RN2: homem, não abordou área de formação e atuava há seis meses como gerente da unidade RN2.

havia conseguido no primeiro semestre de sua administração. Grande destaque foi dado para a impossibilidade de ter acesso à internet naquela localidade do bairro e que segundo ele, dificultava a marcação de consultas de encaminhamento. Ainda informou que como não havia acesso à internet no serviço, era necessário que ele levasse os encaminhamentos para casa e lá fizesse todas as marcações e encaminhamentos dos usuários. Segundo o gerente, mesmo com os obstáculos organizacionais e físicos, ele estava conseguindo marcar consultas e dar encaminhamento para os usuários com aproximadamente sete dias.

Questionado sobre a presença dos homens no serviço, o gerente da RN2 relatou que a presença era ainda muito pequena, mas que no serviço havia atividades voltadas ao público masculino (fazendo referência ao HIPERDIA) e que os encaminhamentos para consultas com urologistas e cardiologistas estavam sendo marcados com no máximo sete dias de espera, e que ainda era priorizado que o usuário fosse atendido sempre pelo mesmo médico especialista.

As observações realizadas nos serviços RN1 e RN2 no segundo dia de visita possibilitaram conhecer a rotina do serviço e fluxo de usuários, reiterando a ausência dos homens nos momentos da observação. Durante o tempo que permaneci nos serviços notei a presença de homens que acompanhavam suas esposas, mas que pouco permaneciam dentro da unidade. De modo geral, o movimento de pessoas nos serviços era alto, com bastante ruído e no serviço RN1 muitos/as usuários/as entravam para retirar medicamentos e logo iam embora. Durante a espera pelo transporte público que utilizei para chegar aos serviços, fui informado que os bairros das unidades RN1 e RN2 eram considerados perigosos pela população da cidade, no entanto não presenciei nenhuma situação de perigo, sendo que nas ruas dos bairros o movimento era calmo e com poucas pessoas, que estavam ali para sua vida diária, lavando calçadas, arrumando as casas e saindo ou voltando do trabalho.

GRUPOS GERACIONAIS: COLETIVIDADES INTRAGERACIONAIS

Resgatando os recursos analíticos propostos para a compreensão das dinâmicas geracionais (Feixa e Leccardi, 2010), esta seção temática apresenta continuidades e descontinuidades nas coletividades intrageracionais que compõe as trajetórias de homens jovens, adultos e idosos. A continuidade de um determinado padrão de pensar e agir diante dos fatos da vida, descreve intersecções entre os grupos geracionais e conformam construções de acontecimentos individuais narrados pelos entrevistados dentro das experiências compartilhadas por outros indivíduos de um mesmo tempo social e com o mesmo recorte etário que os condiciona a certas posições sociais fundamentadas na variável idade. As descontinuidades representam novos esquemas utilizados para interpretar a realidade e que ainda não são totalmente rígidos. São modos novos dos membros de um grupo etário, que em uma conexão constitutiva particular, caracterizam experiências históricas inéditas que produzem "primeiras impressões" ou "experiências juvenis".

Alguns critérios foram utilizados nesta pesquisa para definir os grupos geracionais. Tais critérios se fundamentaram no que um determinado coletivo de indivíduos apresentou em termos de experiências e posições ocupadas em seus contextos de vida. O critério etário foi um componente secundário na composição dos grupos geracionais sendo que a diferença etária entre os indivíduos de um mesmo grupo variou entre 13 anos para o grupo de jovens, 22 anos para o grupo de adultos e 19 anos para o grupo de idosos. No grupo geracional “Jovens” estão aglutinados aqueles sujeitos que se encontravam em condição de dependência financeira da família nuclear e que ainda não haviam consolidado novas nucleações familiares. São jovens que residem com sua família, que não estão vinculados a atividades de trabalho, ou que ainda não consolidaram a experiência de trabalhar e viver de sua renda.

No grupo geracional “adultos” estão aglutinados os homens que já haviam formado novas nucleações familiares e que apresentavam experiências de trabalho e

autonomia em relação a família de origem ainda que por um certo período de suas vidas.

No grupo geracional de “idosos” estão reunidos o coletivo de indivíduos que já haviam se aposentado ou que estavam prestes a se aposentarem mas sem trabalho, seja por desemprego ou por afastamento e que já constituíram família. Ainda que seja questionável o uso do termo “idoso” para denominar este grupo, a decisão se deu pela dificuldade em associar a dinâmica de vida dos homens deste grupo em outra classificação. O termo velho, além de ser utilizado de forma pejorativa, não dialoga com a terminologia das políticas públicas. Desta forma, pareceu coerente, denominar como “idosos” esses grupo de homens que estão aposentados ou em vias de se aposentarem.

A análise que apresento a seguir, por estar fundamentada nos princípios hermenêuticos dialéticos, parte dos dados produzidos nas entrevistas, mas traz interpretações sobre as falas dos entrevistados que extrapolam seu sentido literal. Isto se deu pelo fato de a análise interpretativa considerar outros dados oriundos de pesquisas em realidades sociais similares, bem como por permitir, enquanto metodologia de análise, o posicionamento crítico do pesquisador. No início de cada tópico apresento relatos que ilustram mediações entre as gerações.

Jovens - homens entre 16 e 29 anos

Eu falo muito com meu pai, ele come demais, almoça umas 3, 4 vezes, gosta de comer muito gordurosa, ele almoça e janta umas 3, 4 vezes, isso faz mal também. Dou conselho a ele pra ir no médico, ele nunca fez um exame, nunca foi no médico não, eu aconselho a ele ir, fazer uns exames. (Anderson, 23a, RN)

Neste conjunto de trajetórias, encontram-se os rapazes que ainda compartilham diretamente suas vidas com seus pais e que ainda parecem não possuir o poder que a autonomia em relação a si e a manutenção de seu contexto particular provê. Ainda que cada um traga relatos de uma história única, os jovens que compõem este grupo compartilham entre si ideias e interpretações sobre o contexto em que vivem muito próximas. Claramente essas ideias e interpretações não são

idênticas, mas correspondem a uma coletividade que traz a lume formas de entender e explicar o mundo em que vivem e as relações pessoais e institucionais que permeiam suas vidas.

Diante disso, desejo iniciar esta discussão apontando os aspectos que foram significativos em minha interpretação das entrevistas e que, ao longo das leituras de impregnação dos dados, pude perceber de forma constante ou recorrente nos relatos.

O exercício de pesquisar academicamente esta temática implica o processo de contínua empatia, na qual é preciso se colocar virtualmente na posição desases sujeitos homens e interpretar, por exemplo, como seria ser homem, viver sob a conjuntura de inúmeros condicionantes sobre o que é ser homem; ir a uma UBS para um atendimento previamente agendado e não ser atendido por falta de material ou recursos humanos; ou, de modo diferente, mas igualmente representativo, ir à UBS, ser atendido por médico(a) ou outros profissional e não reconhecer e dominar bem os códigos de relacionamento com o profissional e a unidade de saúde; ou seja, não conseguir se expressar diante da dinâmica de funcionamento do serviço. No caso dos jovens, tais situações parecem ser "inéditas" se considerarmos que costumeiramente eles iam aos serviços acompanhados pela figura feminina (mãe, tia, avó) até aproximadamente os 14 e 15 anos. As figuras femininas, no âmbito do uso dos serviços de atenção primária, parecem dominar, de forma mais precisa, os códigos de funcionamento e das dinâmicas de interação com os profissionais da saúde.

Situo estes exemplos, pois essas são experiências recorrentes do conjunto dos entrevistados nesta pesquisa. Estou falando aqui de realidades nas quais esses homens experenciam a incoerência dos serviços públicos de saúde e, ao mesmo tempo, ouvem novas propostas e novos rumos para o desenvolvimento de políticas integrais de assistência em saúde no Brasil, como a proposta da estratégia "Saúde da Família" (Brasil, 1997) ou mesmo a recém lançada "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem" (PNAISH)(Ministério Da Saúde, 2009).

Nesse sentido, a posição geracional possui uma enorme capacidade de afetar as experiências e a formação daqueles que se encontram ligados a elas e de forma dinâmica, em conjunto com outras condições sociais e culturais irá construir modos

de ser e por sua vez, os modos de lidar com a saúde. Transporte para o campo da saúde a tese mannheimiana na qual o problema sociológico das gerações depende de como as sociedades fazem uso dos grupos etários e do dinamismo geracional e esta forma de uso, por sua vez, depende do modo como a sociedade se estrutura. A juventude pertence aos recursos latentes que dispõem a sociedade e cuja mobilização garante a vitalidade da mesma. Entretanto, as reservas vitais da juventude são negligenciadas quando não há uma vontade e um esforço, por parte das instituições que cuidam e ensinam, para romper com as tradições existentes na sociedade (Mannheim, 1968).

Levanto aqui a hipótese de que as estruturas socialmente construídas acerca das fases da vida podem orientar também as práticas em saúde em uma via de mão dupla: os serviços homogenizam suas práticas para atender o público em geral, sem se atentar para as especificidades das juventudes, e, muitas vezes, banalizam as queixas referentes às demandas de cuidados dos homens jovens, que por sua vez aprendem a reproduzir aquilo que lhe é socialmente esperado dentro dessas estruturas, reproduzidas no contexto institucional e particular. Com isso, pretendo assinalar que a relação entre os jovens e profissionais dos serviços é descrita por percepções nas quais os estereótipos geracionais e de classe parecem nortear a relação: a juventude é vista como pouco autônoma, supérflua e irresponsável. Os serviços parecem reproduzir estes estereótipos e os jovens, por sua vez, lidam com o serviço desta maneira; pois é assim que seu espaço social é definido.

Eu sou meio enrolado pra essas coisas. [Então sempre vai sua mãe ou sua irmã?] É, quem vai mais é minha mãe, ela é quem resolve essas coisas. (Anderson, 23a, RN)

(...) eu não sei qual é a doença que eles tão, mas eu acho assim, porque eu sou mais jovem do que os outros, lá eles acham que as doenças deles são mais graves do que a minha, então, assim, eu não vou discutir com eles, mas também não acho legal, acho que tem que ter um pouco de organização. (Ian, 17a, RN)

(...) um bom atendimento dentro dos postos de saúde facilitaria bastante, porque quanto mais se saber a quem procurar e como procurar, muitas vezes ele não sabe explicar

o que tem por vergonha e aí não é compreendido. (Geraldo, 24a, RN, RN)

(...) o cara chega no posto e vai pedir informação. Eu sou muito tímido. Aí pra mim pedir informação pra os outros assim, eu já fico meio por fora, aí minha tia foi me ensinar. (Fabiano, 16a, RN)

Os debates sobre a recém-implantada política de saúde do homem no Brasil têm dado atenção e pensado sobre a conjuntura de determinantes que configuram a vulnerabilidade na saúde masculina, especialmente aqueles que se referem aos comportamentos masculinos que contribuem para que os homens não façam uso dos serviços preventivos de saúde. Em uma análise particular, vejo que muitos estudos tendem a marginalizar a configuração da masculinidade do homem latino no sentido de entendê-la como caricata, extravagante e, sobretudo, machista (Saez, Casado e Wade, 2009). Esta compreensão estereotipada do homem latino não representa a pluralidade das identidades masculinas que emergiram nos países colonizados. Claramente, no campo dos estudos de gênero e das masculinidades, temos um amplo referencial que discute os desdobramentos da masculinidade hegemônica na vida de homens e mulheres. Estes estudos são extremamente importantes para compreender a dinâmica das relações humanas baseadas na dicotomia homem-mulher e seus atributos. Contudo, cabe aos pesquisadores um olhar crítico sobre quais são os interesses éticos e políticos nestes debates. Considero ímpar a clara identificação desses interesses para se pensar a saúde do homem e seus condicionantes, dentre eles as construções sociais das masculinidades; especialmente visando à elaboração de propostas educativas que conduzam para a autonomia do cuidado e não para a medicalização de um segmento ainda pouco adepto ao uso e consumo de serviços e produtos que visam “cuidar da saúde”. Discussões recentes trazem essa perspectiva de debate (Carrara, Russo e Faro, 2009; Couto e Gomes, 2012) e com isso, novos estudos podem se ancorar em uma análise menos ingênua acerca das políticas propostas sobre a saúde da população.

Na leitura dos relatos dos entrevistados foi possível notar que eles cuidam da saúde, mas de uma forma autônoma, pouco eficaz – desde uma perspectiva biomédica -, e baseada em conhecimento popular. Portanto, dizer que homens não cuidam da saúde pode ser uma visão parcial da complexa problemática que circunda

a saúde do homem. Talvez seja possível refletir que a população masculina tende a cuidar da saúde fora dos parâmetros e dos discursos do “biopoder” (Foucault, 1981) e não categorizar que “homens não cuidam da própria saúde” como descrito na campanha publicitária da política nacional à saúde do homem (Ministério da Saúde, 2010).

Quando assumimos a configuração da masculinidade hegemônica como um aspecto que dificulta a estes homens que se relacionem com os contextos de cuidado, assumimos também que a promoção da desconstrução da masculinidade hegemônica se situa inicialmente no campo da sociologia da educação, pois as relações sociais que marcam o desenvolvimento dos indivíduos nesse processo de formação das coletividades são seu objeto de estudo e intervenção.

Partindo da análise da (des)construção da masculinidade hegemônica, entre os jovens existe uma continuidade (em relação ao demais grupos geracionais) quanto à busca de combinações de qualificações para a efetivação de sua masculinidade. Esta busca se caracteriza por estratégias distintas, sejam elas passivo-discursivas, que endossam no campo dos discursos, um princípio hegemônico que visa dispor o feminino e a mulher à servilidade, mas que pouco se efetivam nas ações de demonstração de poder e autonomia. Sejam elas compostas de estratégias que burlam as expectativas sociais direcionadas ao “homem” e que barganham, com justificativas diversificadas, a sua condição dependência ao mesmo tempo que, no campo discursivo, visa mantê-los na condição de poder legitimado. Uma descontinuidade entre os jovens está nas tentativas de se contrapor à masculinidade hegemônica ao trazer para a prática, outras formas de ser homem e ter poderes legitimados pelos seus atributos morais e por sua responsabilidade. Revelando com isso o surgimento de outros atributos mais importantes que a virilidade para a efetivação de suas masculinidades. Destaca-se, portanto a relevância de compreender a masculinidade não como um bloco monolítico e fixo de atributos a serem conquistados, mas como um conjunto de possíveis combinações que irão viabilizar ao homem o acesso ao topo das relações de poder. Existem aspectos que os homens perseguem e há outros que eles não perseguem, entretanto o respeito, a moral e a

responsabilidade são atribuições masculinas que se apresentaram nos relatos como transgeracionais, como será discutido ao longo do percurso analítico deste estudo.

Por outro, temos os serviços de saúde que, na forma como se estruturam e organizam suas ações assistenciais, promovem experiências negativas e insatisfatórias na saúde. Sabe-se, ainda, que a demanda e os critérios de avaliação destes serviços têm como alicerce a posição ocupada por tais sujeitos no seu contexto sociocultural e estão na base da formação de suas subjetividades. O campo da saúde, por sua vez, deveria se apropriar dos debates da sociologia e buscar meios de promover a saúde para o sujeito plural e que ao longo de sua trajetória teve e terá contato com diferentes experiências de aprendizagem, o que o tornará um sujeito particular e, ao mesmo tempo, atravessado por configurações identitárias relacionadas à classe, geração, raça-etnia, sexualidade, entre tantas outras.

Homens e mulheres respondem de diferentes modos diante das problemáticas e dificuldades do atendimento recebido nos serviços de saúde e isto é, em grande parte, produto das normas e valores culturais vigentes no nosso cenário social. Destaco que o objetivo não é tornar o homem mais passivo e receptivo aos cuidados institucionalizados, mas promover o debate para que a própria população masculina tenha participação política e com isso ocorra a legitimação de uma atenção que atenda às suas reais necessidades e não àquelas pensadas e elaboradas sem a participação política desta população (Carrara, Russo e Faro, 2009; Couto e Gomes, 2012).

Respeitando e refletindo sobre a construção das subjetividades, as novas discussões sobre saúde do homem apontam para a necessidade de uma atenção diferencial que promova o atendimento das demandas reais e concretas de homens e mulheres dentro de sua realidade local e sua trajetória no ciclo de vida. O etnocentrismo apontado por Oliveira (2002) como uma forma de poder na qual a equipe profissional julga os usuários a partir do ponto de vista dos seus membros, pode ser um impeditivo para que se conquiste a tão esperada adesão masculina aos cuidados institucionalizados. Em última instância, é o usuário que decide se realiza ou não a consulta e quando e como vai fazê-lo. Nesse sentido, um dos focos dentro das políticas de atenção deveria estar na relação estabelecida entre os indivíduos e os

serviços de saúde e a série de implicações na forma como esse relacionamento é concretizado (Oliveira, 2002).

Um bom atendimento, eu acho que deve ser quando eu chegar e ser bem, bem atendido, ser... atendido como gente, não como um cachorro. Porque em muitos lugares a pessoa chega, não é atendido direito, muitos funcionários fica gritando com a pessoa. Num tem, não tem paciência. (Caio, 19a, PE)

Paralelamente a isso os serviços de atenção primária devem pensar formas de assistência que conduzam à desconstrução das relações de gênero que, no caso próprio aos homens, condicionam as masculinidades hegemônicas, subalternas e subordinadas. E, muitas vezes, corroboram para a noção de que todos os homens gostariam de um atendimento diferenciado quando apenas buscam a mesma atenção já historicamente dada à saúde da mulher. Esta equidade não deve desconsiderar, entretanto, que o homem muitas vezes se sente desconfortável em um ambiente feminilizado, tal como são muitas unidades de saúde (Couto *et al.*, 2010).

Eu acho que não tem que ser diferente para os homens, deve ser tratado da mesma forma que uma mulher é tratada, com cuidado. Eu acho que é isso, não tem que ter um cuidado maior pra os homens, eu acho que tem que ser igual pra os dois. (Ian, 17a, RN)

As experiências particulares destes sujeitos nos serviços de saúde parecem perpetuar as avaliações do serviço público de saúde como ruim, na fala deles, e de baixa qualidade e resolubilidade, na fala técnica-acadêmica. Dessa forma, se o interesse das políticas é promover a participação masculina quando à prevenção, o autocuidado e o uso de serviços em diferentes níveis, entendo que seja necessário compreender as experiências vividas por esses homens nos serviços e como elas poderiam afastá-los do contexto do cuidado. É dentro da posição geracional que esses jovens experimentam as contradições entre aquilo que é divulgado como atenção em saúde e aquilo que lhe é prestado e concretamente vivenciado dentro dos serviços. Ao se falar em juventudes, deve-se considerar as ambiguidades próprias de uma geração, relativamente entre a faixa dos 14 aos 25 anos, que vive em um momento no qual ocorrem transformações marcantes em sua consciência como indivíduo (Sousa, 2006). Esses jovens vivem o contato original com a herança

cultural e social, construído pela mudança social constante e também pelos fatores particulares que os colocam em uma condição de transição. tal contato original assume uma característica de potencialidade, uma vez que, como novo participante no processo da cultura, a mudança de atitude ocorre diferentemente em cada um, fazendo com que a atitude em relação à herança transmitida por seus predecessores seja completamente nova (Mannheim, 1982).

Na perspectiva mannheimiana, ao mesmo tempo em que portam o peso e a ambiguidade de não terem como absorver completamente o conjunto de conteúdos acumulados de sua cultura - que são o suporte para a estabilidade das gerações anteriores-, esses jovens também possuem a vantagem para poder avaliar o inventário cultural disponível, que pode tanto ajudar a esquecer o que já não é mais útil, quanto desejar o que ainda não foi conquistado. Estou falando de jovens que dentro de sua posição de classe e da construção de suas masculinidades, são mediados por questões que muitas vezes impossibilitam a efetiva transformação do inventário cultural que não corresponde às suas necessidades, mas cujo desejo do ainda não conquistado no campo da saúde aparece constantemente em seus relatos.

No coletivo de jovens entrevistados, a concepção recorrente é a de que os serviços públicos não atendem suas necessidades e nem das outras pessoas - inventário cultural da herança cultural relativa aos serviços de saúde. E como os jovens parecem não acreditar na possibilidade de mudança deste contexto da atenção em saúde, o que parte deles deseja é se apropriar de renda, o que lhes possibilitaria pagar pela rede privada de atenção prestada pelos convênios de saúde. Aqui parece que o desejo do "ainda não conquistado", tal como Mannheim (1993) descreve, aparece nas falas dos jovens:

(...) hoje em dia a gente vai no posto de 7 horas da manhã e saí de meio-dia, na hora do almoço. Perde um bom tempo, coisa que as vezes é até fácil de ser atendido e tudo, e não é. Acho que o serviço particular é que oferece mais isso, é como uma garantia né, que realmente aquele problema ali foi retirado, sarado, entendeu? (Leonardo, 26a, RN)

Olha, sei lá, as vezes sentia assim que é uma coisa humilhante, como são tratadas as pessoas que dependem do sistema de saúde pública. Você chega de 5 horas no posto de

saúde, as pessoas nem tomam café da manhã, todo mundo com sono ali, vendo o dia amanhecendo, esperando pra tirar 20 fichas pra 40 pessoas (...) Então cada vez mais eu vou ficando preocupado, porque o sistema de saúde público não dá certo, né? Eu não consigo arranjar dinheiro pra recorrer aos meios da rede privada. Eu tenho medo que essa situação vá se agravando cada vez mais e chegue a um ponto de não ter mais jeito. (Gilmar, 24a, RN)

Um ponto de reflexão está no fato de que as políticas de saúde do homem poderiam promover mudanças significativas na saúde do homem brasileiro se fossem investidos esforços no sentido de qualitativamente melhorar as primeiras experiências destes nos serviços de saúde, pois tais parecem decisivas para que os mesmos recorram futuramente aos serviços. Isso implicaria em uma melhora qualitativa para a população geral e não apenas para a masculina. Uma vez que estes homens estando dentro dos serviços, seria possível constituir um espaço para que aprendessem, por meio de estratégias educativas em saúde, formas de cuidado baseadas em autonomia e participação ativa.

Outro aspecto está no fato de que as atuais políticas e programas existentes parecem não relativizar os homens diante de princípios geracionais. Pensando em políticas de saúde de longo prazo, entendos que o foco de atenção deveria considerar os homens em diferentes grupos geracionais, acompanhando as constantes transformações sociais vividas por estes.

(...) acho que mais informação sobre a saúde do homem, poderia ter alguma pessoa específica para quando chegar assim, algum homem assim, tanto jovem, quanto idoso, quanto já numa idade já avançada né? É mais informações sobre a saúde dele, o que ele poderia passar, assim, na adolescência, quais os tipos de problemas que aparecem na adolescência, que aparecessem assim, depois da adolescência, tal. Até a idade adulta, quando chegar mais a uma idade mais avançada. (Elias, 20a, PE)

Nas trajetórias dos jovens o uso dos serviços foi bastante motivado por razões estéticas e pela saúde bucal. Estes jovens são indivíduos que se preocupam com a autoimagem dentro da comunidade e esta está relacionada com vestir-se bem, ter relacionamentos com muitas mulheres de sua faixa etária e frequentar lugares nos quais sejam reconhecidos como jovens e como “boys”.

O jovem é tratado como um bloco homogêneo, ao mesmo tempo em que é abordado seletivamente com as políticas sociais restritivas, vistos com características padronizadas e como portador de vulnerabilidades e exclusão distintas, os jovens são alvos de aplicações miméticas de medidas sociais (Sousa, 2006). É no contexto dessas relações conjunturais e históricas que circunscrevem a experiência de ser jovem, e isto implica as dimensões de gênero, de classe, de geração, de localidade etc., que se pode analisar, compreender e intervir sobre a participação política desses jovens no que se refere ao uso dos serviços e da participação nas políticas que visam promover a atenção em saúde na sua localidade.

Adultos: homens entre 32 a 54 anos

(...) na adolescência a gente também num ligava pra esse negócio de camisinha. E agora a gente tá vendo a realidade das coisas. Tem mulé aí, que a gente tem que se prevenir. E a gente passa isso, a gente conversa, a gente passa pro meninos mais novo que tão começando. (Alceu, 33a, PE)

Neste grupo geracional estão agrupados os homens adultos com autonomia financeira, que já constituíram família, que são casados ou separados e que possuem filhos com a esposa/companheira atual ou em outro relacionamento. Estes homens adultos entre 32 a 55 anos compartilham espaços de socialização e trajetórias semelhantes e representam uma coletividade que permitiu a emersão de algumas formas de interpretar e descrever as relações e experiências que suas trajetórias de vida contemplam. Partindo na noção de que Gênero, raça/etnia e idade, tanto na perspectiva da história social quanto de um ponto de vista da trajetória pessoal, não atuam no mesmo momento e na mesma direção na vida de um indivíduo. O entendimento de como estes referentes se organizam ao longo das trajetórias dos indivíduos deste grupo geracional demanda uma análise complexa (Rosemberg, 1996; Nascimento e Carrara, 2012) e diante disso sigo a discussão ressaltando os elementos das trajetórias de vida mais significativos à minha interpretação das entrevistas.

Primeiramente, destaco que a análise dos dados produzidos nas entrevistas com homens adultos, evoca a necessidade de articular as expectativas socialmente definidas para os homens na idade adulta e que supostamente deveriam estar em pleno exercício de seus deveres e direitos como homens e desfrutar dos privilégios do que seria ser adulto e ser homem e pertencer aos múltiplos universos simbólicos ligados à cultura das camadas populares do Nordeste brasileiro. Situo ao longo desta discussão, estudos que me auxiliaram na compreensão deste universo simbólico das masculinidades em contextos semelhantes aos que os depoentes que participaram do estudo ocupam.

Percebo a necessidade de ressaltar que a análise realizada não pretende defender a ideia de que os homens sejam vítimas nas relações de poder postas em seu contexto social, mas tem como objetivo apresentar argumentos que demonstrem como a promessa de acessar as estruturas de poder por ser homem, não se concretiza na vida real dos entrevistados e materializam contradições entre os ideais de masculinidade dispostas no discurso e a masculinidade vivida na prática. De forma diferente do que os jovens relatam, esses homens não abordam diretamente as incoerências percebidas nos serviços de saúde. O que este grupo sinaliza em suas falas pode ser caracterizado pelo o que denomino de “investimentos discursivos” objetivados em resgatar privilégios patriarcais na sua relação com os serviços de saúde.

Eu gostaria que fosse especificado um dia de homem, só homem, um dia só mulher, um dia só idoso, um dia só criança, aí você ia se programando. Não aquele dia tal eu vou. Ter tipo uma junta médica, de cada especialidade ter um, explicando a você e você ia sabendo de tudo, ficaria informado do que seria as doenças do homem. (Assis, 44a, RN)

Eu achava assim que devia ser um médico pra os homens e uma médica pras mulheres. Porque aí você dizia mais ao médico aquilo que tá sentindo. (Joilson, 40a, RN)

(...) atendimento de homem deve ser um pouco diferente do da mulher né? Muitas vezes a mulher tem problemas que o homem não tem. O homem, como é que eu posso explicar, a mulher não tem o ginecologista, é um atendimento pra mulher né? O ginecologista não vai atender o homem, tem

que ser um atendimento diferente, um especialista de homem. (Marcondes, 34a, RN)

As agentes de saúde vão mais nas portas, batem mais nas portas, por quê? Porque tem mais mulheres nas coisas. Deveria ter mais homens prá chamar, no lugar das agentes de saúde, devia ter um homem também, pra tá chamando. (Edivaldo, 48a, PE)

Porque mulher o negócio de saúde é uma coisa e o homem é outra diferente, né? Por isso que eu digo que era pra ser diferente, essa fila dos homens e outra das mulheres. Aí era mais arrumado (...) Eu acho que ia andar mais rápido, porque mulher conversa muito né? (risos) Fica numa fila aí, a mulher dispara na conversa, o homem é mais ligeiro, é vapt vupt. (João Moura, 54a, RN)

Porque você chega, tem aquela burocracia, aquele negócio todinho pra pegar uma ficha. Então, se tivesse especificado só pra homem, eu acho que muitos homens se interessavam mais. Se tivesse aquele hospital determinado só pra homem, não tem hospital só pra criança? Deveria ter só pra homem também, especificado. (Assis, 44a, RN)

Uma tentativa de conciliar direitos de outros grupos sociais, com o dever que os serviços deveriam ter em atender homens que trabalham também é sinalizada como uma forma de negociação entre as necessidades de homens que trabalham e as dos demais grupos sociais que dependem da assistência dos serviços de saúde.

(...) nem um ancião nem uma mulher grávida tomar a vez na fila, as mulheres estão ali no meio, é no sentido das pessoas que tem uma responsabilidade de trabalho, de ter que cumprir um horário de trabalho, então o direito das pessoas não pode ser atropelado por situações, então eu acho que se der uma ajeitadazinha com carinho vai dar certo, porque cada um deve ser tratado com todo carinho, em cada momento da vida. Aquele vai ser tratado porque tá ativo, tá sustentando aquele que tá ali já encostado, mas também aquele que está ali encostado ele já deu o suor do seu rosto pra sustentar outro que já passou, e aí vai pra um não atropelar o outro por tempo. Eu acho que se tomar essas providências. (Nilson, 46a, RN)

Tal como para os jovens, a organização dos serviços de saúde é percebida como um fator responsável pela pouca procura masculina no grupo geracional dos

adultos e parece fragilizar os princípios da masculinidade, em especial, os princípios de respeito e honra.

É porque é difícil se consultar né? Eu não tenho plano particular pra ir lá 8, 9 horas da manhã, marcar uma consulta e no mesmo dia ser atendido. Pra gente, se consulta numa instituição pública, ou seja, aqui no posto de saúde a gente tem que chegar 4 da manhã ou então dormir no local pra ver se consegue marcar uma consulta. Às vezes você nem consegue. Aí desanima, desestimula a pessoa de vir ao médico (...) Você marca um exame hoje pra daqui a um ano, pode ser o suficiente pra pessoa morrer. Aí desanima. Mas a gente tem que se esforçar pra vir. (Leonildo, 34, RN)

(...) algum mau agrado dos médicos, fica com a cara fechada, não sabe atender as pessoas direito. (Marcondes, 34a, RN)

(...) você vai num Pronto-Socorro, muitas vezes chega lá, tá uma fila enorme, você volta é pior. Aí o que é que eu faço? Eu corro no farmacêutico, chego lá, ele diz é isso aqui, de imediato, uma coisa que eu ia esperar, se resolve em 5 minutos. E todas as vezes que eu tenho procurado naquilo que eu vejo que dá certo. (Nilson, 46a, RN)

Aponto aqui a análise de que se por um lado os homens adultos reconhecem sua ausência nos serviços de saúde, por outro, os serviços de saúde legitimam esta ausência e invisibilizam os homens (Couto *et al.*, 2010; Knauth, Couto e Figueiredo, 2012) justificando tal ausência na análise tautológica de que “homens não se cuidam”. Tais elementos conformados entre si forjam um sujeito masculino, com demandas próprias e que pede por um tipo de atenção especial (Brasil, 2009) e isso parece ser um dos fatores responsáveis por dar voz a um discurso político que parte de uma identidade masculina homogênea e fundamenta-se em compreensões restritas quanto às múltiplas configurações do que é a promoção de saúde da população masculina e suas demandas reais (Nascimento e Carrara, 2012). Munidos do poder que sua ausência lhes dá, surgem as tentativas de negociar e reivindicar uma atenção especializada e que dê visibilidade às demandas da população masculina adulta heterossexual.

Acho que poderia melhorar só, essa parte de divulgação. Podia divulgar mais pra o homem ter mais consciência, ter

mais consciência pra procurar mais se cuidar. (José Augusto, 38, PE)

No relato dos jovens foi notável que o pouco domínio em relação aos códigos de funcionamento dos serviços e das linguagens biomédicas promove o distanciamento dos homens com as rotinas de atenção dos serviços e o mesmo ocorre nas experiências dos homens adultos. Isso demonstra uma herança geracional na qual jovens e adultos compartilham quando se trata do pouco entendimento e a sensação de subordinação destes com as práticas em saúde.

(...) você faz o exame, entrega ao médico e muitas coisas a gente não sabe nem o que é, sabe de exame de fezes, de urina que é normal, mas as outras coisas você não sabe o que é que é. Era bom se tivesse uma pessoa pra explicar aquilo ali né. Isso aqui depende disso, isso é daquilo e assim a gente ia se esclarecendo mais né? Na minha opinião, mas cada um tem a sua. (Assis, 44a, RN)

Os relatos analisados descrevem um ideal de masculinidade hegemônica, enquanto a experiência concreta apresenta tão somente o pertencimento destes a um conjunto de masculinidades subordinadas. No exercício dos seus micropoderes, esses homens adultos parecem sustentar as forças culturais que alocam a masculinidade hegemônica no topo da hierarquia de poder e leva à sua própria sujeição¹⁷ nas relações de poder (Foucault, 1996). Justifica-se, portanto a reflexão proposta por Connell (1997) - ao valorizarem um padrão hegemônico de masculinidade, estes adultos legitimam a hegemonia que os subordina, tal como subordina as mulheres.

Os relatos dos homens adultos indicam a recorrência de histórias em que o exercício da masculinidade ocasiona diferentes experimentações nas quais o poder, supostamente atribuído à condição de ser homem, se dá no contraste entre aquilo que se idealiza como independência e autonomia masculina em contraposição com a dependência e uso instrumental dos cuidados da esposa e/ou mãe. Esse uso instrumental que os homens fazem em relação à esposa/mãe, parecem reafirmar a

¹⁷ Segundo Foucault (1996), estes mecanismos de poder controlam o corpo, gestos, atitudes e discursos, formando redes de dispositivos de poder. Tais dispositivos são um conjunto heterogêneo de forças sociais que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, sendo, portanto, tudo aquilo que se apresenta como dito ou não-dito.

noção de que a mulher, por ser cuidadora, seria a responsável pelos cuidados dos homens, sejam eles seus maridos ou seus filhos.

(...) desde o começo do mundo que a mulher, ela veio pra ajudar né? Ela é uma ajudadora do homem e é através da mulher que você vai conseguir chegar na mentalidade, no forte do homem, né. Que o homem, ele acha que o posto de saúde não vai resolver o problema dele. (Dirceu, 35a, PE)

Ainda que descrevam concepções de masculinidade calcadas na autonomia e independência, os homens adultos, relatam situações nas quais o cuidado com a saúde, seus projetos de vida e sua dinâmica familiar, são influenciados por figuras femininas, sejam elas a esposa, a mãe ou algum/a profissional que detém o saber biomédico. Incorpora-se a isso a noção do homem como não cuidador (Gomes, 2008; Couto *et al.*, 2010; Toneli, Souza e Müller, 2010).

Minha mãe, ela cobra muito; ela, qualquer besteirinha que ela vê na gente: “vai no médico rapaz, vai no médico!”. Mas ninguém vai, né? Mas ela cobra isso. (Alceu, 33a, PE)

(...) quem me ajuda é minha sogra que sempre tá me auxiliando. (Leonildo, 34a, RN)

(...) um dia, minha irmã, porque eu nem me ligava de olhar né? Um dia ela viu a mancha branca. Aí disse: “Zé você tá com uma mancha branca na vista! Eu disse, homem por caridade, o que será? Aí ela mandou botar a mão assim, cobrindo o olho. O que eu botei a mão assim, não vi nada, ficou tudo escuro. (João Moura, 54a, RN)

(...) eu não tava jogando não, mas, a última vez que eu vim aqui, a doutora pediu pra... disse que eu fizesse mais esporte físico. Fizesse alguma coisa física, correr, ou...ou ginástica, alguma coisa. Aí eu comecei. (Alceu, 33a, PE)

Ocorrem relatos de tentativas de exercer o papel de cuidar e orientar, entretanto, pouco ou nenhum reconhecimento é percebido. Este dado ressalta uma ruptura de princípios hegemônicos que situam o homem como um sujeito indiferente às demandas em saúde de outras pessoas.

(...) cada um deve cuidar da sua. Eu converso com a mulher, os meninos graças a Deus não tem, a saúde deles tá tudo bem. É mais a mulher, ela não pode comer massa, não pode comer

negócio gorduroso, mas aí que é pior, quando eu digo, aí é que ela come. (Everaldo, 52a, RN)

A insubordinação às instruções de cuidado recebido por uma figura feminina e a recusa de relações subordinadas podem se inserir nas trajetórias de vida como uma espécie de afirmação de masculinidade nos jogos de poder (Medrado, Lyra e Azevedo, 2011) sendo tentativas de validar a honra e o respeito no grupo social (Nascimento, 1999).

Eu num queria vim. A minha esposa é que insistiu: “bora, bora, bora”, aí me chamou, aí eu vim. Porque tem muito cara assim, que pensa assim... que a mulher chama sempre que é por bem dele, mas já tem homem que pensa que a mulher tá mandando nele, domina ele, não...às vezes as mulé de casa, às vezes dá uns conselho a ele, pelo menos a vantagem certa é a de casa não é mentira não, agora a turma pensa assim...que o homem, porque tem homem que é foda...que quer ser o homão, né? Que pensa que a mulher quer mandar nele. Às vezes ela quer dar um conselho pelo bem, quer ver o bem do homem, né? Não quer ver o mal do homem, né? Qual é a mulher que quer? Só quando ela não gosta do homem, é isso. (Eufrásio, 46a, PE)

Seguindo a análise de Nascimento (1999), que analisou homens em contextos sociais parecidos com os deste estudo, a honra figura-se como elemento simbólico que regula o comportamento e define a identidade destes homens em suas trajetórias e permite ver e narrar suas vidas de acordo com uma imagem de si socialmente aceitável e pautada nas concepções de masculinidade (Nascimento, 1999; Fonseca, 2000). A garantia da honra como uma tarefa necessária à conquista do respeito e consideração emerge também nas relações de trabalho quando esses homens adultos se queixam de serem “mandados” por outros homens. Para além de ser um instrumento de sobrevivência material, o trabalho se configura como uma base essencial que forja um jeito de ser homem e lhe permite ter autonomia moral, mas em algumas trajetórias, esta associado a perda de respeito, à subordinação e à exploração.

Entre os homens adultos, a grande parte encontra-se em trabalhos informais e por razões distintas, decidiram não se vincular a trabalhos formais, sendo a opção

principal a de ser “chefe de si mesmo” e não ter a quem ficar se subordinando, recebendo cobranças e tampouco ser exposto a situações consideradas indignas.

Eu era empregado, aí começou eles com olho grande, um mais do que o outro., Aí o colégio faliu, aí foi como eu fiquei agora, trabalhando sem carteira assinada, desse jeito que eu falei pra você. Aí eu chegava em casa de cabeça quente. Aí, às vezes, isso aí deixa a gente nervoso, as vezes eu chegava em casa com dor de cabeça, estressado. (Joilson, 40a, RN)

(...) nós vai no médico e leva um atestado, eles já não gosta, porque empregado, eles acham que é o que, cachorro. (Marcos, 48a, PE)

(...) o chefe da oficina saiu, aí eu disse não, rapaz, eu não vou não. Aí pedi minhas conta e saí. Aí botei uma oficina pra mim, por conta própria, aí pronto, pra mim tá melhor (...) é bom porque a gente descansa mais, não tem ninguém que fique no pé da pessoa, né? E outra parte é mais ruim, porque o dinheiro... é preciso saber lidar com o dinheiro. E eu sou o comandante, né? É pra cuidar de carro, da oficina, dos empregados, é pagar luz, pagar água; né brincadeira não. (Regis, 53a, RN)

Os relatos indicam homens marcados por exploração física no contexto de trabalho, no qual suas queixas relacionadas à saúde não são acolhidas e por histórias pessoais de inserção em uma comunidade com violência crescente.

A empresa já foi bem rígida já, que, se eu não levasse (atestado), iria me botar justa causa. Aí o tempo que eu passei na firma trabalhando, saio por justa causa, por quê? (Avelino, 36a, PE)

Inclusive eu tive um trabalho que eu levava bobinas de 60 quilos de tecido, e daí desenvolveu uma proteção do meu corpo, né? Aí eu fiquei com um ombro mais alto do que o outro. (Dirceu, 35a, PE)

Porque tá muito grande a violência, até tá impedindo muita gente de ta saindo. De tá indo pra gente. Antigamente via o bar, tudo lotado, agora é vê lotado, aí quando vai chegando meia noite, onze meia, o pessoal tá indo pra casa. (Alceu, 33a, PE)

As trajetórias igualmente indicam o trabalho/emprego como um dos pilares que sustentam a posição destes homens nas relações de poder e o salário como uma

condição para a conquista da função masculina de prover a família. Tanto o trabalho como o salário são descritos a partir de experiências de fracasso social, no qual os homens das camadas populares se veem impossibilitados de acessar as produções culturais e materiais de seu tempo. Tal aspecto da trajetória dos homens adultos dialoga com os estudos de Laranjeira (1993) e Nardi (2002) sobre a maneira em que a desregulamentação do trabalho em relação à Classe Social nos remete a um conjunto de condicionantes na atuação cotidiana e que produzem experiências comuns e geram um conjunto de disposições internalizadas em relação a determinados modos de agir e pensar.

(...) pra conseguir viver bem só o salário, (risos), é porque hoje em dia, eu sou assalariado, pago aluguel, tenho 5 filhos e minha esposa, aí diga aí, você tirar do seu salário, pagar aluguel de casa, comprar roupa pra os seus filhos, comprar alimentação, gás, inclusive meu gás acabou eu to doidinho sem saber o que eu faço, aí são essas coisas, pra pessoa viver bem fora a saúde eu acho que é o recurso financeiro, né? Porque se você tem uma situação financeira boa, você vai ter como se alimentar direito, eu acho assim. (Marcondes, 34a, RN)

Porque na hora H o povo cobra da gente o trabalho pra botar comida em casa. (Carlos Augusto, 40a, PE)

(...) tem muita gente que trabalha por um bocado e ganha pouco demais. Eem vez que quer fazer outro serviço e não pode, entendeu? O dinheiro é um salário, um salário pro camarada ganhar hoje tá ruim, né? E às vezes o camarada tem muita coisa pra pagar. Aí pronto, a vida é dura! (Edivaldo, 48a, PE)

(...) a gente no interior, é que eu sou matuto, diz: “Que emprego é difícil, mas trabalho não falta”. (Leonildo, 34, RN)

Na análise de Sarti (1996), a tradição das Ciências Sociais em tratar os pobres pela “identificação por contrastes”, em que o pobre é um “outro”, visto pela privação e falta, sejam elas econômicas (na dinâmica com a exploração do trabalho) ou política (pela ausência de reconhecimento de seus direitos), inibe um olhar necessário que reconheça a vida social e simbólica dos pobres. Esse reconhecimento da vida social do pobre influenciada apenas pela dimensão econômica pode impedir que este grupo seja pensado como formadores de uma cultura inteiramente autônoma

(Sarti, 1996) e que dentro de suas possibilidades estão munidos de algum tipo de poder (Foucault, 1981; Foucault, 1996).

Quando se comparam com homens de outras classes sociais, o acesso e consumo de bens culturais passa a ser um elemento presente na maneira de perceber sua própria realidade social. Para esses homens adultos, as relações de classe e o acesso aos produtos culturais são inviabilizados pela posição que ocupam no modo de produção e a pobreza passa a ser a única responsável pela redução da qualidade de vida e, sobretudo, como algo que dificulta o provimento de condições de saúde para os filhos e família. O relato abaixo sinaliza que as condições de vida são entendidas como um fator mais determinante do que os hábitos de vida, e a relação entre estes dois aspectos não é relatada, reforçando um aparente modo de atribuir somente as condições sociais, seus problemas de saúde, impedindo que uma percepção dos próprios hábitos também seja contextualizada nessa relação com promoção de saúde (Barata, 2006; Barata, 2009).

Eu não tenho condições de sair daqui, praticar um esporte bom, como tem gente aí que pega um esqui e vai pra praia. Não sei o que é ter dinheiro todo domingo pra tá andando, eu não tenho. Se eu for, Nilde vai querer ir, meus filhos, tudo vai querer ir. É uma despesa danada. Aí tudo isso é saúde né? Porque o filho de gente rica, a gente olha pra cara dele é igual uma maçã? Se alimenta bem, tudo compra de bom, não falta nada, aí tem saúde, né? Tem rico que adocece porque é prometido por Deus, mas que eles compra as coisa boa, compra. (Regis, 53a, RN)

O casamento e a paternidade são marcadores de uma mudança no contexto de vida e que os distinguiria dos jovens tidos como descomprometidos por estarem “na farra” (Marcondes, 2012). A constituição familiar é uma via para se tornar “homem feito” com suas responsabilidades na relação familiar e com sua posição social. Ao mesmo tempo em que o casamento e a paternidade trazem uma nova posição na vida social e privada, tais mudanças também apresentam seu ônus.

Uma boa esposa, um bom filho, saber educar o filho, trabalhar o dia a dia, fazer boas amizades, é o que precisa pra viver bem (Milton, 32a, RN).

(...) foram os dois que geraram aquele filho. Então aquele filho é dos dois. Pertence aos dois ali. O que acontecer com um, tem que acontecer com o outro, o que acontecer, tem que ser dividido. Tudo conversado, tudo solucionado entre os dois ali. Mas a ninguém interessa. Nem a só um, e nem só a outra, nem a mãe, nem o pai, são os dois, têm que tá ali, aquele conjunto ali pra resolver (...) É responsabilidade dos dois, com certeza. Muita responsabilidade, muita. Você tem filho? (Reinaldo, 38a, PE)

(...) porque quando eu fui me casar, eu pedi a Deus e fiz um plano pra ter só dois filho e quando completei os dois filho, eu mandei fazer a ligação. Paguei pra fazer a ligação numa clínica particular (...) pobre não pode ter muitos filhos não. (José Carlos, 54a, PE)

O casamento destaca-se também por ser um evento influente para pensar sobre o futuro e sua relação com hábitos de vida desfavoráveis à saúde. E não cumprir esse código de conduta pode significar o comprometimento moral do homem adulto.

Depois do casamento, eu ainda passei uns dois a três meses bebendo. Aí ela foi de mansinho, de mansinho, e tal, aí graças a Deus, foi pedindo, aconselhando: “isso não dá certo”. A minha mãe também não gosta, aí andou falando, aí eu pensei, to estragando a minha saúde, acabando comigo, aí quando eu tiver velho será que não vou ter uma pessoa pra tá sempre ali, do meu lado. Minha mãe dizia, meu filho se ajeite, seu pai já morreu, eu não vou poder tá ali sempre do seu lado, arrume uma pessoa de futuro, aí graças a Deus chegou, foi essa. E vai fazer 10 anos. (Joilson, 40a, RN)

Mas eu penso assim, que ela olha assim e diz pra ela mesma, o meu marido não faz isso. Meu marido poderia acompanhar, vim pra uma reunião, ele não faz isso. Prefere tá conversando com os colegas, prefere tá...num bar bebendo, larga do serviço, vai pro bar, vai beber. (Avelino, 36a, PE)

O desemprego e a impossibilidade de concretizar as prerrogativas de ser provedor, e a falta de redefinição do ambiente doméstico e conjugal parecem em um primeiro momento ser responsáveis pela aproximação dos homens com o alcoolismo, os espaços públicos e a improdutividade. Entretanto, tal como aponta Nascimento (2005), o álcool se insere como um elemento fundamental para a existência de redes de solidariedade e socialização entre homens.

Por que tá desempregado, aí não tem o que fazer dentro de casa, aí vai pra rua. Aí tem amigos, aí conhece uma pessoa, fica ali, no meio da rua. Aí quando você também tá trabalhando, tá com o dia todinho ocupado, né? Só vem de noite. Quando chega de noite, é cansado, vai deitar. E quem tá desempregado é o tempo todinho na rua. Termina indo pra esse lado (...) e o homem na rua, num liga pra nada, sai do trabalho, aí chega vai pro bar, no outro dia, vai jogar. Aí não pensa nem em si próprio. Pensa mais em diversão. (Alceu, 33a, PE)

(...) um amigo meu morreu de cachaça. Daquela casa bem ali. O cara doente, a gente dando conselho, o médico disse, olhe não beba mais, nem fume. Aí voltou pra o mesmo ramo de novo, vivia fumando. Quando caiu, foi de uma vez, é isso. (Everaldo, 52a, RN)

(...) aí começava a beber com amigos. Beber, fumar, isso e aquilo. Aí eu me acabei um pouco, eu tenho 1 ano e 3 meses de Karatê, ali na academia. Aí me afastei, depois voltei. Quando arranjei a segunda mulher, voltei. Ela fez eu parar de beber, mas quando ela inventou de sacanear com minha cara, aí comecei na bebida de novo. (Joilson, 40a, RN)

Aqui em Peixinho, o que mais tem é homem na rua. Pelada, na esquina aí. Pode ir ali na esquina que tá tudo cheio. Tem muita gente desempregada aqui. (Edivaldo, 48a, PE)

(...) (o homem) Bebe, joga, joga bola, né? E a mulher não faz isso, a diferença do homem pra mulher é essa. Coisa que o homem faz e a mulher não faz, jogar bola, nem beber, não é toda que não bebe não, mas muitas não bebe. Chega nem perto né? A daqui nunca bebeu, nem um copo de cerveja nunca bebeu, nem um gole de cerveja, nunquinha. (João Moura, 54a, RN)

Os contornos da vida doméstica, modificados pela reordenação familiar, produzem nas trajetórias de vida certos conflitos decorrentes da alteração dos papéis padrões tradicionais dos grupos domésticos e têm como consequência o fortalecimento do poder da mulher ainda que este não esteja legitimado nos discursos masculinos. Esta reordenação da família é situada nos relatos a partir de questões relativas ao nível da "divisão do poder, autoridade, papéis e funções internos na vida privada. As trajetórias são marcadas por tensões nas quais a mulher tem seu poder ampliado e a autoridade interna à família e passa a intensificar o controle em relação ao desempenho do esposo ou companheiro. A intensificação desses conflitos pode

levar à expulsão ou o abandono da casa por um membro do casal e parece ser muito influenciado pela expansão dos papéis e funções da mulher (Nascimento, 1999). Segundo Nascimento (1999) a importância desta diferenciação está em perceber estes novos arranjos como uma variação que permite o controle de situações críticas, nos quais, enquanto se faz possível, a mulher vai procurar reverter a situação, cooptando o companheiro a assumir os papéis principais ou a assegurar os recursos básicos à reprodução e da vida na comunidade. Portanto, adaptar-se aos novos arranjos familiares é uma tarefa que garante a manutenção do casamento.

(...) os homens que fazem isso eles tão vendo que a durabilidade do casamento deles não vai ser tanta. Porque quando a pessoa divide as tarefas, a pessoa fica menos estressada e quando a pessoa deixa as tarefas só pra uma pessoa aí, quer dizer, aquela pessoa começa enjoando, enjoando e enjoando, porque tá se sentindo o que? Uma escrava do lar! (Romildo, 39a, PE)

Foi de nós dois, porque ela falta ainda dois anos, ela quer tomar injeção, mas eu não concordo, então eu vou fazer (a vasectomia) (...) Ela ficar sendo furada, pra daqui a dois anos ser cortada de novo? Não, eu disse, assim eu faço, Eu tenho conhecimento com o pessoal da farmácia, eu faço serviço pra eles. Aí eles disseram que vão arranjar pra mim a cirurgia, aí eu vou fazer. (Joilson, 40a, RN)

Ainda na tentativa de produzir efeitos sobre procura pelos serviços por parte dos homens, a expectativa é que se intervenha nas mulheres, pois estas são entendidas como mediadoras da aproximação ou não dos homens com os serviços de saúde, o que reforça a lógica da responsabilização feminina do cuidado em saúde da família.

(...) o serviço de orientação maior tem que ser dedicado às mulheres desses homens, pra que elas, dentro de casa, ela converse com ele, insista, entendeu, com eles, pra que e tire esse tabu que médico é o bicho de sete cabeças (...) acho que o acesso ao posto por parte dos homens, seria o não dar camisinha a mulher, né? Porque a mulher vem no planejamento familiar e ela recebe essa camisinha e leva pra casa. e então, o homem não vê a necessidade de vim ao posto pegar, né? Ele diz assim, não, minha mulher já vai, já pega, então não tem a necessidade de ir ao posto. Então eu acho que isso é um erro, certo, por parte da própria mulher, que ela

leva camisinha pra o marido e aí evita que o marido venha até o posto. (Dirceu, 35a, PE)

Os espaços de socialização são elementos recorrentes na dinâmica diária dos homens adultos que compõem este estudo e irão acompanhá-los em suas trajetórias de forma mais ou menos constante até a velhice. O bar, a rua, o futebol são caracterizados como os espaços masculinos que promovem a manutenção dos temas tipicamente masculinos e que parecem fortalecer a virilidade. Nascimento (1999) se refere a estes espaços como contextos de “atualização” das masculinidades hegemônicas, que mesmo apresentando-se como ultrapassado ou incômodo, é ainda utilizado como referência por estes homens de camadas populares.

Sobre saúde, a gente não comenta muito não que o trabalho da gente é muito corrido. A gente comenta mais sobre trabalho mesmo. Quando se junta é mais sobre trabalho, sobre mulher, essas coisas. Sobre saúde a gente quase não comenta. (Assis, 44a, RN)

Coisa que o homem faz e a mulher não faz, jogar bola, nem beber, não é toda que não bebe, não, mas muitas não bebe, chega nem perto. (João Moura, 54a, RN)

Quando eu saio com os meninos ali pra tomar uma dosezinha de pitu, beber no fim de semana, na brincadeira, né? A gente fica bebendo, brincando, isso prejudica. Agora pra mim, acho que não prejudica muito, porque eu não vivo bebendo direto, sabe? Não sou como tem gente que de manhã bebe, de noite bebe, no outro dia de novo, eu não faço isso. Tem semana que eu não bebo, às vezes eu bebo uma coisinha de noite, só de noite, pra ir dormir e pronto. Mas não é certo, não é certo. (Regis, 53a, RN)

Na discussão proposta por Nascimento (1999), o bar aparece, conforme afirmei, como um espaço privilegiado para a definição e a atualização do modelo de masculinidade hegemônica. Por ser um espaço informal, o bar comporta experiências que problematizam alguns dos elementos mais marcantes da masculinidade hegemônica (posturas e atitudes podem informar sobre o que é ser homem), ao permitir aos homens dar voz aos seus sentimentos e a visualização de suas fragilidades que, em grande medida são favorecidas pelo consumo de álcool. Do mesmo modo, o fato de colocar homens distintos, sob vários pontos de vista,

segregados das mulheres em um mesmo espaço, faz com que se visualizem as assimetrias internas à masculinidade.

Idosos: homens entre 55 a 74 anos

O cara quando é novo faz muita extravagância com mulher no meio do mundo, não liga pra nada, tem doenças venéreas e não se trata bem. Isso tudo fica dentro da pessoa e quando a pessoa vai ficando velha aquilo vai saindo, vai pra os ossos, vai pra o sangue, em tudo prejudica. Mais ainda quando chega a velhice. Aí é que prejudica mesmo. (José, 59a, RN)

O agrupamento que compreende os idosos apresenta um coletivo de homens aposentados casados e, entre estes, alguns são separados. Todos os homens deste grupo possuem filhos e alguns já possuem netos. São idosos que apresentam morbidade referida de doenças crônicas tais como hipertensão e diabetes, sendo constante o relato de dores na coluna e de disfunção sexual. A análise dos relatos deste grupo de homens me levou à suposição de que, para muitos dos informantes da pesquisa, os comprometimentos crônicos de saúde parecem atribuídos simbolicamente ao “débito acumulado” de uma “vida na farra” - um certificado de sua masculinidade exercida na juventude e na maturidade e que agora, cobra na saúde e na sociabilidade o preço da dívida pelos comportamentos e hábitos prejudiciais à saúde.

Como é fenômeno em constante trânsito ao longo dos ciclos e das trajetória de vida, a Geração dialeticamente é ordenada e contribui para a ordenação social em torno do que Motta (2010) denomina de três eixos teóricos: gênero, raça e classe social. Diferente da forma como ocorre nas relações de poder baseadas nas categorias Gênero, Raça/Etnia e Classe social na categoria Geração, o objeto de subordinação etária ou geracional muda ao longo do tempo, seja no sentido dos ciclos da vida ou no percurso histórico das sociedades. Essa mudança inerente à categoria Geração, torna os mecanismos de dominação e subordinação social, bem como as formas de luta, pouco visíveis e reconhecidos. Esta dificuldade de capturar os elementos que tecem os mecanismos de dominação e subordinação, impedem que determinados

grupos geracionais formulem seu posicionamento e reivindicuem sua garantia de direitos e participação social (Motta, 2010). Entre outras complexas questões, essa é uma das análises do social que gera questionamentos sobre o quanto de (i)legítimo existe na representação das demandas destes grupos marcadamente heterogêneos, assistidos pela Política Nacional de Atenção integral à saúde do Homem (Carrara, Russo e Faro, 2009; Nascimento e Carrara, 2012), bem como pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006).

As diferentes juventudes e velhices, ainda que tenham sua parcela de poder na dinâmica social, permanecem circunscritas às fronteiras normativas que definem o que é ou não permitido e o que é ou não aceito para estes grupos de homens dentro de suas posições de Classe social, Território e Geração. Observa-se nas falas, um desejo latente dos jovens para concluir os rituais típicos da juventude e assim alcançar o próximo nível da hierarquia de poder: a vida adulta, a emancipação financeira e a autonomia para decidir sobre seu lugar no social. E por sua vez, notam-se, nos dos adultos, as tentativas de evitar relações de submissão no trabalho e as estratégias de desacelerar o processo que, via de regra, irão colocá-los na velhice. Por sua vez, os homens velhos analisados neste estudo, parecem buscar outros elementos importantes para sua identidade masculina, uma vez que o trabalho, a sociabilidade do bar e da rua já não são espaços de pertencimento a esse grupo. Esse elemento de afirmação da masculinidade se caracterizou na esfera da sexualidade, sendo a disfunção erétil e a busca pela virilidade, desfechos abordados pelos entrevistados.

Segundo Debert e Brigueiro (2012), o processo de envelhecimento instaura uma nova etapa do curso da vida sexual, o que se pode verificar não somente na reiteração discursiva do prolongamento da sexualidade no curso da vida, como também na descrição dos problemas sexuais enfrentados por homens na velhice e nas tecnologias específicas formuladas como parte de sua solução. Os relatos dos idosos dialoga esta discussão, pois frequentemente fazem referência ao desejo de resgatar os símbolos de uma vitalidade perdida, que no caso das masculinidades está diretamente relacionada à virilidade e à potência sexual.

Não é doença, é, deve ser fraqueza, não sei se é o remédio que eu tomo, que as vez faz que nem diz a história, às vezes eu nego fogo. (Arnaldo, 56a, PE)

(...) a minha pressão subiu, aí ela me deu um remédio, né? Aí o remédio me ofendeu. Aí eu vim e falei pra ela que eu fazia sexo 3, 4 vezes por semana. “Isso é coisa da sua cabeça”, ela falou pra mim, mas a maior parte dos velhos não tem coragem de falar e ela disse: “isso é coisa da sua cabeça”, mas não é não. (Antonio, 68a, RN)

Esses últimos dias agora, eu to sentindo uma falta na saúde sobre viver com uma mulher no sexo. Eu tô com 61 anos de idade e tem vez que pra mim eu tô morto. Assim, é só o pensamento, mas o restante fica como corpo morto. (Israel, 61a, RN)

Os relatos dos idosos acima fortalecem o posicionamento de algumas políticas que visam promover a saúde sexual e empoderam discursos que buscam promover a medicalização da velhice no sentido de resgatar a potência sexual. Acerca desta questão, Debert e Brigeiro (2012) apontam que o panorama atual das pesquisas atualiza a associação entre rejuvenescimento e restauração das funções sexuais e advoga pela manutenção do desempenho sexual na velhice e introduz nessa geração de idosos a recusa de uma velhice assexuada. Segundo Tramontano (2012), o volume de produção científica marca o imperativo da reflexão e das práticas de profissionais da Urologia e Endocrinologia sobre o tema. Assim, a noção de uma velhice sexualmente ativa vem se consolidando no discurso biomédico e é intensamente propagado pelos meios de comunicação de massa (Debert e Brigeiro, 2012; Tramontano, 2012). Localizando esta discussão no bojo das teorias que revisam o processo histórico da formação territorial de uma identidade masculina do nordestino (Albuquerque Júnior, 2013), a manutenção da virilidade ao longo dos processos de envelhecimento também parece materializar a ideia de um homem viril e disposto para o sexo, independentemente de sua condição orgânica e das mudanças corporais inerentes ao envelhecimento.

O relato abaixo confirma a procura masculina por intervenções que mantenham a potência sexual, mas traz a lume a relação entre velhice, ciclos de vida e a recusa e intervir sobre fatores orgânicos para manter o desempenho sexual, vinculado a capacidade de ter ereção. O trecho indica uma inconsistência, pois em

momento anterior ele afirma que irá fazer uso de terapia hormonal para resgatar sua potência, o que parece indicar a tentativa de garantir sua virilidade que está comprometida pelo uso dos anti-hipertensivos.

Por onde eu tenho andado a principal queixa é essa aí, porque quando o homem fica impotente tudo vai ficando abandonado, fica muito difícil. A queixa maior que eu tenho visto dos homens é essa aí. Tem homem que toma Viagra. Eu nunca tomei, pra mim é isso, se a minha potência acabou, então é isso, acabou, tudo tem começo e fim, eu não vou inventar essas coisas não. (Antônio, 68a, RN)

Pode-se entender que a sexologia, por ser uma disciplina de caráter aplicado, vem oferecendo os recursos necessários às disciplinas biomédicas em sua empreitada de intervenção sobre o desempenho sexual na velhice, sugerindo novas formas de experienciar a sexualidade mesmo quando a interferência dos imperativos orgânicos interferem sobre a potência sexual (Debert e Brigeiro, 2012). Assim, segundo a sexologia, viver a sexualidade para além da genitalidade seria uma via alternativa aos idosos. E a criação de medicações para disfunção sexual amplia os espaços sociais de discussão sobre comportamento sexual na velhice e passa a ser tema comumente divulgado nas mídias e em programas que abordam temas relacionados à saúde. A despeito dessa análise, foi significativo o fato de que os homens idosos não abordam afeto, troca mútua de estimulações não genitais como alvo de suas demandas em saúde. Para eles, o que emerge como demanda é a necessidade de resgatar a potência sexual e garantir a manutenção de uma sexualidade genitalizada.

Na leitura dos relatos, nota-se que os idosos se queixam em menor frequência do atendimento recebido nos serviços de saúde. Entretanto, para alguns, a queixa se refere a assistência burocrática, morosa e por vezes negligente dos serviços de saúde. Porém, se por um lado os serviços são percebidos como insatisfatórios na assistência prestada, estes serviços também parecem prover acesso a novas tecnologias biomédicas que prometem resgatar a vitalidade e retardar o processo de envelhecimento. Dessa maneira, o serviço que é avaliado pela organização administrativa ineficiente e pela falta de recursos materiais insuficientes a todos/as os/as usuários/as, é também aquele que irá visibilizar e atender demandas com tendências políticas e ideológicas articuladas na promoção de uma experiência de

envelhecimento medicalizado. Realidade essa que parece reafirmar a normatividade da masculinidade hegemônica a partir do controle hormonal (Carrara, Russo e Faro, 2009; Rohden, 2011).

(...) a pessoa pra fazer uma consulta, às vezes, vai e num tem um medicamento. É aquela confusão toda. Faz uns três meses que eu luto pra uma consulta pra um médico do coração e ainda num consegui. (Armando, 63a, RN)

Eu cheguei pra ser atendido e não tinha médico, disseram que o médico tava de férias e eu não fiquei satisfeito. (Genivaldo, 61a, RN)

(...) hoje eu vou fazer uma reposição de hormônio, hoje, ta fresquinho, né? Mas quando eu penso que não, vem aquela quentura, no lugar que eu tiver na cama fica molhad. E essa reposição eu acredito que vai melhorar minha impotência. (Antonio, 68a, RN)

Nos relatos prevalecem as ideias de que as doenças são inerentes à idade e que quanto mais comportamentos preventivos tiverem, mais serão suas possibilidades de envelhecer com saúde. Nesse aspecto, a prevenção é tomada a partir do uso de serviços e aborda a saúde enquanto um fenômeno restrito ao acesso e consumo de intervenções médicas, sendo especialmente vinculadas à atenção secundária em saúde.

Até meus 30 anos eu não sabia que...eu não sabia nem o que era pressão (...) Eu não sabia nem o que era isso. Até os 30 anos. Agora depois é que eu comecei...a gente vai ficando mais velho, vai aparecendo mais uma coisinha, a gente aí tem que cuidar. (Cícero, 74a, PE)

Agora o que eu acho dificultoso é a gente quando chega em certa idade, pra fazer a prevenção de próstata tem que ir. (Josué, 58a, PE)

(...) a partir de agora, como eu já tenho essa idade, então vou ter mais cuidado com a minha saúde, porque quando a gente é novo é uma coisa e na velhice é outra. Pra gente adoecer é igual uma criança. e então, a partir de agora eu vou ter mais cuidado com a minha saúde. (Afonso, 63a, RN)

Porque antes, quando o cara é mais novo, ele num liga muito, né? Assim, ele pensa que todo tempo tá bom, mas quando vem a velhice, é que você vai sentindo. (Donizete, 67a, PE)

Como nos outros grupos geracionais, os idosos, mesmo que já aposentados, permanecem na condição de terem sua saúde administrada pela esposa (ou a amante, que nas entrevistas é referida como “pessoa” ou “amiga”). Cuidar da saúde estaria relacionado a “ouvir recomendações e conselhos” de uma figura feminina ou de algum profissional da saúde.

É como eu te falei, né? Se bota aqui um urologista e as mulheres ficar sabendo que tem isso aqui, quando chegar em casa, dizendo pro marido, ele vem. (Josué, 58a, PE)

Ela cuida de mim direitinho quando eu estou doente, leva pro hospital. (Armando, 63a, RN)

(...) não vou mentir, às vezes eu esqueço de tomar remédio. Eu não tenho ninguém. Eu só penso em trabalhar. É só o que eu penso, mas tem uma pessoa comigo que telefona pra mim de manhã: “Israel, já tomou o remédio da taxa de açúcar, o de pressão, já tomou?” (Israel, 61a, RN)

(...) a minha família me orienta, principalmente a minha esposa, ela fala pra mim não comer muita comida gordurosa, pra mim não comer muita comida temperada, a minha menina também se preocupa, e realmente eu me preocupo com a minha saúde. (Leonel, 54a, RN)

Aproveito para destacar a referência da existência atual ou passada da figura da “amante” como um elemento que foi bastante recorrente nas entrevistas dos idosos. Estes se referem aos relacionamentos extraconjugais, sendo a amante uma figura importante na vida ou na dinâmica de cuidados com a saúde. Ao longo das leituras, tive a impressão de que, caso tivesse sido explorado (o que não era o objetivo do roteiro de entrevista, tampouco do recorte do estudo) este tema traria outros relatos que poderiam deixar a análise mais consistente.

Sempre, sempre eu tô olhando minha casa, minha esposa, minha amiga também que eu tenho. Ela sempre reclama e eu sempre explico a ela, do jeito que ela me controla eu controlo também a saúde. (Israel, 61a, RN)

O estereótipo do homem como não cuidador também é uma permanência

entre os homens idosos e atrelado a isso estão os papéis sociais esperados em relação ao que cabe ao homem e a mulher quanto às responsabilidades familiares e parentais. Motta (1999) aponta que as prescrições, ora cômodas ora desconfortáveis, de uma fórmula de intensa e variada parceria e de afirmação de “masculinidade” baseada na dominação da mulher e filhos, na obrigação de ser o provedor único da família, ainda vigora entre os homens dessa mesma geração e gera a expectativa de recebimento de “serviços” domésticos das mulheres.

(...) porque eu era um pouco ignorante, e eu trabalhava, e não tinha tempo de nada. Ela mesmo que se dirigia aos médicos e resolvia os problema dela sozinha, nunca acompanhei não. (Cícero, 74a, PE)

A minha mulher, né? É a primeira, basta eu dizer que tô com uma dor de cabeça, ela já fica aperreada. “Vamos pra o médico, vamos pra o médico”. Quando eu não quero vir logo, ela vem e tira a ficha, “pronto, já tô com a ficha pra tal hora, você ta lá”. Quem se incomoda é ela. (Genivaldo, 61a, RN)

Foi comum entre este grupo a referência ao uso de remédios caseiros em detrimento das práticas biomédicas, entretanto o tema é comumente apresentado como sendo a prática de um conhecido. Este dado remete à reflexão que relativiza o cuidado masculino, se em alguns estudos os cuidados com a saúde estão analisados como ausentes nessa população (Gomes, 2003; 2008), para outros o cuidado masculino é analisado como existente, porém fora das práticas biomédicas (Medrado e Lyra, 2008; Medrado, Lyra e Azevedo, 2011)

(...) passou um cara vendendo um remédio aí que diz que evita, quem nunca teve evita de ter, aí eu fui e comprei um vidro, aí a mulher disse, “homem tu sois diabético, não pode tomar esse remédio. Primeiro você leva à médica e procure saber”. Aí eu vim pra reunião aqui e quando cheguei aqui, mostrei a médica e ela disse que eu não podia tomar porque tem açúcar. (Genivaldo, 61a, RN)

Tem um senhor também, há um tempo atrás, ele teve uma doença. Eu fui, ele ficou bom com remédio do mato, a casca da ameixa cozinhada, sarou todinho, tá lá. (Afonso, 63a, RN)

Tem muitos que procuram negócio de terreiro, tem outros que procura curador, outros procura negócio de pessoas que faz garrafada, essas coisas (...) Por exemplo, pra doença venérea, tem muita gente que procura garrafada, tem deles que nem médico procura, vai logo pra garrafada. (Genivaldo, 61a, RN)

Eu já vi muito o povo dizer que faz o remédio caseiro em casa, e toma, em casa mesmo. (José, 59a, RN)

Os contextos de socialização foram pouco referidos e, se no passado, na idade adulta, estes contextos eram o bar e o futebol com os amigos; na velhice, com o aparecimento de doenças como diabetes e hipertensão, esses hábitos passam a ser pouco frequentes ou não relatados. Isto pode estar relacionado ao fato de que declarar certos hábitos deletérios no presente pode ir na contramão das razões que os levam a estar ali no serviço de saúde, aguardando por atendimento médico.

(...) tudo isso influi na nossa convivência, a bebida, tudo é prejudicial se a gente não evitar. (Afonso, 63a, RN)

(...) mas eu não bebo, não fumo, eu já fumei muito, mas há 23 anos eu deixei (...) até que faz uns, uns 30 dias que eu não bebo nada. Quando vier carnaval agora, vai ser a mesma coisa. Tô me sentindo bem com isso. (Cícero, 47a, PE)

(...) porque você pode ser o melhor amigo meu, e se estiver numa bebedeira, com um bocado de amigo seu, eu não vou lá não. Vou não. Porque tem um bocado de amigo bebendo, aí chega um amigo seu do lado de fora, uma cachorrada. (José, 59a, RN)

(...) já fiz muita extravagância, passar noite de sono, às vezes trabalhar demais, passar o dia trabalhando e enrolar até quase meia-noite, fazendo hora extra. No final de semana cair na farra, aí passar dia e noite bebendo e farreando, sem dormir bem, sem comer bem, tudo isso é extravagância, né? E a gente passa a sentir depois que fica velho. Quando o cabra é novo não sente nada. (Genivaldo, 61a, RN)

Ocorre ainda que, para aqueles que mantinham tais hábitos na vida pregressa, as doenças da velhice parecem ser simbolicamente associadas a uma espécie de consequência de terem levado uma vida na “farra”.

(...) isso são extravagâncias que a gente faz, né?, Depois é que a gente vai sentir aquilo que fez. (Genivaldo, 61a, RN)

Os estudos de Motta (1999) e de Debert (2004), discutem que a velhice e envelhecimento são processos vividos e percebidos diferentemente em cada sociedade, grupo e geração, conforme suas particularidades culturais, sociais e econômicas, particularidades estas que permitem aos indivíduos de um grupo interpretar a própria experiência e guiar suas ações. Desta forma, o campo da Saúde Coletiva, pode incorporar a ideia de que existem experiências distintas de envelhecer, sendo inclusive relevante substituir o termo “velhice” por “velhices”. As trajetórias dos idosos articuladas neste estudo, demonstram um conjunto de experiências coletivas que por serem semelhantes entre os idosos entrevistados, conformam um conjunto de possibilidades de viver a velhice como homem nordestino e pobre, e que no coletivo dos informantes articulam-se predominantemente acerca da tentativa de romper com o modelo de uma velhice assexuada. Os estudos de Valério (2001) e Maia et al (2012) reiteram os argumentos de Debert (2004), ao indicar que os valores e padrões presentes nos discursos sobre o que deve ser o masculino e o feminino presentes na velhice envolvem uma dinâmica participativa distinta em uma dada cultura territorial, a partir do uso diferenciado dos espaços de sociabilidade e em constante embate entre as exigências normativas e as experiências plurais.

CONCEPÇÕES DE GÊNERO E MASCULINIDADE

A análise desta seção aborda as continuidades nos modos de perceber e interpretar o Gênero, as diferenças sexuais e a masculinidade, e se refere aos pontos de vista compartilhados entre os grupos geracionais. Apresenta também as rupturas ou descontinuidades entre as formas de compreender o Gênero e a masculinidade e que irá diferenciar os posicionamentos entre os grupos geracionais. As rupturas intergeracionais constituem novos modos que um grupo geracional apresentou em relação ao modelo já vigente na geração de indivíduos que ocupavam outra posição geracional.

Também serão descritas as “transições” que se apresentaram como formas alternativas de compreender sua realidade e se caracterizaram como momentos transitórios, nos quais a mudança de posição geracional trouxe a campo novas interpretações da realidade na qual se inseriam os indivíduos. As transições se diferenciam das rupturas, pois na dinâmica intergeracional, são experiências intermediárias e transitórias entre a mudança e a manutenção de formas de interpretar e agir. No decorrer da análise que segue, serão apresentados, quando possível, os relatos de homens dos três grupos geracionais para ilustrar o dado analisado.

Continuidades e permanências intergeracionais

O corpo e a diferença sexual foram atributos que distinguiram o homem e a mulher e dessa forma influenciaram as atividades atribuídas a um ou ao outro na vida doméstica e no trabalho. A análise dos relatos indicou a divisão doméstica/social do trabalho, da vida sexual e as concepções acerca dos papéis a serem desempenhados pelo homem e pela mulher na vida familiar.

(...) o homem faz mais trabalhos pesados, são mais ativos no mercado de trabalho, ativos que eu digo, assim, tarefas mais pesadas, correndo pra lá e pra cá, a mulher faz tarefas mais leves. (Rafael, 25a, RN)

(existe) tarefa que exige um pouco da força física né? (...) Trabalho que exigem raciocínio, inteligência, não vejo problema entre ser homem e mulher não. Naqueles que

exigem a força física eu acho que é mais adequado que o homem faça. (Éderson, 27a, RN)

Ser homem é ser do sexo masculino, né? Primeiro, tem que ser. Cumprir com seus deveres, ser como é que se diz, assim... agora fugiu. Fazer suas necessidades normais, como o sexo, né? E essas coisas assim de homem. Eu acho que pra ser homem tem que ser assim. (Assis, 44a, RN)

Você vê. Quando a mulher engravida, a mulher descansa, tem quatro meses, agora parece que vai ter seis e a mulher realmente, o corpo dela é diferente do homem. (Josué, 58a, PE)

(...) a mulher também tem que ser mulher, tem que ter caráter também, respeitar-se. Se for casada, respeitar o marido, cuidar bem dos filhos, cuidar bem dos afazeres de casa. Então, a diferença que tem do homem pra mulher é essa daí. O homem sai pra trabalhar e a mulher tem que ficar pra cuidar da criança, da casa. Pode trabalhar, mas tem que ter também moral de mulher. (Afonso, 63, RN)

A diferença pareceu ser interpretada como um elemento que produz distinções intelectuais entre homens e mulheres, fortalecendo os discursos misóginos e patriarcais que sustentam o assujeitamento das mulheres.

Cada um tem a sua divergência, né? Ela, com o entendimento dela. Eu com o meu entendimento um tanto mais aguçado do que o dela. Mas nem por isso, porque ela tem uma parte na ignorância acerca do conhecimento das coisas, que eu desrespeitar ela nem humilhá-la, né? Jamais. Então eu creio que nós já estamos juntos há 25 anos. Às vezes eu digo a ela: “se fosse pra casar de novo com você eu casaria 10 vezes”. Aí ela diz: “você tem muita coragem”. (Edmur, 45a, RN)

As concepções sobre o que é ser homem abordaram a autonomia como um aspecto que define o homem e seu lugar diante da sociedade e da família. Para alguns dos entrevistados, ser homem é ter autonomia sobre si mesmo e perseverança diante dos objetivos de vida.

(...) é ser responsável, ter caráter, poder trabalhar pra se assumir. Pra mim homem é isso. Quem trabalha, se assume e não é dependente de ninguém. (Leonardo, 26a, RN)

(...) a mulher, eu acho que é mais... não é que seja fácil a vida dela, mas são pessoas mais simples, mas pra ela tá tudo bom,

aquilo ali tanto faz, se der bem, se não der também... O homem já é mais raçudo, ele vai lá e tenta buscar, pelo menos aqueles que querem alguma coisa na vida. (Gilmar, 24a, RN)

(...) ser líder de família, tomar ponto das situações. (Geraldo, 24a, RN)

É não mexer no que é dos outros, sempre evitar de tá com negócio de fofoca no meio, trabalhar, ser dono de si próprio mesmo. (Humberto, 21a)

(...) no sentido homem porque tem o sexo masculino, todo ele, mas no sentido de dizer homem no geral, é o que tem responsabilidade.(...) homem no sentido de ser homem, é aquele que assume a responsabilidade como homem, com caráter, aí sim eu posso dizer que é um cidadão que pode carregar esse nome de homem, com H maiúsculo (Nilson, 46a, RN).

Diferentes atributos referentes à vida privada e à vida social definiram o que é ser homem. Para os entrevistados, ser homem é cumprir os deveres socialmente estabelecidos nos contextos privados e sociais.

Ser homem é você cumprir com suas obrigações, seus deveres. Cumprir com sua responsabilidade no trabalho, né? Seu papel de pai de família, dar atenção ao filho, amor, carinho à esposa, são tarefas de um homem, ter uma boa relação tanto social como profissional com as pessoas e familiar também. Fazer o seu papel tanto com a família como com a sociedade, são exemplos de você ser um homem. (Ederson, 27a)

Para o homem seria mais sacrificante permanecer muito tempo no contexto privado doméstico e disto denota-se o importante papel de contextos sociais e públicos para a efetivação das identidades masculinas.

(...) acho que nem todo homem aguenta ficar em casa o tempo todo, acho que é isso. (Ian, 17a)

A mulher tem uma facilidade nesse ponto. A mulher tá sempre dentro de casa, tá sempre vendo o que tá acontecendo, assim, tem mais tempo. (Geraldo, 24a, RN, RN)

Não que eu queira generalizar assim que o homem tem que trabalhar e a mulher ficar em casa, mas sei lá, o sentimento

do homem e da mulher é diferente. A mulher gosta de ficar com os filhos, ajeitar a casa. (Gilmar, 24a, RN)

É cuidar de comida, dos filhos. Não é que eu diga que os homens não cuidem, mas a mulher tem como se fosse mais obrigação do que os homens. Os homens é mais pra trabalhar, essas coisas assim. E as mulheres não. (Ian, 17a)

Porque o homem tem que trabalhar pra botar as coisas dentro de casa, né? E a mulher (...) Ela trabalha sim, mas ela chega de três horas, ela começou a trabalhar agora, tem três meses. Mas por mim ela não trabalhava. (Humberto, 21a, RN)

Nos relatos dos homens adultos e velhos, três palavras-chave orientaram as concepções de masculinidade: caráter, honra e honestidade. Essas palavras retomam alguns dos princípios das masculinidades hegemônicas e atualizam os atributos constitutivos da masculinidade calcada no tipo regional de homem sertanejo (Albuquerque Junior, 2013). Tais princípios garantem os elementos necessários para o caráter de um homem envolvido em preservar sua honra na família e na comunidade. São esses mesmos princípios que supostamente distanciaram esses homens das tipologias menos reconhecidas, compostas por homens servís, depauperados e sem dignidade.

Ser homem não é só aquele que sai com uma mulher, faz o que quer e diz que é homem. Homem tem que ser no caráter, na vergonha, em tudo. Não é só como eu vejo muitos por aí, o homem tem que ter caráter, vergonha na cara, saber andar no mundo, saber entrar e sair. (Joilson, 40a, RN)

(...) ser homem é você saber respeitar as pessoas, é você ter um bom caráter, entendeu? Você ser humilde, porque a gente sem ser humilde não é nada também não. Tem gente que gosta de pisar nas pessoas. Ser homem é respeitar, ter respeito pelo próximo, eu acho assim, entendeu? (Marcondes, 34a, RN)

(...) um homem tem que ser responsável, ter caráter, dignidade, ser homem sem precisar discriminar outras pessoas, sabe? Sem precisar querer usurpar o direito do outro, ou querer passar por cima de todo mundo. Não! Ser homem no sentido de ter caráter, respeitar as pessoas e arcar com suas responsabilidades. É o meu pensamento, o meu ponto de vista. (Leonildo, 34a, RN)

(...) ser homem é o seguinte, é a pessoa honrar, ser um homem sincero, cumprir com os seus deveres, as suas obrigações, com tudo que for compromisso, que assuma, não enganar, e ser um homem de palavra, entendeu? De moral, pra família e pra ele mesmo. (Leonel, 54a, RN)

(...) ser homem é o cara não ficar enganando os outros, não roubar, não ter vício miserável de droga, fumar droga, não ficar enganando a um e a outro. Tem gente que fica enganando a um e a outro, né? Compra fiado e não paga. Pra ser homem o cara tem que ser fiel, né? Leal, comprar e pagar, não enganar a ninguém, né? Ser honesto. O homem que mente não é homem, né? Homem que rouba não é homem. Tem que ser honesto. Eu acho que homem tem que ser assim, mas tem muitos hoje em dia que é só de enrolação, né? Fica enrolando a um e outro. O valor do homem é a honestidade. (João Moura, 54a, RN)

É um bom caráter, respeitar as pessoas, respeitar as autoridades, viver bem na sociedade (...) ser homem é mostrar um caráter de bom brasileiro, respeitar o ser humano, ter sua parceira, conviver bem. (Israel, 61a, RN)

Eu acho que ser homem é ter caráter, caráter de homem. O homem é ser homem com H, tem que ter caráter de homem, ser sincero, positivo, em tudo que ele faz, no que diz. Tem que ter a palavra sincera de um homem. Porque se eu sou homem e fico com conversa mole, então eu não sou homem, sou homem de meia calça. Nós temos que ter moral de homem, nós temos de ter a nossa autoridade como homem, não deixar se entregar com qualquer coisa, temos que ter a nossa moral, cabeça pra cima. No meu entender, ser homem é isso daí. (Afonso, 63a, RN)

Em todos os grupos geracionais, a responsabilidade com a família e o caráter foram fatores constitutivos das suas definições de masculinidades. Demonstrou, portanto, a continuidade e atualização da noção de homem como um indivíduo capaz de atender com responsabilidade as necessidades morais (honra e dignidade) e financeiras da vida familiar.

(...) a primeira coisa pra o cara ser homem, é ele ter caráter. O cara tem que ter respeito com a mulher, fidelidade. Se o cara não tiver caráter, for mentiroso, o cara não chega não”. (Fabiano, 16a, RN)

Ter caráter, responsabilidade com as próprias coisas da casa, acho que é isso daí. Pra ser homem não é ter um pênis, eu acho que não é isso daí(...) É ser o cabeça da família, ser homem é impor moral ali. Eu acho que é essas coisas assim (...) não é que eu diga que os homens não cuidem, mas a mulher tem como se fosse mais obrigação do que os homens. Os homens é mais pra trabalhar, essas coisas assim, e as mulheres não. (Ian, 17a)

Ser homem é cumprir com as obrigações dele, né? Com as obrigações de casa, com a esposa. Ser mais ou menos uma pessoa correta. (Armando, 63a, RN)

(...) ser homem é cumprir com os seus deveres, porque ninguém é obrigado a tratar uma coisa se não quer. Eu trato se quiser. Alguém pode dizer, você não é homem não? Aí é que fica o negócio, eu nunca fui de fazer. (Antonio, 68a, RN)

Ser homem, eu acho, que é tudo, né? Ser homem é primeiramente ter palavra, ter moral pra conduzir ele e as outras pessoas, porque se ele não tem moral, ele não tem força pra conduzir nem ele, quanto mais os outros (...) quando as pessoas não confia, o cara não consegue nada, mas quando as pessoas confia, tudo fica mais fácil, em todo canto que o senhor chegar o senhor é abraçado, né? Porque as pessoas confia no senhor, sabe que o senhor é um homem de moral. (Genivaldo, 61a, RN)

As concepções reproduziram, em boa medida, o valor social atribuído ao modelo hegemônico de masculinidade, que, dentro das realidades particulares e das posições geracionais, tenta ser alcançado e conquistado. Este aspecto corroborou com as análises desenvolvidas por Nascimento (1999) e Pinheiro (2010), os quais identificam que mesmo entre os homens com poucos recursos para acessar e conquistar os postulados hegemônicos de masculinidade, há a tentativa de atualizar e se localizar próximo a este referencial, ao menos em suas formulações discursivas (Nascimento, 1999; Pinheiro, 2010). Nos relatos, os requisitos que constroem a condição de homem, seu espaço social a ser ocupado e sua participação na comunidade, reafirmaram um modelo tradicional do que é ser homem e deixaram claro que as vivências de masculinidades subalternas ou subordinadas foram vistas como experiências negativas. Assim, aproximar-se de condições feminilizantes evidenciou-se como aversivo e penoso.

(...) nem na frente da minha mãe eu tirava a camisa. Ela falava, “eita, Fabiano, você tá com o peito muito grande”. Aí eu ficava assim meio por fora, ficava deprimido. Aí ficava dentro do quarto. Quando eu saía assim pra jogar bola, você sabe que tem um time que fica de camisa e tem outro que não fica, né? Eu era azarado, eu sempre ficava no time que era pra tirar a camisa. Aí eu dizia, não, eu quero ir pro gol, porque o goleiro não precisa tirar não, aí eu sempre ia pro gol. Queria jogar de atacante, mas ficava com vergonha. Os meninos ficavam tirando onda. (Fabiano, 16a, RN)

Os relatos também reiteram outros tipos de homem vistos como antimodelo de masculinidade. Funcionam como uma referência que auxilia a localização do que é ser homem a partir do que é “não ser homem”. Dessa forma, salvo os atributos que não fazem parte do que é ser homem, obtém-se um contorno mais ou menos definido do que é ser homem.

Tem gente que vai numa festa, na sua residência, não sabe, sabe entrar, mas depois saí falando, dizendo isso e aquilo. Então, poxa, vamos ser homem. Pra mim é isso. Na minha opinião é isso, o homem tem que ter caráter e vergonha na cara. (Joilson, 40a, RN)

(...) aquele que não tem palavra não é homem, e ter moral de homem sério. Nem todo mundo que veste calça é homem não, por quê? Porque tem que ter moral, não ser desmoralizado, o cara quando é homem, tem que ser homem mesmo. Quando é homem é homem, quando não é, não é. Eu acho que tem que ser isso, ter palavra e ter caráter de homem. O cara dizer que é homem só porque usa as calças? É besteira, o homem tem que ter palavra. (Everaldo, 52a, RN)

O homossexual seria um outro sujeito que supostamente poderia se passar por homem mesmo não sendo. O relato reitera a análise de Nascimento (1999), na qual os homossexuais são vistos pelos homens como uma espécie de alerta que repetidamente relembra o que deve e o que não deve ser desejo quanto ao comportamento de um homem. Os espaços sociais compartilhados com homossexuais na comunidade funcionariam como uma sinalização para reafirmar a masculinidade hegemônica, mesmo para aqueles que se encontram dentro de posições subalternas deste próprio modelo. Nas entrevistas, esta referência também fortaleceu a noção da homossexualidade como infortúnio biológico e inato, embora possa influenciar todos que se aproximam dos homossexuais.

Os homossexuais que passam na televisão, às vezes, por ter namorado com outros homens, essas coisas assim, eu acho que não deve ser um homem. (Diogo, 16a, RN)

Ser homem é ter caráter de homem, não gostar de homossexual, tá andando com homossexual, porque se torna outro (...) Andar com um se torna um. Se alguém vir: olhe! Lá vai dois homossexual, né? Nunca diz lá vai um e um homem, nunca diz. Não deve andar. E fazer as suas coisas com dignidade e nem viver debochando deles, porque é a natureza deles. E nesse mundo (...), né? Já nasce daquele jeito, quem vai mudar? Então quem é homem é homem, quem não é faz a parte dele. Deixa eles pra lá, segure sua dignidade de homem e pronto. E gostar de mulher e amar mulher. Pra mim, ser homem é isso. Agora quando o caboclo nasce meia pedra meio tijolo, que nem é homem e nem é mulher, aí tem problema, porque ele acha que o corpo dele não é dele, entendeu. Aí fica com problema mental. Acontece mesmo do cara casar feito um amigo meu. O cara casar e chegar no espelho e dizer: “mulher, não era pra mim ter nascido homem não, esse corpo não é meu”. (...) uma pessoa dessa aí, bole no sentimento, bole na saúde, vai trabalhar um problema mental, né? O cara tá botando uma coisa que não é. Se Deus você botou você homem, é homem, se é mulher, é mulher. (Regis, 53a, RN)

O abuso de álcool/drogas apareceu como uma condição que desfavoreceria o homem em suas atribuições e, sobretudo, que o impedem de exercer seu papel na família. Portanto, o álcool, a droga, o desemprego e a desocupação seriam os responsáveis pela desmoralização do homem. Assim, “um elemento externo” foi assumido como fator que o desvirtuaria, justificando a negligência quanto às suas responsabilidades.

(...) (o homem que) se entrega na cachaça, porque às vezes ele não consegue arrumar outro emprego. Assim, quando perde a saúde, tá com a mente ocupada lá, fazendo atividade, não sente. Aí, desempregado; aí às vezes diz: não, não tem o que fazer. (José Augusto, 38a, PE)

(...) porque o pai não tá nem aí, não liga pra família, chega em casa bêbado, bate na mulher, quebra tudo, usa droga. (Gilmar, 24a, RN)

Esses elementos estiveram presentes nas vivências de situações de risco e integram aspectos identitários importantes na grupalização entre os pares, pois

parecem estabelecer a vinculação do homem na posição que esperam ocupar no grupo.

Descontinuidades e Rupturas intergeracionais

Entre os relatos dos jovens, surgiu uma noção da diferença circunscrita à esfera biológica do sexo e do corpo, a qual, entretanto, não deveria se transfigurar em desigualdades de gênero.

Acho que a diferença de ser homem e ser mulher, acho que tá além da relação. É que ambos são sexo diferente. É só o sexo que define mesmo. Porque hoje em dia, a gente vê que a mulher tem a mesma capacidade que o homem tem, né? Em tudo. É somente no sexo mesmo. (Leonardo, 26a, RN)

A única diferença, na minha opinião, está no sexo, né? Porque de uma forma geral tanto o homem como a mulher tem seus direitos e seus deveres e devem cumprir, né, como pessoa. Pra mim, a única diferença está aí, já que hoje é muito comum mulheres fazerem atividades que é posta ao homem. Ela faz com a mesma eficiência e até com uma qualidade melhor. Então, pra mim, a única diferença entre o ser homem e o ser mulher está apenas no sexo. (Éderson, 27a, RN)

Nas falas dos jovens, a mulher, por estar dentro de casa, acabaria acompanhando mais a vida doméstica, porém o homem, mesmo com mais dificuldade, também deve prover a vida doméstica, dedicando-se a assuntos relacionados aos cuidados com a casa, com os filhos etc.

(...) tomar iniciativas dentro da minha casa, certo? Cuidar da minha família e dar proteção também. Ser protetor no caso de quem depende de mim (...) A mulher tem uma facilidade nesse ponto, a mulher tá sempre dentro de casa, tá sempre vendo o que tá acontecendo. Assim, tem mais tempo. (Geraldo, 24a, RN)

É como nos primórdios da existência do homem, no tempo das cavernas. À mulher caberia o serviço da casa, cuidar das crianças. E ao homem caberia o de provedor, de trabalhar, trazer o alimento. E parece que tudo isso se perpetuou, né? Tem que mudar! Acho que tem que participar de todas as formas, uma vez que já... Já constituiu uma família, né? (Wilson, 24a, PE)

(...) nas tarefas domiciliar o homem cuida mais da parte de trabalhar, trazer o alimento, e a mulher fica com a tarefa de cuidar dos filhos, lavar louça, varrer casa, são algumas diferenças que existem. Mas às vezes tem alguns homens que também executam essas tarefas que é direcionada à mulher, alguns homens fazem essas tarefas sem nenhum problema. (Éderson, 27a, RN)

(...) eu penso que não é só a mulher que tem que tá no caso desse não, o homem também. Eu mesmo, em casa, quando eu tô em casa, eu faço tudo também. A mulher doente, eu lavo roupa, prato, varro casa, quintal, dou banho nos cachorros, menino também. A tarefa é dividida. (Avelino, 36a, PE)

Existe também uma concepção que relativiza os atributos e os lugares dos sujeitos nas novas configurações da família contemporânea. Ressalta-se, neste relato, que existe uma percepção de mudança de concepção quanto ao compartilhar as tarefas domésticas:

(...) a única diferença, na minha opinião, está no sexo, né? Porque de uma forma geral, tanto o homem como a mulher têm seus direitos e seus deveres e devem cumprir, né, como pessoa. Pra mim, a única diferença está aí, já que hoje é muito comum mulheres fazerem atividades que é posta ao homem. Ela faz com a mesma eficiência e até com uma qualidade melhor. Então pra mim a única diferença entre o ser homem e o ser mulher está apenas no sexo. (Éderson, 27a, RN)

Acho que a diferença de ser homem e ser mulher, acho que tá além da relação. É que ambos são sexo diferente. É só o sexo que define mesmo. Porque hoje em dia a gente vê que a mulher tem a mesma capacidade que o homem tem, né? Em tudo. É somente no sexo mesmo. (Leonardo, 26a, RN)

Os jovens recorreram às características associadas ao modelo hegemônico para construir sua concepção sobre o que é ser homem; entretanto, não houve somente a valorização dos elementos pertencentes a este modelo tradicional. Alguns jovens também trouxeram novas representações de masculinidade que dialogam com um possível discurso moderno e atual sobre quais seriam as “novas” definições de homem: “dividir tarefas”, “cuidar da aparência estética”, “vestir-se bem” etc. Tal reflexão é apontada por Lamas (2000; 2007) ao discutir os novos paradigmas que articulam igualdade e diferença nas relações de gênero. Segundo este autor (2007),

entre homens e mulheres há diferenças físicas, hormonais, de procriação, sexuais, de tamanho e força e não deveriam se traduzir em desigualdade social, política ou econômica.

Além deste diálogo com discurso moderno de novas definições de homem, alguns desses jovens afirmaram sua posição dentro da comunidade pela conquista de respeitabilidade. A respeitabilidade que eles almejam conquistar os distancia dos padrões sexuais tidos como pejorativos e típicos do homem comum da comunidade na qual habitam. Tal respeitabilidade parece não ameaçar sua masculinidade, pois a mesma está alicerçada em outros parâmetros: o prestígio acumulado em trajetórias bem sucedidas que garantem a boa reputação dentro da comunidade, independentemente da performance sexual. E como articulado por Longui (2008), eles expressam a virilidade e a força através da demonstração de capacidade de privação, sacrifício e sucesso que os coloca em outro patamar dentro da comunidade. Na dinâmica das relações de poder com outros homens, estes sujeitos negociam suas masculinidades em torno da posição social e geracional e a partir do que é ou não valorizado enquanto prestígio e reconhecimento social. Dessa forma,

(...) ser homem, pobre, negro e jovem, fora dos limites da comunidade, é correr o risco de ser rotulado de marginal. Dentro da comunidade, o poder também é construído pela força e a violência. Alguns rapazes afirmaram que as garotas gostam dos traficantes porque eles mandam e têm dinheiro para satisfazer seus desejos. Por outro lado, existe espaço para outras expressões de como ser homem. Dimas afirma que ele faz sucesso com as garotas, porque é bom no que faz. O capital cultural ou instrumental, que estes rapazes conquistam, ampliam suas possibilidades de negociação (Longui, 2008).

O homem que se destaca sem utilizar os subterfúgios do padrão normativo parece ser valorizado e remete a homens que se sobressaíram dentro de um contexto social potencialmente limitante e que por isso podem entender sua realidade de uma forma diferenciada. Segundo Longui (2008), o status de trabalhador é mais um elemento que denuncia capital simbólico associado à masculinidade e que nos relatos analisados fica contingente ao homem adulto, maduro e que possui família. A família, neste caso, parece completar o cenário no qual a respeitabilidade se

consolida e no qual este homem deve ser o responsável pela transmissão dos “bons valores” relacionados à respeitabilidade de si e daqueles pelos quais é responsável.

A diversidade sexual e outros atributos atitudinais e sua relação com a masculinidade contextualizaram algumas rupturas nos relatos. Entre alguns homens, a posição de ser homem deveria considerar a diversidade sexual, de modo a respeitar todas as pessoas, independente do tipo de transgressão moral/cultural que tenham cometido:

(...) na minha concepção, o homem tem que entender as pessoas, respeitar todas as pessoas, tanto homem, quanto mulher, homossexual, como lésbica, respeitar; mesmo preso, o marginal, todos temos que ter um certo respeito pelas pessoas. (Edmur, 45a, RN)

Os jovens atualizaram essa temática no campo de práticas de sua masculinidade na relação subordinada com outras masculinidades hegemônicas consideradas comuns e pouco receptivas para as distintas formas de se relacionar e ter prazer sexual.

(...) aí é cheio de gay, veado, tá entendendo? Travesti. Só que tinha um travesti que era presença mesmo, sabe? Esse travesti os caras pegaram, os boys, meus amigos, tudinho que tava lá, tinha mais de 8, tudo veado (...) os meninos voltaram e nem me chamaram. Aí pegaram o travesti, tá entendendo, mas eu não sou gay, tá entendendo. Vou deixar bem claro aqui. E nem os meninos, eu acho que os meninos não são não, mas comeram o cara. Ser homem, o cara pode ser gay, pode ser o que quiser, a vida é dele. Ele tem é que tomar conta da vida dele. Todo mundo é homem mesmo, só que quem come homem o cara diz que é veado, né? Só que no caso da gente, né? Não. (Fabiano, 16a, RN)

(...) tem gente que só acha que é homem quando é machão, quer ser mais homem do que os outros. É mais isso, não julgo ninguém pelos seus atos sexuais. Tem muita gente que é homem, mas tem atração pelo mesmo sexo, né? Eu não tenho nada contra não. Eu acho que é um homem com atração diferente. Como a gente vê aí muitos homossexual, mas é homem do mesmo jeito. (Leonardo, 26a, RN)

(...) ser homem é ser do sexo masculino. O que diferencia o homem da mulher é só isso mesmo, a questão de ter nascido do sexo masculino ou do sexo feminino. Questão de

orientação sexual pra mim não influencia em nada (...) dizem que a mulher é mais sensível que o homem, mas também existem homens que são sensíveis iguais as mulheres. (Gerson, 28a, RN)

Transições intra e intergeracionais

Os discursos sobre a masculinidade dos jovens oscilaram entre a possibilidade de um vir a ser - representação de um ideal transmitido pela herança cultural -, e a vivência concreta de ser filho, dependente emocionalmente e materialmente da família de referência (Hockey e James, 1993). Casar, constituir família e obter respeito na comunidade é uma forte referência para que o homem se posicione hierarquicamente em relação à mulher na esfera da casa e do trabalho seja ele privado e/ou público. No ideal cultural, estiveram presentes a divisão e distinção entre homens e mulheres e a questão da responsabilização do homem com a família, o qual além de prover, deve construir uma imagem baseada em valores que o qualificam moralmente. Os homens jovens, neste caso, apenas mencionaram uma referência moral, cultural, que em alguns momentos tendeu a ser relativizada entre a norma social da masculinidade e suas percepções de geração. Neste ponto, estabeleceram os marcos geracionais que definem os atributos que qualificam o homem de moral ilibada, sendo a juventude um momento de menor exigência no qual certos comportamentos contrários aos princípios do que é ser homem, são permitidos.

(...) porque eu sou boy, né? Eu acho que quando o cara já é homem mesmo, tem que ter a responsabilidade, né? (Fábio, 16a, RN)

(...) na minha opinião, a questão de ser homem é mais complicada porque a responsabilidade é toda sua, né? Geralmente é você que tem que levar a casa nas costas, tem que pagar as contas da casa, tem que fazer feira, tem que cuidar da sua mulher. Também que você não vai deixar numa situação deplorável, além dos filhos que, quando vem um dia, você tem que cuidar, você tem que ter aquela moral, aquela dedicação pra passar pro seu filho, pra sua mulher também. (Gilmar, 24a, RN)

Os jovens entrevistados descreveram atributos de masculinidade que ora se referiam a uma masculinidade relacionada à juventude - na qual existem os comportamentos de risco como a violência, o uso excessivo de drogas, a prática de atividades coletivas -, e ora descrevem atributos que definem o homem responsável e provedor, já casado e com uma família para sustentar. Ser homem jovem é ser um homem que está construindo sua moral e as condições para ser respeitado pela família e pela comunidade. Para os entrevistados, ser jovem e homem seria diferente de ser um homem maduro, pois ainda não precisam ter as responsabilidades cotidianas para manter uma família e por isso podem se engajar em atividades de risco e também ter comportamentos que não sejam moralmente corretos. Segundo Souza (2005), à medida que o contexto pessoal de vida e a estrutura social estão entrelaçadas e o cotidiano é uma arena onde se travam disputas de gênero, as masculinidades tornam-se configurações específicas, constituídas em situações particulares e mutáveis. Souza (2005) defende que embora o modelo hegemônico de masculinidade construído a partir de valores patriarcais e machistas já tenha sido bastante criticado e ainda conviva com outros modelos não hegemônicos, prepondera a ideia que associa a masculinidade viril, a competição e a violência. A superação desta associação no ponto de vista de Souza (2005), dependeria de uma mudança na forma de focar as conexões entre masculinidade e violência para que o homem (nas coletividades e nas mediações institucionais) entenda seu papel e responsabilidade em relação à violência das relações sociais opressivas alicerçadas pelo gênero e outros “sistemas de exploração” baseados na classe econômica e social, na sexualidade, na raça/etnia e na geração. Portanto, a efetivação de uma mudança implicaria trazer à tona as diversas formas de violência estrutural e as conexões entre elas e o gênero.

A responsabilidade com a família e o caráter foram fatores que demonstraram permanência intergeracional. Porém para os jovens, esta responsabilidade e este compromisso com a moral social são vistos como necessários para a masculinidade de homens casados, pois aos solteiros, tais regras seriam menos necessários, já que não há o dever concreto com a família. Sobre esta relação, Arilha (1998) destaca que o comportamento social e a vida privada do homem maduro na perspectiva da geração são tidos como significativamente diferentes, pois uma vez casado e com

filhos, as obrigações morais e materiais de provimento da família são outras e modificam a vida do homem.

Manter a casa em dia com contas, essas coisas, não chegar bêbado, fazendo as coisas, dando nos filhos, é isso aí (...) Eu não sei. Alguém que seja solteiro não tem nenhum dever. (Diogo, 16a, RN)

(...) um dia você constituir uma família e fazer com que ter a responsabilidade que aquela família que você tá formando, de certa forma vai ser o futuro do país, seus filhos (...) Um cara de 24 anos a mãe cuidando...não dá certo. (Gilmar, 24a, RN)

É pegar uma ruma de mulher, eu acho que isso (...) Trabalhar pra manter a família, né? Acho que é isso, né? Todo homem quando cresce tem que sustentar a família, assumir a família de vez em quando, quando precisa, trabalhar, ter responsabilidade (...) porque eu sou boy, né? Eu acho que quando o cara já é homem mesmo, tem que ter a responsabilidade, né? (Fábio, 16a, RN).

A ideia da juventude associada à liberdade sexual e ao “descompromisso” define contornos sobre a forma como os homens, em suas práticas cotidianas, fortalecem repertórios hegemônicos em suas relações interpessoais, sejam elas de âmbito sexual ou entre seus pares (Arilha, 1998). Um marcador para a passagem da vida de “boy” para a vida de homem adulto é a constituição de família, e segundo Arilha (1998), a busca da configuração de uma família parece ser o que movimenta o homem a assumir seu papel de compromisso e de responsabilidade, embora seja a paternidade que determinaria a passagem da adolescência para a vida adulta.

Em todos os grupos geracionais, o que pareceu configurar a passagem da juventude para a vida adulta foi a incorporação de responsabilidades, que no caso dos homens, está fortemente associada ao comportamento sexual e ao potencial reprodutivo. Confrontando com as análises de Arilha (1998), o relato de eventos críticos na vida pessoal também marcou a mudança na forma como estes homens perceberam a masculinidade e os atributos masculinos ao longo das diferentes etapas da vida. O relato abaixo aponta o marco de transição entre uma posição geracional ocupada antes do casamento e a nova posição ocupada após o casamento. Sendo o casamento um evento de transição e requisito do modelo ideal do que é ser homem.

(...) o tempo que eu tava solteiro, não que eu não fosse homem, né? Mas é diferente, nossa vida é muito banal, a besteira que era a minha vida. Sinceramente, depois que eu casei, eu vi que a vida é diferente. Geralmente, as pessoas falam que o casamento é ruim porque você tá amarrado; não, eu ganhei muito com o casamento. Pra mim foi bom, porque se eu não tivesse casado, eu acho que a minha vida ia ser diferente. Com o casamento, eu assumi a responsabilidade. Se não tivesse casado, eu acho que seria bem diferente a minha situação. (Gilmar, 24a, RN)

A construção desta emancipação da família de referência e definição de outros valores identitários fazem parte da dinâmica geracional e, nesse caso, é um potencial para os jovens consolidarem suas responsabilidades masculinas (Hockey e James, 1993; Arilha, 1998; Longui, 2008). Aqui temos um aspecto interessante que é a construção de uma experiência que em parte se diferencia do ideal de homem autônomo e provedor. Estão casados, correspondendo a um requisito que os posiciona como homens, mas são dependentes da família de referência, o que contrapõe o ideal de “homem de família”. Estes jovens, mesmo que estejam casados, ainda não conquistaram a autonomia financeira e permanecem residindo com a família de referência, a qual provê, em parte, a possibilidade de estar casado. Destacando, portanto, a indefinição do espaço socialmente ocupado pelos jovens.

Na análise de Sousa (2002), as continuidades e (in)definições se mantêm como crise e conflitos provocados pela debilidade dos rituais de passagem e no descrédito dos lugares institucionais tradicionais que tornam difíceis as escolhas e definições dos jovens diante dos papéis a serem assumidos como projeto de vida adulta. A desigualdade social, a violência comunitária e as dificuldades do ingresso no mercado de trabalho têm alargado o grupo de 24-29 anos como pertencente ao grupo etário juvenil. Isso se dá, porque as conjunturas socioculturais e econômicas colocam obstáculos que dificultam a transição da juventude para a maturidade (Sousa, 2002).

(...) não tive essa oportunidade ainda, é uma coisa que eu muito quero, quero ajeitar minha casa, dar uma vida melhor pra minha mãe, meu pai já é falecido e assim melhorar, né? Quero fazer curso disso. Eu não cobro da minha mãe não, porque ela ganha tão pouco! Minha mãe é pensionista, daí fazer um curso no SENAI, SENAC, essas coisas, aí fazer um curso bem feito é dinheiro, e aí quando eu vejo que vai cortar

luz lá em casa e eu não quero ter essa culpa, sabe? Eu me sentiria culpado. Eu acho que é um investimento sim, mas desde que não falte dentro de casa! Mas eu não posso bancar. (Wilson, 24a, PE)

Tá muito grande a violência, mas eu acho que deve melhorar também, porque por incompetência de muitos, também tem ver isso, essas coisa, culpa de desemprego, incompetência de muito, muita gente bota os jovens na rua, inventa esse negocio de curso, mas nunca dá certo. Se der certo, é um ou dois. Não, não bota todos os jovens na atividade. Muitos jovens, se você for à tarde aí no colégio, muitos jovens ficam na quadra, cheinha de jovens jogando bola. Fazendo o quê? Fumando maconha! Por quê? Porque não têm trabalho, não têm pra onde, não têm onde ficar. Aí só tem aquilo pra passar o tempo. Aí fica lá fazendo isso. (Caio, 19a, PE)

Os trechos acima sinalizaram que certas conjunturas sociais dificultam a conquista do potencial do que é ser homem, constituir família, ter uma renda e reconhecimento pelo que se é dentro da comunidade.

Os relatos a seguir deram forma a uma percepção que tive ao longo da leitura do material: a constante contradição percebida entre as falas dos entrevistados, no que tange a efetivação dos ideais nas práticas concretas, que não se tornam efetivas na vida real dos mesmos, dadas as recorrentes contradições entre o discurso apresentado e as práticas e experiências de vida narradas. O relato ilustra uma referência geracional do que é ser homem, mas que no campo da vida prática não se torna concreta, e por isso demanda uma reformulação.

(...) ser homem, se fosse naquele tempo bem antigo, ser homem é ser aquele cabra macho, que trabalhava todo dia, deixava o suor pingar, né? Aquele que tá ali sempre pronto pra batalhar pela família, cabra macho mesmo, de responsabilidade. Mas no outro sentido de ser homem, eu acho que... deixe eu pensar direitinho... não sei nem como responder essa pergunta. (Leonildo, 34a, RN)

Tem muitas vezes que a gente vê o cara no meio da rua, caído, o cara moço (...) Só querem beber, só querem fazer coisa errada, tá aí. O cara que fuma droga, que bebe, um cara desse não é homem não (Donizete, 67a, RN).

(...) acho que ser homem é ser o chefe da família, sei lá, ajudar. Hoje eu não tô ajudando muito em casa, porque eu

não tô trabalhando, mas quando eu trabalhava, minha mãe e minha esposa sabem que eu era a pessoa da casa. (Rafael, 25a, RN)

Cada um veio com sua função, seus limites, né? Cada um tem seus limites. Agora tem um bocado de coisa aí que eu não concordo com muita gente, coisa que o homem quem faz, né? Eu nunca estudei e eu entendo assim. Eu perguntei ao pastor porque é que na bíblia só relata Abel e Caim. Aí ele não soube me explicar (...) Porque a diferença do homem e da mulher é muito simples, a mulher tem o útero e o homem tem a próstata, porque ela veio pra criar e o homem não veio pra criar. Fora isso não tem diferença nenhuma. (Antônio, 68a, RN)

Os relatos anteriores corroboraram com a análise de que as masculinidades subordinadas não são versões excluídas, mas existem como formulações contidas na hegemonia e que a experiência dos homens é um diálogo difícil entre o que Vale de Almeida define como complexidade polimorfa dos seus sentimentos e o simplismo dos padrões (Vale De Almeida, 1996). Dessa forma, uma mudança nos padrões definidos, surge como decorrência das dificuldades por não conseguirem nomear outras configurações sobre a masculinidade que não estão inscritas nos padrões hegemônicos. Assim, me pareceu que tais relatos abordaram apenas uma verbalização das dificuldades vividas pelos homens proveniente do modelo vigente de masculinidade, mas que ainda são insuficientes para efetivar uma mudança geracional. Fazendo referência ao que Nascimento (1999, p. 95) analisou em seu estudo ao argumentar que

(...) não é que não existam homens que querem mudar ou que estão vivendo em condições contrárias ao modelo e outros que estão vivendo mais próximos do modelo. A ideia é de que, muitas vezes, são os mesmos homens que estão dominados e dependentes das mulheres financeiramente ou emocionalmente que apregoam o ideal de homem "que manda" e se perde em *delírios de dominação* do mesmo modo que o homem evangélico que apregoa uma vida pautada na igualdade de direitos se perde em *devaneios* patriarcais.

As mudanças culturais e as conquistas de igualdade de gênero configuraram novas relações de poder e permitiram acesso a outros espaços sociais às mulheres

(Sarti, 2004). O resultado das novas dinâmicas de poder e acesso que reverberaram em mudanças nos espaços sociais ocupados por mulheres são identificados nos relatos de homens mais velhos e apresentam diferentes posições políticas e avaliativas.

(...) atualmente tem muita mulher trabalhando, tá trabalhando mais. Agora, por outro lado, tem muita menina solta também. Não sei se as mães tão indo trabalhar e tão deixando as filhas mais solta, esquece, né? E tem, até nesse lado aí. Que se você for num bar, se você for num, numa gafeira, qualquer coisa, você vê menina de 12, 13, 14 ano lá. Antigamente não tinha isso. Agora as meninas tão muito solta, muito solta mesmo (...) é mulé também nova indo pro lado de droga. (Alceu, 33a, PE)

Eu não boto defeito no homem nem boto defeito na mulher. Eu boto na balança tudo igual. De 100% de mulher e 100% de homem, eu acho que 10% de homens são bons e 10% de mulheres são boas, entendeu? Que respeita, que não gosta dessas coisas, e o resto, homem gosta de farra, de curtição, de drogas, essas coisas. E mulher do mesmo jeito, gostam de bebida, gostam de homem e tal, aí tudo que não convém à saúde, né? (Marcondes, 34a, RN)

(...) agora as mulheres tão bebendo cachaça. (Donizete, 67a, RN)

No bojo de suas análises, os entrevistados ainda que considerassem mais igualitárias as relações de gênero, entendem também que a mulher tem se colocado em situações prejudiciais e de risco. Uma questão central sobre tal leitura das mudanças nos comportamentos das mulheres é que elas ainda ferem os preceitos fundamentais que são sacralizadas como espaços masculinos: o bar, a rua e as práticas sexuais casuais.

Modos intra e intergeracionais de perceber e cuidar da saúde

As percepções aqui analisadas abordam os modos intra e intergeracionais de compreender e perceber a saúde. Os modos intrageracionais se referem às percepções e estratégias para cuidar da saúde de um grupo geracional. Não representam, necessariamente, rupturas nos modos de pensar entre as gerações, pois tais

percepções intrageracionais fazem parte do momento vivido pelos homens em seu ciclo de vida. São, portanto, registros de modos transitórios que descrevem a posição geracional ocupada pelo indivíduo ao longo dos seus ciclos de vida em uma dada sociedade. Os modos intergeracionais, por sua vez, representam percepções e avaliações compartilhadas entre os grupos e não apresentam necessariamente permanências, mas sim, experiências compartilhadas entre indivíduos de diferentes gerações.

As entrevistas ilustraram que, para alguns homens, ter saúde implica poderem estar ativos diante da vida diária e fazer aquilo que sentem vontade: sair com amigos, divertir-se e não ficar em casa por períodos longos. Importante destacar que o contexto privado da residência parece não ser um espaço social de destaque, sendo sempre mais importante poder ocupar espaços públicos. Passar mais tempo em casa implica evitar riscos, porém não é socialmente valorizado por este grupo de jovens. Assim, quem fica em casa são os rapazes tímidos, pouco sociáveis e com algum tipo de dificuldade para ter uma vida social pública.

(...) eu procuro me cuidar. Eu venho, procuro meu tratamento, faço o diagnóstico, tomo o remédio todinho normalmente, na mesma hora, assim, pra poder ter minha saúde de volta. (Welerson, 19a, PE)

Eu sempre fui um menino que sempre tentei ficar bem, eu ficava muito em casa, não tinha nada não. Antes da cirurgia, que faz um ano, eu tinha vergonha de jogar bola ali, porque tinha que tirar a camisa, eu ficava com vergonha. (Fabiano, 16a, RN)

Em sua maioria, os jovens entrevistados avaliaram como boa suas condições de saúde. Alguns problemas transitórios ou permanentes relacionados ao seu bem-estar e à saúde foram significativos para motivá-los na procura dos serviços.

(...) nunca tive problema de me internar, ficar no médico. Só essas coisas de virose. Mas pra mim é coisa cotidiana, é normal, qualquer pessoa tem. Mas coisa grave eu nunca tive não. (Gerson, 28a, RN)

Não sentia não. Quando senti, vim arrancar e arranquei logo dois dentes, aí o resto eu vim ajeitar. (Fábio, 16a, RN)

(...) acho que tenho alguns problemas de saúde (...) sempre sinto uma dorzinha no peito. Também acho que eu tenho problema de gastrite, essas coisas assim. (Anderson, 23a, RN)

O grupo de homens adultos avaliou que possui boa saúde, mas em contrapartida descreveu problemas de saúde recorrentes e que de modo geral foram relacionados a dores no corpo ou na coluna e a dores de cabeça ocasionadas pela hipertensão.

(...) sou uma pessoa, graças a Deus, saudável. Não sei se isso é hereditário, mas meu pai também nunca adoecia. E eu também quase nunca adoço (...) Andei com uma dor no braço, mas fiz o exame e não deu nada, mas ainda tá doendo. De vez em quando eu tomo só um paliativo, aí o doutor Charles me passou dois raio x, eu fiz, não deu nada, mas continua doendo. Aí eu não voltei pra repetir o exame. (Edmur, 45a, RN)

(...) graças a Deus me trato aqui há uns 4 anos, mais ou menos 4 anos, e graças a Deus minha saúde é ótima. Depois que eu passei a ser hipertenso, aí venho acompanhando constante. (Leonel, 54a, RN)

(...) graças a Deus nunca peguei nada desse negócio não, não sei os outros, né? Cada um deve saber o que é que sente. Dessas doenças eu nunca peguei nada não. (...) Hoje mesmo eu acordei com uma dor de cabeça, já sei que é problema de pressão. Eu já vim logo aqui. (Everaldo, 52a, RN)

(...) eu tô com um problema perto da coluna descendo pro reto, um problemazinho. É isso que eu tô procurando agora resolver. Mas o problema de saúde mesmo, que eu tenho, é porque eu sou hipertenso. É o único problema que eu tenho. (...) Eu comecei sentindo assim dor de cabeça forte, essas coisas, aí procurei um médico e foi detectado que eu estava com pressão alta. Aí fiz o encaminhamento para o tratamento e um bocado de coisa. Hoje eu sou hipertenso, tomo remédio diariamente. (Assis, 44a, RN)

A atribuição de suas boas condições de saúde a “Deus” foi um aspecto intergeracional notado nos relatos dos adultos e dos jovens. Isso pareceu indicar um modo genérico de compreender o que promove ou não suas condições de saúde. Esta

percepção pode dificultar o reconhecimento sobre a forma com que os hábitos e as condições de vida promovem saúde ou adoecimento.

(...) só quem tem doença sou eu. E eu acho que isso não é nem doença. Eu queria adivinhar o que era esse problema, se é uma veia entupida (risos) ou alguma coisa aconteceu comigo que a pressão subiu desse jeito, né! Não sei se é porque eu engordei. (Regis, 53a, RN)

Eu, graças a Deus, não tenho do que me queixar. Eu vivo bem, graças a Deus, apesar dessa dengue que me pegou aí. Mas fora isso, graças a “meu Pai”, eu vivo bem, tranquilo, vivo tranquilo mesmo (...) eu tô caído é por causa da dengue. Eu não sou assim, meu corpo não é esse. (Joilson, 40a, RN)

Eu não tenho problema de saúde, graças a Deus. (Humberto, 21a, RN)

Diante deste desconhecimento sobre os fatores individuais e ambientais promotores dos processos de saúde-adoecimento, esses homens se tornariam dependentes de orientações dos profissionais da saúde, mesmo para orientações simples.

(...) eu tinha problema de saúde de comer muito. Eu fui ao médico. O médico proibiu de fumar, proibiu de beber. Então, eu tô cuidando da minha saúde. (Everaldo, 52a, RN)

As condições de saúde percebidas entre os idosos apresentaram mais comorbidades. Os homens desse grupo não avaliaram positivamente sua saúde geral, mas tenderam a responder que não “tinham ou sentiam nada”, mesmo sendo frequentes os relatos sobre problemas de hipertensão, diabetes e gastrite.

O meu problema é só mais pressão, pressão e a diabetes, mas graças a Deus, minha taxa tá controlada, minha pressão tá controlada também. (Genivaldo, 61a, RN)

Eu não sinto nada, graças a Deus. Eu não tenho nada, a não ser esse problema dessa pressão. Às vezes tá alta, às vezes tá baixa. Aí eu tenho que estar sempre com o remédio. (Arnaldo, 56a, PE)

(...) o que tem me preocupado é esse problema de audição que eu tenho e agora de pressão, que eu venho tomando o medicamento (...) meu problema de saúde é esse que eu falo da pressão, que é constante, e os ouvidos. Eu não sei mais o que fazer. (Gilberto, 55a, RN)

Sou diabético. Eu pego lá no Hermínio de Moraes a insulina. Todo dia tomo duas vezes, de manhã furo o dedo. Hoje mesmo, a glicose deu 69. Aí eu tomo 26 unidades de insulina e à noite tomo 14. (Josué, 58a, PE)

A única coisa que eu sei que prejudicou minha saúde é que eu comecei a trabalhar com cinco anos de idade (...) Eu tenho problema de coluna, tenho bico-de-papagaio, tenho gastrite. Eu nunca cheguei a beber, nunca bebi. Tenho gastrite é devido eu ter trabalhado muito pra dá conta da família. (Donizete, 67a, RN)

Entre os jovens, o comprometimento da estética foi um motivo relatado que estimula a busca pelo serviço e parece estar relacionado aos requisitos que localizam os sujeitos em seu grupo geracional, pois ser homem jovem (“boy”) implica ter uma boa aparência e ser reconhecido nas relações interpessoais e afetivo-sexuais.

Sabe, eu vim aqui assim, com um probleminha normal, sabe, pra o dermatologista. Aí eu disse pra ela que queria um medicamento pra pele e coisa e tal assim. Aí ela passou um examezinho normal de sangue, eu fiz, trouxe, ela disse: tá tudo normal. Também nem passou medicamento nem nada! (Elias, 20a, PE)

(...) fiz uma consulta com a médica, ela falou pra mim: qual é o seu problema? Aí eu disse, o problema é que eu tô com os cabelos caindo e queria saber se tem um remédio. (Gilmar, 24a, RN)

Outro aspecto intergeracional entre os jovens e adultos se referiu a restrição por motivos de saúde em atividades públicas e sociais. Para esses grupos, sentir dor ou reconhecer o risco de que algum agravo comprometa seu desempenho como homem é um fator motivador para a procura pelos serviços de saúde.

(...) tinha que ter um cuidado com a pessoa, sei lá, eu não era muito livre pra fazer as coisas por causa dessa coisa do cansaço ¹⁸. Jogar bola num campo de areia, assim, não podia; ficar correndo o tempo todo, acaba prejudicando. Agora não, eu joga bola, fico na poeira. Esses negócios, não tenho mais (Ian, 17a, RN).

¹⁸ O entrevistado se refere a uma condição sem diagnóstico específico, na qual se sentia com pouca energia para as atividades diárias e de lazer.

(...) porque eu tinha excesso de hormônio ¹⁹. Aí eu tinha vergonha dos meus amigos, que brincavam. Só que às vezes eu não levava muito na brincadeira, levava a sério. Faz um ano que eu fiz. Eu tenho até que retornar pra saber com o doutor se tá tudo ok, ou se vai precisar tirar de novo. (Fabiano, 16a, RN)

(...) há poucos dias. Eu ainda tô um pouco gripado, mas foi gripe, eu estava escarrando sangue e tudo. Aí procurei um médico. (Gustavo, 18a)

Foi um caco de vidro. Eu tava jogando bola, ele tava enterrado no campo, eu pisei e cortei o pé. Foi o maior problema que eu tive. (Leonardo 26a, RN)

(...) porque quando a gente sai de uma firma pra entrar em outra, a gente tem que fazer um exame de sangue que é pra ver se tem chumbo no sangue, que é por causa da tinta. Se tiver, a pessoa tem que se tratar, porque pode prejudicar. (Marcondes, 34a, RN)

(...) impossibilita da gente fazer nossas atividades normalmente de trabalho, né? A gente tá trabalhando e começa a sentir dores, aí tem que sair do trabalho, às vezes nosso patrão não compreende, né? É aquela coisa, toma remédio hoje e passa, amanhã a dor volta de novo, aí fica difícil. É dor no estômago e das pedras nos rins, mas não pode deixar de ir, mas é difícil. (Leonildo, 34a, RN)

A flexibilização de um padrão normativo de invulnerabilidade foi identificada entre os homens do grupo de jovens e confrontam alguns paradigmas da masculinidade hegemônica quanto à prerrogativa da invulnerabilidade masculina, o que rompe com a noção de um homem genérico.

Eu não tenho uma saúde boa não, eu sempre tenho uma dorzinha no peito, eu já fiz uns exames já. (Anderson, 23a, RN)

(...) eu tenho muita crise de enxaqueca (...) só problema de enxaqueca. O único problema que eu tive até hoje foi esse problema de enxaqueca. Tem crise insuportável mesmo. Aí fiz o tratamento e melhorou. Não vou dizer que eu não tenho, mas diminuiu. (Rafael, 25a, RN)

¹⁹ O entrevistado relata sua condição antes da cirurgia corretiva de Ginecomastia.

(...) eu tive suspeita de dengue na época em que houve uma epidemia aqui em Natal. Eu fiquei com bastante medo de ter a dengue hemorrágica. Sofri mais psicologicamente com medo de ter uma dengue hemorrágica. (Éderson, 27a, RN)

(...) eu já tenho problema de saúde e agora apareceu um carocinho em baixo do seio e tive que procurar um médico. (Edivaldo, 48a, PE)

A alimentação foi um fator de destaque ao longo das entrevistas, pois é entendida como importante para o processo saúde e adoecimento e parece também estar diretamente relacionada às questões de classe deste grupo. Em diferentes momentos da análise dos relatos, a alimentação foi relacionada às experiências em saúde e adoecimento. Sem dúvida, a má alimentação é vista como um fator que produz experiências de adoecimento.

Foi uma comida que me fez mal, acho que foi a pior (...) eu pensei até que ia morrer. Foi uma comida que tava estragada. [O que foi que você sentiu?]. Sentia muita dor, febre. (Anderson, 23a, RN)

(...) eu comia algumas coisas estragadas no meio da rua, como bauru, esses negócios assim. Então isso prejudica a pessoa. Aí, mãe começou a comprar fruta, eu fui me alimentando bem, aí tô bem assim. (Fabiano, 16a, RN)

(...) impossibilita da gente fazer nossas atividades normalmente de trabalho, né? A gente tá trabalhando e começa a sentir dores, aí tem que sair do trabalho. Às vezes nosso patrão não compreende, né? É aquela coisa, toma remédio hoje e passa, amanhã a dor volta de novo, aí fica difícil. É dor no estômago e das pedras nos rins, mas não pode deixar de ir, mas é difícil. (Leonildo, 34a, RN)

Nos relatos dos adultos e dos idosos foram menos recorrentes as queixas relacionadas a problemas de saúde produzidos por hábitos alimentares, mas a alimentação, tal como para os jovens, também parece, em certos momentos, produzir experiências de adoecimento. Destaca-se, portanto, a alimentação como um fator intergeracional nos processos de adoecimento.

(...) fui socorrido pra policlínica, tomei uma injeção lá. Eu num sei nem que injeção foi. Aí tomei na policlínica, aí cheguei, vim pra casa (deram a injeção, vim pra casa, fiquei em casa). Aí continuou a doer, aí eu disse: “ôxe”! Aí eu digo:

“não...agora eu vou pro posto aqui fazer um tratamento pra vê o que é que o médico vai passar. Aí ele passou um remédio, aí ele explicou sobre esse negócio de que foi alguma coisa que eu comi. Eu me ofendeu. (Eufrásio, 46a, PE)

(...) é aquela coisa, toma remédio hoje e passa, amanhã a dor volta de novo, aí fica difícil. É dor no estômago e das pedras nos rins. (Leonildo, 34a, RN)

(...) eu tenho o estômago fino pra peixe. Meu estômago é frio. Pode ser o peixe que for, eu tenho que tomar um cafezinho amargo (José, 59a, RN).

Quando se referem ao que seria cuidar da saúde, muitos relatam que a alimentação e a prática de exercícios são a principal maneira de prevenir doenças e obter saúde. A boa alimentação e a prática de exercícios são aspectos vistos como importantes para obter o bom rendimento físico e social e também importante para a saúde. Contudo, outros aspectos mais pertinentes à sua condição geracional não são abordados pelos serviços.

As dores de cabeça e queixas sobre dores no corpo e na coluna provocadas por hérnia de disco, artrite ou artrose também foram comuns nos relatos dos idosos.

Se eu não tivesse uma hérnia de disco pra me atrapalhar, eu tava melhor ainda. (Antonio, 68a, RN)

Minha saúde, graças a Deus, tá mais ou menos. Eu só tenho artrose, né? Tô fazendo fisioterapia, porque tô com artrose. (Donizete, 67a, RN)

Nem dor de coluna, que o pessoa diz que sofre de coluna, eu pela minha idade eu não sinto dor de coluna (...) a não ser esse problema no meu joelho direito, que foi uma artrite que eu tive, né, nunca aconteceu nada comigo não. Tomara Deus! (Arnaldo, 56a, PE)

Eu tenho um problema na minha cabeça há mais de cinco anos. Quando eu vou dormir, vou dormir bem, de 2 horas da manhã me acordo já com dor de cabeça, sem parar (...)essas dores que eu tenho na minha coluna, tem dias que me mata (...) essa noite tava assistindo televisão, nem assisti o jogo, fiquei parado, aquela dor profunda mesmo dentro do peito, aquela dor forte mesmo, aí eu me deitei era dez horas. (Israel, 61a, RN)

A relação entre trabalho, aspectos emocionais e o desenvolvimento de doenças emerge como um modo intergeracional de perceber os aspectos que promovem saúde-adoecimento. Os relatos abaixo ilustram tal relação.

Agora minha diabete é mais emocional sabe (...) eu sinto problema também de ansiedade. (Josué, 58a, PE)

(...) mas aqui e acolá acontece uma coisa que eu tenho uma raivazinha, aí a pressão sobe. (Genivaldo, 61a, RN)

Às vezes, exagero de trabalho, a carga de trabalho muito pesada atrapalha a gente. Ontem foi pesada. Eu já tava ruim, o trabalho foi meio puxado, aí eu terminei já meio sambado. Aí ela disse: Afonso, vá pra casa e só venha sexta-feira. Então tudo isso prejudica, quando você se esforça demais, você tá se esgotando. (Afonso, 63a, RN)

(...) eu tô um pouco bem nervoso, e eu pedi até pra o doutor agora me encaminhar pra uma psicóloga, pra eu procurar um médico de nervo, entendeu? Eu tô bem agitado mesmo, eu sei que tô (...) é porque quando eu tô parado assim, eu fico nervoso mesmo, eu num gosto de tá em casa, mesmo tendo essa rendinha aí, dos meus carrinhos. (Marcos, 48a, PE)

Tudo isso é gasto, é luta. Aí tem vez que eu tô aperriado e a pressão vai lá pra cima. (Regis, 53a, RN)

(...) tenho problema de nervo, de cabeça, aí o médico disse que eu não posso trabalhar, não posso pegar um peso. (Edivaldo, 48a, PE)

Para Foucault (2005) é sobre o corpo que nas sociedades modernas se concentra o foco do poder disciplinar. Seguindo essa perspectiva, foi possível compreender as preocupações com o trabalho e com a aparência, dietas e exercícios físicos como “tecnologias” modernas de construção de identidade. Por exemplo, quando os jovens se referem a sua identidade como “boys”, isso indicaria a influência de outros padrões, provenientes da cultura globalizada, sobre a construção da masculinidade. Muito difundidas pela mídia, as novas referências do que é ser homem parecem influenciar nas definições de masculinidade e no reconhecimento dentro do grupo (Ribeiro, 2007). Não quero dizer que o exemplo dos jovens indicou que eles sejam passivos diante das mudanças. Mas que os valores apresentados nos relatos indicam um outro modo diferenciado, com os quais atuam de forma ativa em

suas práticas grupais, articulando os valores da comunidade com os valores globais que estão no bojo dessas novas representações do “novo homem”.

Essas experiências são elementos únicos e fundamentais para balizar o processo de socialização destes jovens e da própria sociedade na interação com estes (Sousa, 2006). É por meio delas que ocorrerá o esquecimento ou a atualização de práticas sociais e também as experiências funcionam como um propulsor ou inibidor dos contatos originais com a cultura. Tais contatos originais são centrais no processo de individuação e movimentam a dinâmica da sociedade. É por meio desses primeiros contatos que o processo de desenvolvimento social pode aproveitar o poder modelador de situações novas – é o canal de introdução de mudanças (Mannheim, 1982).

Entre os homens, nos três grupos geracionais, ocorreram diferentes experiências que os motivaram a procurar os serviços e também relataram experiências vividas dentro dos serviços. Podemos notar que há mais elementos que apontam para a continuidade de práticas do que para a renovação e mudança destas. Isso porque, em parte, a própria configuração dos serviços – e o posicionamento dos entrevistados frente a eles -, promove experiências negativas e que são comuns ao coletivo dos homens entrevistados.

No tocante à procura por serviços de saúde, observou-se que esta depende da percepção de sinais e sintomas e de uma possível gravidade em relação a esses. Quando sinais e sintomas são (des)conhecidos ou entendidos como perigosos, a procura por atendimento ocorre, principalmente sob a orientação da mãe ou de alguma figura feminina dentro do contexto doméstico. Em caso de algum comprometimento crônico ou condição de saúde que demande constante orientação médica, a procura pelo serviço se faz mais usual.

Dependendo do que for, no caso, uma gripe simples, trata em casa mesmo, né? Com remédios medicinais, esse negócios, xarope, lambedor, essas coisas. (Gustavo, 18a)

(...) existe coisa que no dia a dia a gente vê, assim que é mais fácil de se resolver, mas no caso de exames ou outro tipo de

coisa, uma necessidade na minha casa de fazer o que precisa ser feito eu vou atrás. (Geraldo, 24a, RN)

O homem, quando vem para o médico, é porque ele tá com problema de doenças infecto-contagiosas, entendeu? Vai de uma simples dengue a um problema, a uma, como eu posso, a uma sexualmente transmissível. Geralmente só quando a situação tá complicada, ele não tem mais pra onde recorrer, é que ele vem ao posto de saúde. (Gilmar, 24a, RN)

Quando vem procurar realmente é quando tá perto de morrer”.(Wilson, 24a, PE)

Diante de certos tipos de sintomas ou doenças consideradas simples, esses jovens procuram cuidar de si por meio de chás, ou buscando farmácias. Existe a predominância de usar alternativas caseiras e automedicação quando os sintomas são conhecidos ou entendidos como pouco perigosos para a saúde.

Eu trato em casa mesmo, tomo um remédio. Quando é gripe, tomo um chá. (Você mesmo que faz esse tratamento ou você procura alguém em casa?) Procuro minha mãe. (Anderson, 23a, RN)

Eu deixo o corpo tomar a defesa, não gosto de tomar muita medicação não. (Gerson, 28a, RN)

(...) geralmente quando tô com gripe, aí vou, compro um remédio, tomo. Aí já alivia. Aí fico tomando coisas naturais, assim, vitamina c, suco de laranja, essas coisas assim aí. No instante já volto ao normal... um arranhãozinho, aí vou pra casa, lavo, passo um remédio e pronto, já vou de novo (risos)
(...) Fico, tipo assim, reclamando pra mim mesmo e a dor existindo (Diogo, 16a, RN).

A procura por agilidade e rapidez quanto à redução dos sintomas, parece influenciar para que alguns evitem o posto de saúde e procurem as farmácias. Mesmo porque, muitas vezes, mesmo a medicação sendo prescrita no atendimento público, estes jovens precisam comprar o medicamento quando não há a oferta na rede pública.

(...) eu acho que o segundo lugar seria esse. Quando as pessoas não vêm ao posto de saúde, vão à farmácia. (Geraldo, 24a, RN)

(...) quando eu sinto qualquer coisinha, eu corro pro médico. Eu confio no médico, eu tenho fé em médico demais; injeção, tenho muita fé em injeção, muita fé mesmo. Eu saí daqui uma vez com uma dor tão grande que só Deus é que sabia. Tomei uma injeção, meu amigo, não passou 10 minutos eu fiquei bom. Por isso eu tenho fé em injeção, porque a injeção cura na hora. Tem remédio que não serve não, até o médico erra. Às vezes o médico passa o remédio que não serve. (João Moura, 54a, RN)

Os estudos interessados em mapear o perfil da automedicação no Brasil indicam que 41% das compras de medicamentos são realizados por homens, sendo que a maior procura correspondente a medicamentos para automedicação são aqueles que atuam no aparelho digestivo e no metabolismo (24%) (Arrais *et al.*, 1997).

(...) pra gente se consultá numa instituição pública, ou seja, aqui no posto de saúde, a gente tem que chegar 4 da manhã ou então dormir no local pra ver se consegue marcar uma consulta. Às vezes você nem consegue, aí desanima, desestimula a pessoa de vir ao médico. A pessoa fica se tratando em casa, não é certo, se automedicando. Pode até pegar outra doença, tomá o remédio que não é adequado. Aí não cura, aquela fica pior e a gente fica se prejudicando. Desanima, né? Você marca um exame hoje pra daqui a um ano. Pode ser o suficiente pra pessoa morrer, aí desanima. Mas a gente tem que se esforçar pra vir. (Leonildo, 34a, RN)

Os relatos que corroboram com a análise de Pinheiro et al. (2002), trazem a lume a questão da procura masculina diante de acometimentos de saúde. Esta discussão se faz relevante neste momento histórico no qual alguns dos discursos políticos no campo da saúde visam consolidar a ideia de que o homem não cuida da própria saúde (ou são negligentes) e permite aprofundar a questão e pensar sobre as estratégias masculinas para lidar com acometimentos à sua saúde. Tal análise, parece ser uma tarefa necessária para compreendermos como e para que se constrói uma suposta identidade masculina que posiciona o homem como um indivíduo incapaz de cuidar de si mesmo e que irá agenciar e ser agenciado por diferentes discursos de poder no campo do cuidado em saúde (Couto e Gomes, 2012; Nascimento e Carrara, 2012). Discutindo sobre a equidade de gênero no campo das políticas de Saúde, Couto e Gomes (2012) tratam da relevância de se compreender os jogos de interesse existentes na elaboração de políticas públicas e nas investigações sobre as

iniquidades que tornam desiguais as condições de saúde do homem. A reformulação das noções de um homem genérico e homogêneo, que estaria no alicerce de muitos debates acadêmicos, torna-se ímpar para compreender como e por que os homens se posicionam de um determinado modo quanto aos cuidados que têm com os processos de saúde-adoecimento. Como uma crítica às investigações meramente descritivas, Lyra et al (2012) destacam a necessidade de um posicionamento analítico e crítico a respeito dos discursos produzidos sobre e dos homens, de modo a inserir amplo debate sobre os condicionantes de gênero que estão postos na forma como as masculinidades lidam com a saúde.

A posição geracional e social pareceu interferir nas questões do cuidado. Dessa forma, um serviço de saúde deveria construir estratégias que considerassem com maior aprofundamento a perspectiva geracional. Um exemplo disso são as situações de risco experienciadas pela presença constante de violência e demais vulnerabilidades sociais. Muitos jovens entrevistados relataram situações nas quais tiveram amigos próximos perfurados por facas ou que em brigas, ficaram machucados. No caso dos adultos, os relatos reportaram a situações de violência no trabalho, ou até mesmo vulnerabilidades ocupacionais.

Na contramão dessa pluralidade e diversidade de experiências, uma ideia de homogeneidade masculina pareceu permear os serviços de saúde, começando pela perspectiva dos entrevistados, uma vez que o jovem, o adulto e o idoso receberiam o mesmo tipo de atenção em saúde. Contudo, nos pareceu evidente as diferentes necessidades que orientam cada grupo a procurar pelos serviços. A percepção de fatores de proteção e de vulnerabilidade em saúde pareceu estar permeada de diferentes comportamentos preventivos, como cuidar da alimentação, evitar excesso de uso de álcool e outras drogas. Aquilo que é entendido como conduta preventiva na saúde está estreitamente vinculado com as experiências pessoais, nas quais o sedentarismo, a alimentação e o uso de drogas ocasionaram em alguma experiência prejudicial à saúde, ou seja, o desfecho dessas experiências ocasionou uma percepção de tais fatores como produtores de risco à saúde e ao bem-estar.

Eu cuido da minha saúde normal, como toda pessoa cuida.
Procuró não tá em canto quente, não tomar banho de chuva

fora de hora, procuro também não estar junto a tóxico. (Leonardo, 26a, RN)

Eu pratico alguns esportes, procuro não me desgastar muito fisicamente, pratico esporte que já é bom pra saúde. Esse caso de beber, eu não bebo sempre, porque eu vejo que faz mal. Eu acho que é isso. Procuro sempre tá me autoavaliando pra ver se tem alguma coisa. Se for o caso, procurar um profissional pra tratar melhor (Gustavo, 18a, RN).

Normalmente eu costumo vir ao dentista, né? Tratar da minha saúde bucal. E alguns sintomas que eu sinto, eu procuro o atendimento médico. (Dirceu, 35a, PE)

Eu trabalho e sempre gosto de tomar uma, sabe? Isso prejudica a saúde e leva a pessoa pra trás. (Humberto, 21a, RN)

A ingestão de muito café, refrigerantes, isso pode causar diabetes, né? Somente isso e praticar esportes sem ter consultado um cardiologista são coisas que faço que pode acarretar problema pra minha saúde. (Ederson, 27a, RN)

(...) quando eu fiz os meus 18 anos pra 19, eu comecei a fazer academia. E eu comecei a usar anabolizante. Eu usava três tipos de anabolizantes que eram de uso veterinário. Então eu comecei a ter febre, dor de cabeça forte, dores musculares, comecei a vomitar, sentir a boca amargando. Aí meu pai dizia, isso vai virar problema hepático(...) Aí eu dizia, não, é besteira, isso passa, foi uma comida que fez mal. (Gilmar, 24a, RN)

Eu não cuido não. Minha alimentação é toda irregular, eu não faço esporte, não faço nada. Eu acho que cuidar da minha vida assim atualmente eu não tô cuidando não... qualquer carreirinha que a pessoa dá, eu já fico logo cansado. (Rafael, 25a, RN)

Até a médica mandou fazer caminhada, esses negócios. Aí, às vezes, às vezes eu digo que não faço porque não tenho tempo, mas às vezes é relaxamento mesmo. Mas tem que começar a prevenir, porque futuramente tem....esse problema meu no coração. E porque eu fiz cateterismo e, pra ver se eu tinha alguma coisa, né? E graças a Deus não deu nada, mas ela disse que eu tinha que caminhar. (José Augusto, 38a, PE)

(...) minha saúde, eu trabalho, e só cuido quando tô sentindo alguma coisa. Não tenho aquela prevenção, né, que deveria a

gente ter uma prevenção, mas infelizmente a gente não pode, tem que trabalhar. (Assis, 44a, RN)

Considerando os relatos de parte dos jovens, o cuidado de si pareceu ser cotidiano e, para outros, ainda que seja reconhecido como importante, não faz parte do cotidiano pessoal. Entre os adultos, as práticas preventivas que não se caracterizaram como práticas rotineiras, bem como a procura pelos serviços de atenção primária, esteve predominantemente motivada por um problema de saúde existente e pelos sintomas, que, por serem incômodos, motivam a procura pelo serviço de saúde. Mesmo sabendo da relevância da prevenção e sabendo como fazê-la, muitos homens relataram que não se engajam em comportamentos preventivos. As experiências diárias de situações que podem causar algum tipo de mal-estar físico foram descritas como comportamentos pessoais que influenciam negativamente a própria saúde; contudo são práticas que, mesmo acarretando tais prejuízos, fazem parte do dia a dia.

EXPERIÊNCIAS NO CONTEXTO DE SAÚDE, ADOECIMENTO E CUIDADO

Este capítulo apresenta experiências compartilhadas ou não compartilhadas entre os grupos geracionais e ilustra como algumas esferas produtoras de desigualdade em saúde produzem, nos diferentes grupos geracionais, formas compartilhadas ou não de acessar e utilizar os serviços de atenção primária à saúde. As esferas produtoras de desigualdades de gênero na saúde e no cuidado analisadas neste capítulo abordam as esferas “Sexualidade” e “Trabalho/emprego e Vida na comunidade”, mas se interseccionam com as esferas “Saúde/Cuidado” e “Reprodução/Paternidade” (Couto *et al.*, 2009).

Sexualidade

Exposição do corpo (sexual) nos ambientes generificados de atenção à saúde

Nos três grupos geracionais, a exposição do corpo sexual e às queixas relacionadas aos genitais ou a hábitos de vida tipicamente masculinos, foram tomadas como impeditivos para que os homens se sintam à vontade para conversar com as profissionais do sexo feminino, especialmente as médicas e enfermeiras. Esse tipo de receio ou vergonha, esteve mais presente entre os adultos, mas é também uma experiência compartilhada entre os jovens e idosos.

Porque mulher, o negócio de saúde é uma coisa e o homem é outra diferente. Por isso que eu digo que era pra ser diferente. Essa fila dos homens e outra das mulheres (...) Eu tive uma tontura, eu transei com a mulher e deu isso também, transei duas vezes com ela e deu isso, tontura, né? (...) Eu acho que agravou por causa do problema da cirurgia, né? Deve ter sido isso. Não falei pro cardiologista hoje, porque era uma médica, senão tinha dito mesmo. (O senhor não falou porque era uma médica? Se fosse um médico teria falado?) Tinha falado (...) com mulher o cara fica com vergonha (...) Quando é um homem o cara se abre mais com ele. (João Moura, 54a, RN)

(...) homem com homem se entende, né? (...) é, a mesma coisa a mulher, ela prefere ser mais atendida por uma mulher

do que pelo homem, porque são sexos opostos, então ela fica com receio. Quando é uma mulher não, quando é uma mulher ela pode realmente ficar à vontade. A mesma coisa é o homem. (Dirceu, 35a, PE)

(...) não sei por que, o homem eu acho que eu fico mais à vontade, né? E assim, com mulher, fico sempre acanhado, mas apesar eu tenho que fazer mesmo. Feito eu fiz uma cirurgia. Quando chegou lá, aí eu sou meio assim pra tirar a roupa e teve que...tinha que tirar mesmo. (José Augusto, 38a, PE)

(...) fiz uma consulta com a médica, ela falou pra mim, qual é o seu problema? Aí eu disse: o problema é que eu tô com os cabelos caindo e queria saber se tem um remédio. Só que tinha muito mais coisa do que isso, mas eu não contei pra ela. Eu ia dizer se fosse um homem, né? Ia dizer: olhe, eu tô desesperado porque o meu cabelo tá caindo (...) Então, esse tipo de coisa eu não falei pra ela. Só falei que tava com queda de cabelo e queria saber se tinha algum medicamento pra isso. Eu escondi muitas coisas. (Gilmar, 24a, RN)

(...) a gente nota que a médica, não todas, ela atende mais bem a mulher do que ao homem, porque a mulher conversa com ela e o homem fica calado. Ela pergunta isso assim, assim, e pronto, e a mulher não, fica conversando. Aí homem com homem é diferente, pronto. Lá na firma, quando era um médico homem, era uma tranquilidade. Era diferente. Era melhor, porque ele explicava tudo direitinho e a médica é diferente. Ela pede o exame, a gente faz, ela vê tudo e pronto (...) (Como era com ele? Conversava mais?) Conversava, explicava como era, que tinha que se cuidar. Falava sobre o fumo, sobre bebida, de tudo ele falava. E a médica não fala disso aí não. Ela só pergunta, fuma? Não. Pronto. Só isso aí. (Afonso, 63a, RN)

Eu achava assim que devia ser um médico pra os homens e uma médica pras mulheres. Porque aí você dizia mais ao médico aquilo que tá sentindo (...) eu fiquei (constrangido) porque é uma pergunta um pouco delicada, né? E perguntar a uma mulher? Se fosse um médico, aí é como eu falei pra você, um médico a gente fala mais. (Joilson, 40a, RN)

As experiências de interação com mulheres nos serviços de saúde produzem um desconforto que sinaliza as tentativas de tornar esse ambiente mais masculinizado e com isso preservar o espaço de sociabilidade dos homens tal como o bar, a rua, o

futebol etc. Configurando com isso uma espécie de verticalização, na qual os serviços deveriam, para serem mais acessados e utilizados pelos homens, ser também composto por corpo clínico masculino.

Eu gostaria que fosse especificado. Um dia de homem, só homem. Um dia só mulher. Um dia só idoso. Um dia só criança. Aí você ia se programando. Não, aquele dia tal eu vou. Ter tipo uma junta médica, de cada especialidade ter um, explicando a você e você ia sabendo de tudo, ficaria informado do que seria as doenças do homem, né? (Assis, 38a, PE)

No caso dos idosos, a vergonha de expor o corpo sexual seria uma experiência compartilhada, entretanto um posicionamento diferente é dado diante das interações com mulheres nos serviços de saúde e revela uma ruptura geracional em relação ao enfrentamento da vergonha e do constrangimento. No caso, os idosos aceitam e se conformam com a situação. Esse constrangimento, tal como se refere Bordo (1997) ao analisar as biopolíticas sobre o corpo feminino, poderia ser minimizado com estratégias que ensinassem o homem desde a infância a aceitar as intervenções sobre seu corpo.

Também aqueles tipo de doença venérea, essas coisas assim, o cara vem, às vezes com o pênis já muito inflamado. Aí vai fazer o tratamento com a médica. Aquilo ali pra um cabra já idoso, ele meio que se conforma, né? Mas pra um cabra novo, ele fica muito constrangido (Genivaldo, 61a, RN).

(...) é um preconceito que existe também. Médico de próstata, ele (o homem) se sente acuado, é uma situação de mostrar sua intimidade tudinho, mas eu acho que é algo que é na velhice exatamente que é exigido. Mas se essa confiança fosse dado desde da infância, nas escolas, cuidar da saúde, a saúde como um todo, cabeça, corpo. (Wilson, 24a, PE)

Os exames e os procedimentos que demandam exposição do corpo nu, são entendidos como as interações de maior constrangimento por parte dos homens entrevistados.

Às vezes não é nem consulta, é exame, que o homem vai fazer com a médica e fica constrangido. Eu acho que se fosse

um homem fazer com um médico, fica melhor. Como o exame de próstata que agora faz de sangue, mas antigamente era diferente, se fosse daquele jeito pra um homem fazer com uma médica, ele ia ficar muito constrangido (...) Ia ser melhor, porque aí ele ficava mais à vontade. Homem com homem fica mais à vontade. Eu penso isso, mas em outros tratamentos tanto faz ser homem ou mulher. (...) pelo menos essa parte, de pelo tipo de problema, ser atendido homem com homem. (Genivaldo, 61a, RN)

Eu achava que certos tipos de exames devia ser com o médico mesmo, não com a médica, porque às vezes a gente esconde, não quer dizer tudo que sente, e sempre, sempre eu peço desculpa a minha médica aqui no posto, pra mim às vezes dizer o que eu tô sentindo, mas ela sempre diz: não, seu Israel, eu tô aqui pra atender o senhor, o senhor pode dizer. Mas às vezes a gente esconde (...) A pessoa às vezes quer mostrar o pênis, saber o que tá acontecendo com aquilo ali. Que ele não tá subindo normal, porque tá essa pele aqui feia, e a pessoa não pode mostrar a uma médica de jeito nenhum, já o médico vai olhar. (Israel, 61a, RN)

(...) tive que tirar a roupa todinha. E a vergonha? Ainda mais, é uma enfermeira pra dar banho na pessoa. Diga aí? Eu tava lá, na maca deitado, aí a mulher chegou. Fernando, tomar banho. Quando ela disse tomar banho, eu disse: é o quê? Mas tá certo, eu não podia fazer nada (...) queira não, mas ela pegou e deu banho em mim, pegou lá, uma vergonha da mulesta. (Fabiano, 16a, RN)

(se tivesse DST) procuraria um médico. De forma alguma procuraria uma médica (...) a questão é de ser examinado principalmente, entendeu? Ia ficar bastante constrangido. Ia ser uma situação complicada, não queria não. (Gilmar, 24a, RN)

A vergonha de expor o corpo e os genitais para estranhos são salientadas. E, mesmo na condição de pacientes e em ambiente institucional, o recurso à figura da mãe se faz presente em algumas falas, demonstrando um reforço de suas histórias de vida nas quais o lidar com o corpo, para o cuidado e higiene, eram mediados pela figura materna.

(...) o homem, também, ele sente como eu disse, essa vergonha de procurar atendimento, se despir, né?... Medo não, né? É vergonha de se despir, de falar realmente o que sente, a verdade. Eu lembro, até há pouco tempo mesmo, eu vinha com minha mãe, né? Ah, já no final da adolescência mesmo, porque por ser tímido mesmo e não falar o que

realmente acontecia, era um problema normal de infância, aí ela já falava melhor. né? (Wilson, 24a, PE)

(...) pra tomar banho, eu me aguentava na cama e só ia com mãe. O cara tem que tirar a roupa, sabe? No caso lá, no hospital, eu tive que tomar banho, tive que tirar a roupa todinha. E a vergonha? Ainda mais que é uma enfermeira pra dar banho na pessoa. (Fabiano, 16a, RN)

Poucos entrevistados relativizaram a questão dizendo se sentirem à vontade diante de profissionais do sexo oposto. Porém embora relatem isso, os mesmos usuários dizem que um serviço só para homens poderia ser um recurso que ampliaria a frequência de utilização dos homens quanto aos serviços de atenção básica.

(...) não me sinto não...não...porque querendo ou não ela é uma profissional, assim não existiria ginecologista homem e a maioria da mulher que faz prevenção tem que ficar nua na frente do médico. Eu creio que não sê uma coisa pra melhorar nossa saúde, independente de homem, mulher, padre, freira, o que butar lá eu faço o exame. (Romildo, 39a, PE)

(...)algumas pessoas que quer ser atendido por um homem, alguns se sentem constrangido, né? Mas eu mesmo não. Uma vez tive um problema nos meus testículos e aí eu tive que mostrar a uma doutora! A doutora passou um remédio, passou umas pomadas, aí eu fiquei bom. (Edivaldo, 48a, PE)

Assim também como uma mulher, sendo uma consulta que exija que ela mostre as partes íntimas dela, algumas têm vergonha de ser atendida por um médico, por um homem (...) (e você tem essa vergonha também) Eu não, tenho não, não tenho esse tipo de problema não (...) Eu já fui, já mostrei até (Foi tranquilo?) Pra mim sim, só não sei se foi constrangedor pra ela (médica). (Éderson, 27a, RN)

A vergonha na exposição do corpo e de suas vulnerabilidades culminaria em estratégias de automedicação e uso de métodos caseiros para a resolução do problema de saúde. O diálogo entre entrevistador e entrevistado apresentado a seguir ilustra aspectos subjetivos que permeiam esta questão.

(eu citei alguns casos de situações que a pessoa procure algo no sentido da saúde sexual, seja porque está com uma doença

sexualmente transmissível ou de impotência, ereção, seja porque está com alguma dúvida, qualquer tipo de consulta que tenha a ver com a saúde sexual, como é que você acha que é para o homem, isso?) É complicado, porque o homem, se for desse lado que ele tá caindo de produção, ele não quer procurar, porque fica com vergonha. E a mulher também, ela vai se consultar mas também não vai contar a situação. (Você acha que ela não conta?) Conta nada. Só se o médico for em cima do ponto e perguntar, talvez ela ainda faça um ardeio e não revele. Cada um quer defender o seu, digamos assim, o seu potencial. Cada um não quer se achar no diminutivo. (E isso é mais uma coisa do homem ou do homem e da mulher?) O homem mais ainda. Se ele tiver caindo de produção, ele não vai, talvez procure um remédio caseiro que já ouviu falar. Ele não vai pra não ter que assumir que tá em queda (Nilson, 46a, RN)

A questão da sexualidade (jovem-sexualidade-reprodução-risco) é um fator comum na interação entre estes homens e os serviços. Porém, pelo fato de o serviço ser composto por um número grande de profissionais do sexo feminino, estes homens não se sentem à vontade para falar de tais questões. Ainda que os relatos indiquem o papel decisivo da figura feminina para a aprendizagem dos cuidados em saúde, quando existe a necessidade de expor o corpo sexual e relatar experiências pessoais com profissionais do sexo feminino, tal experiência parece ser sempre vivida com constrangimento e evitação por parte dos jovens.

(...) porque aí a intimidade da pessoa vai ficar mais relativa com um homem e com o outro pra você conversar, pra dizer eu tô com problema nessa região aqui em baixo (aponta pra região do pênis). Eu não vou chegar pra mulher. Ela vai pedir pra eu tirar a roupa, eu vou ficar naquela, né? Não...não vou tirar, agora já um homem chegar pra me examinar outras partes aqui de baixo, pá, tá um conversando com o outro, pá, normal. Já a mulher fica meio assim. (Welerson, 19a, PE)

É porque eu chequei ali, a maioria do tempo eu fiquei...só tinha mulher. E achei... e eu fiquei no meio. Depois, depois de umas duas horas, chegou um rapaz, ficou lá também. Mesmo assim, só tinha ele, eu, ele e outro, e outro, outro garoto lá. Só ficou a gente, o resto tudo mulher. (Caio, 19a, PE)

Esta dificuldade de expor o corpo sexual somada à falta de sistemática para abordar a sexualidade masculina, configuram um cenário adverso para a atenção

integral à saúde desses homens. Esta atenção, já descrita em diferentes estudos como menos comum e pouco sistemática, é marcada por uma tradição de assistência à saúde da mulher e da criança, o que, na percepção dos homens, faz com que tal contexto não seja percebido como disponível também para eles (Figueiredo, 2005; Couto *et al.*, 2010; Pinheiro, 2010). Temos aqui uma questão que se insere nas relações de gênero, pois apresenta dois problemas distintos e relacionais: homens com dificuldade de expor o corpo para mulheres e a falta de instrumental destas/es profissionais para abordar o homem, sua sexualidade e seu corpo sexual. Nos relatos, foi possível observar que mesmo diante de uma inevitável exposição de fragilidade, de demandas privadas ou por atitudes que confrontam o modelo hegemônico, estes homens sentem-se mal tratados e pouco acolhidos pelas profissionais do sexo feminino que atuam nos serviços de atenção primária investigados.

Heteronormatividade, práticas sexuais e masculinidades hegemônicas

A sexualidade é uma dimensão transversal dentro da análise de gênero e geração. De um lado, a sexualidade nos relatos faz parte do que é ser homem, especialmente se considerarmos as falas dentro da perspectiva de um modelo hegemônico de masculinidade. As falas dos entrevistados fazem referência à orientação afetivo-sexual e à masculinidade. Estas percepções nos pareceram relevantes, pois se diferenciam das falas masculinas apresentadas, que legitimam a heteronormatividade compulsória que por sua vez valida o que é ser homem.

Alguns entrevistados entendem que ser homem independe da orientação afetiva sexual, porém estes homens devem se comportar e parecer socialmente como homens masculinizados. Isso pode demonstrar o enfraquecimento da masculinidade hegemônica dentre as novas gerações, uma vez que os limites que delimitam esta masculinidade passam a ser relativizados. Uma vez garantidos os demais atributos do que é ser homem, a orientação afetivo-sexual passa a ter uma influência secundária nesse sentido.

(...) ser homem é ser do sexo masculino, o que diferencia o homem da mulher é só isso mesmo, a questão de ter nascido do sexo masculino ou do sexo feminino, questão de

orientação sexual pra mim não influencia em nada. (Gerson, 28a, RN)

(...) tem gente que só acha que é homem quando é machão, quer ser mais homem do que os outros. É mais isso, não julgo ninguém pelos seus atos sexuais. Tem muita gente que é homem, mas tem atração pelo mesmo sexo, né? Eu não tenho nada contra não. Eu acho que é um homem com atração diferente. Como a gente vê aí, muitos homossexual, mas é homem do mesmo jeito. (Leonardo, 26a, RN)

As experiências que extrapolam o campo da heteronormatividade também parecem produzir discursos dissonantes sobre a relação entre sexualidade e masculinidade, flexibilizando o padrão hegemônico.

(...) o cara ser homem, o cara pode ser gay, pode ser o que quiser. A vida é dele, ele tem é que tomar conta da vida dele. (Fabiano, 16a, RN)

Contudo, ainda persistem noções heteronormativas entre os entrevistados:

Os homossexuais que passam na televisão, às vezes, por ter namorado com outros homens, essas coisas assim, eu acho que não deve ser um homem. (Diogo, 16a, RN)

E por outro lado, a sexualidade também aparece como uma condição que tipifica o homem dentro de sua posição geracional. Ao jovem é permitida a experimentação desta sexualidade e ao homem maduro espera-se uma conduta mais linear e responsável desta sexualidade. Aqui aparece claramente um valor moral associado à sexualidade do homem adulto voltada para a família, para o contexto particular no qual a reprodução, a fidelidade e a moral são direcionadores do “homem de família”.

(Ser homem) é pegar uma ruma de mulher, eu acho que isso (...) todo homem quando cresce tem que sustentar a família, assumir a família de vez em quando. Porque eu sou boy, né? Eu acho que quando o cara já é homem mesmo, tem que ter a responsabilidade, né? (Fábio, 16)

O lugar da sexualidade neste cenário passa por dois atos distintos. O primeiro se refere ao momento de experimentação e de vivência de uma sexualidade mediada pelas coletividades juvenis. Se os amigos fazem, há um coletivo que permite que o

sujeito experimente e como este coletivo se vê como “homens”, isso não colocaria em jogo o fato deles se entenderem como homens heterossexuais.

Só eu fui pra casa. Aí eu peguei no sono e os meninos voltaram e nem me chamaram. Aí pegaram o travesti, tá entendendo? Mas eu não sou gay, tá entendendo? Vou deixar bem claro aqui. E nem os meninos. Eu acho que os meninos não são não, mas comeram, né? (...) Todo mundo é homem mesmo, só que quem come homem, o cara diz que é veado, né? Só que no caso da gente, né, não. (Fabiano, 16a, RN)

Em um segundo ato entraria em cena a sexualidade voltada para as relações de parentesco. O lugar da sexualidade nesses modelos de parentesco e família vinculou-se à reprodução e classificou como desvio as demais as práticas eróticas que não se comprometiam com a reprodução como objetivo final da relação sexual. Esta sexualidade voltada para as relações de parentesco foi entendida a partir do discurso religioso e posteriormente do discurso médico-biológico (Moraes Alves, 2009) e, por isso, traz consigo uma forte influência de valores voltados para a reprodução e manutenção social. A experiência geracional, aquela compartilhada por um coletivo, ganha significado como forma de aglutinar os indivíduos em torno de redes de pertencimento e de reciprocidade marcadas pelo ideário da “livre escolha”, para além dos vínculos que estabelecem com a família e com o Estado, os quais são vistos como laços obrigatórios (Moraes Alves, 2009).

Trazendo para a discussão as análises de Pinheiro (2010), que investigou a abordagem da sexualidade masculina a partir de uma parte dos dados aqui analisados, é possível perceber que na perspectiva relacional de gênero, esta sexualidade é acessada em associação à figura feminina, a qual aparece de forma subjugada e dominada na relação. E a manifestação da sexualidade masculina é representada como impulsiva, exagerada e, que para alguns, o homem adulto deve ter controle sobre ela se pretende construir e manter sua moral.

(...) o cara ser homem é ele ter caráter, o cara tem que ter respeito com a mulher, fidelidade. Se o cara não tiver caráter, for mentiroso, o cara não chega não (...) O homem pode trair a hora que quiser que não tem essa não, mas a mulher não pode não. O homem tem o instinto, a mulher não tem. (Fabiano, 16a, RN)

A (in)fidelidade ou as práticas sexuais fora dos relacionamentos são relatadas de forma recorrente e que também pode ser uma prática de risco para exposição a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

(...) os homens saem mais do que as mulheres. Eu acho difícil assim um homem que respeite a sua mulher. Ele sai com outras, então eu acho que ele tem que se cuidar mais. (Ian, 17a, RN)

(...) tem homens que gostam de procurar mulheres fora (do casamento) (...) Ou mesmo sem ser casado, aquele que fica procurando uma mulher aqui outra ali. Isso aí pode fazer com que um dia ele venha a adoecer, porque pode pegar uma doença de uma mulher, ficar com um problema de saúde, ou mesmo também o homem com outro homem, pegar o vírus do HIV, a AIDS. (Marcondes, 34a, RN)

(...) porque o homem tem o princípio muito de procurar mulher na rua. Aí num se protege nem nada. Aí termina pegando aquelas doenças e butando na mulé, caso num sabe. (Eufrásio, 46a, PE)

Mas pro homem pegar doença é bem facinho. Ele vê uma mulher bonita e já vai... Por isso o homem também adoecer. (Afonso, 63a, RN)

(...) um homem que é casado, tem a sua esposa, mas ela não se convence com a sua mulher, é um homem mulherengo. Amanhã ou depois, ele pelo fato de deixar a mulher dele, vai procurar outras mulheres, porque afinal de contas ele tem um dinheirinho pra poder querer ser o tal, aí contrai o quê? Uma blenorragia, uma sífilis, cancro, AIDS, câncer. (Gilberto, 55a, RN)

No caso dos jovens, ainda que alguns relatem que as práticas sexuais sem preservativos produzam vulnerabilidades, os mesmos também relatam que no período etário em que se encontram, isso é permitido. Assinalam que com a vinda da maturidade, da paternidade, de um emprego fixo e de uma família pra manter, esses atos devem ser abandonados. Exceto no caso do uso de preservativos e do risco de contaminação de DSTs, os jovens não relatam receber quaisquer outras informações sobre comportamentos de risco que sejam comuns à sua condição geracional: uso de anabolizantes, risco de uso de drogas ou quiçá há algum indicativo de informação sobre redução de danos. Ainda que atualmente existam diferentes campanhas focadas

no abuso de drogas, dengue, próstata etc, elas parecem não alcançar a realidade concreta vivida por tais jovens.

Entre o grupo dos homens adultos e idosos, o desempenho sexual e mais especificamente a sua manutenção, é um fator que aproxima os homens adultos dos serviços de saúde. A manutenção do desempenho sexual e das práticas sexuais, mesmo diante de condições adversas de saúde, parece ser determinante para os homens nesses dois grupos geracionais e pode implicar inclusive em agravos de saúde mais severos.

Eu vim até aqui, peguei uma ficha, fiz a consulta e peguei o encaminhamento para o urologista (...) não tô sentindo bem, que eu sinto aquela dor. A relação sexual também não tá bem, e eu acho que deve gerar desse problema (...) eu ainda vou ver o médico, fazer os exames pra ver o que é que tá acontecendo. (Assis, 44a, RN)

Eu tive uma tontura. Eu transei com a mulher e deu isso também. Transei duas vezes com ela e deu isso, tontura, né? Deve ter sido isso que agrava, né? (...) Eu acho que agravou por causa do problema da cirurgia (de ponte de safena), deve ter sido isso. Não falei pro cardiologista hoje porque era uma médica, senão tinha dito mesmo (...) (Se fosse um médico teria falado?) Tinha falado (...) Fica mais à vontade, né? Com mulher o cara fica com vergonha, né? (João Moura, 54a, RN)

Esses últimos dias agora eu tô sentindo uma falta na saúde sobre viver com uma mulher no sexo. Eu tô com 61 anos de idade e tem vez que pra mim eu tô morto, assim, é só o pensamento, mas o restante fica como um corpo morto. Toda vida eu reclamei disso, que é mode os comprimido que eu tomo, porque quando eu quero mesmo ter uma pessoa comigo, pra amar, fazer minha vontade mesmo. Eu passo 2, 3 dias sem tomar comprimido nenhum, mesmo que a pressão suba, mas eu realizo o que eu quero. Mas têm vezes que é um minuto, aí eu morri, pronto, acabou-se, tá entendendo o que eu quero dizer? (Israel, 61a, RN)

No caso dos idosos, o desempenho sexual é um fator que motiva a procura por atendimento médico, entretanto uma ruptura de práticas se dá quando a vergonha de expor o corpo ou falar de assuntos da vida sexual, não parece ser um fator que inibe a procura. Entretanto, as queixas relacionadas ao desempenho sexual parecem não ser compreendidas pelas profissionais.

Eu tô tendo um problema, que eu, agora, tô tendo muita coisa, vou ter que falar com ela hoje (refere-se à médica) um assunto meu, que vou ter que falar com ela (...) Não é doença, é, deve ser fraqueza, não sei se é do remédio que eu tomo que às vezes faz que nem diz a história, mas às vezes eu nego fogo, às vezes. Eu não sei o que está acontecendo. (Arnaldo, 56a, PE)

Há poucos dias eu falei com a doutora Cliviane que a minha pressão subiu. Aí ela me deu um remédio, né? Aí o remédio me ofendeu, aí eu vim e falei pra ela: “doutora, eu fazia sexo 3, 4 vezes por semana”. “Isso é coisa da sua cabeça”, ela falou pra mim. Mas a maior parte dos velhos não tem coragem de falar e ela disse: “isso é coisa da sua cabeça”, mas não é não, hoje eu vou fazer uma reposição de hormônio (...) e essa reposição eu acredito que vai melhorar minha impotência (...) Por onde eu tenho andado, a principal queixa é essa aí, porque quando o homem fica impotente, tudo vai ficando abandonado, fica muito difícil. A queixa maior que eu tenho visto dos homens é essa aí. Tem homem que toma Viagra. Eu nunca tomei. Pra mim é isso. Se a minha potência acabou, então é isso, acabou. Tudo tem começo e fim, eu não vou inventar essas coisas não. (Antônio, 68a, RN)

Doenças sexualmente transmissíveis e uso de preservativos

Outro tema recorrente nos relatos dos jovens se refere ao uso de preservativos, o qual eles reconhecem como uma forma de cuidado (Pinheiro e Couto, 2012). Ainda que este seja reconhecido como uma forma de prevenção, o seu uso não é constante, pois alguns relatam que existam dificultadores para o acesso e uso do mesmo. Pinheiro e Couto (2012) mostram que a distribuição de preservativos nos serviços de Natal, é uma atividade pouco acessada e pouco divulgada, uma vez que muitos usuários/as desconhecem a rotina utilizada para tal distribuição e esta pode variar de unidade para unidade. Os jovens relatam que muitas vezes não encontram preservativos no posto de saúde e alguns não confiam na qualidade do preservativo distribuído na rede pública.

(...) não tá tendo e às vezes a gente vai comprar, aí é tarde. Quando a gente procura pra usar e não tem farmácia aberta, às vezes a gente sai de noite, encontra uma menina, aí tá sem, e tendo no posto não, a gente sempre tem em casa, na

carteira, mas esse mês passado não tinha. Mas é aquela coisa, sendo uma parceira confiável, né? (Leonardo, 26a, RN)

(...) quando não pego, prefiro comprar. Eu não confio muito nesses preservativo do posto não, porque às vezes é forjado. (Welerson, 19a, PE)

Ainda que saibam dos riscos das práticas sexuais sem preservativo, a maior parte relata ser mais comum não usarem pelo fato de o uso tornar a relação sexual menos prazerosa. Emerge também dos relatos a estratégia do coito interrompido como forma de evitar a concepção.

Não, com camisinha é ruim demais, eu juro a tu! É ruim, ruim mesmo. O cara não sente nem prazer. Eu toquei no assunto com os boy, porque os boy já gozaram dentro sabe, a gente tá chamando Eric agora de papai sabe, porque ele comeu uma boya sem camisinha e gozou dentro, aí a gente tá tirando onda. (Fabiano, 16a, RN)

É um negócio desagradável usar camisinha. Eu acho que é totalmente desagradável. (Caio, 19a, PE)

(...) eu também não gosto muito de usar preservativo não. Mas eu tenho que procurar, mesmo casado, eu tenho que usar (...) Também não fazia nada dentro não, quando tava perto de ficar (ejacular) tirava (...) tava no bem bom, bem e tinha que deixar (...) Aí ela: ah! Quando ela ficava com aquela preocupação. Quando tiver: - tira, tira, tira! Pronto, aí ficava de, né, jeito mesmo. (Avelino, 36a, PE)

O uso do preservativo não aparece como prática usual mesmo nas atividades sexuais eventuais. Muitos relatam que o critério para usarem ou não o preservativo se dá pela “procedência” da parceira. Com as namoradas é mais comum o uso da pílula como método contraceptivo e com as “moças conhecidas” também. Uma vez conhecido o histórico da parceira, esses jovens se sentem mais à vontade com o fato de não usarem o preservativo.

(...) tem a certa da pessoa, né? Não é com todas que a pessoa vai fazer sexo sem camisinha (...) mas aí geralmente sempre é conhecida, sempre é uma pessoa que a gente olha assim, né, não dá gente vê a doença, né? Mas a gente imagina, né? (risos) Às vezes a gente já tem saído uma vez ou duas, aí é normal. (Leonardo, 26a, RN)

(...) menina que conheço num dia, que eu vou ter relações com ela, eu uso camisinha. Mas se eu conheço ela, eu sei que ela é gente fina, tudinho, eu não uso não. (Caio, 19a, PE)

Porque realmente o homem não liga de se prevenir, né? A mulher liga mais de se prevenir. Às vezes o homem esquece de usar a camisinha, deixa pra lá, é isso aí. (Diego, 16a, RN)

(o homem) Acha que é assim, é vantagem, porque ele é homem, aí pensa assim que ele curtindo com uma mulé, que isso aí ele tá tendo um grande futuro. Ele não sabe o que é que tem por dentro dela. Às vezes vê por fora tão bonita, mas não sabe o que é que tem por dentro. (Eufrásio, 46a, PE)

Aí, depois desse dia (se referindo a sua experiência com DST aos 17 anos), fiquei com aquilo que era um sofrimento (...) aí fiquei com medo até de sair com qualquer uma mulé. Agora o meu pensamento era o seguinte: com pessoas que eu conheço eu podia, mas com que eu não conheço, não podia. (Alceu, 33a, PE)

(usa caminha) Só com a minha esposa. Agora se precisar, pintar mulé por lá, eu vou prevenir, aí eu me previno (...) Que nem a história “o santo de casa é protegido”, e na rua faz mais perigo. (Arnaldo, 56a, PE)

A negociação quanto ao uso do preservativo remonta às relações de poder no qual os imperativos masculinos subordinam as suas parceiras quando a aceitarem não fazer uso do preservativo.

(...) eu mesmo conversei com um cara que ele diz que não transa com mulher nenhuma de camisinha. Ele disse: a mulher que quiser transar comigo é sem camisinha. Eu disse: meu amigo, pois você tá procurando a morte, viu? Você tá vendo como tá a AIDS, né? A AIDS tá matando aí direto. (João Moura, 54a, RN)

(...) o homem não gosta de usar preservativo, né? Sabe que tem que usar, mas fica, não, mas eu não gosto. A mulher insiste pra mim usar, mas eu não quero usar, mas se você não usar tá passível a ficar doente. (Leonildo, 34a, RN)

(...) o homem não liga muito não, eu tiro por mim e por meus amigos. A gente não liga muito pra esse negócio não, só querem pegar e acabou-se. (Fabiano, 16a, RN)

Abordando a questão do uso de métodos contraceptivos, Arilha (1998) observou que mesmo os homens estando em alerta quanto à possibilidade da paternidade, acompanhando e monitorando as atitudes das mulheres em relação às opções contraceptivas, são as mulheres que, na verdade, têm o poder de fazer ou não acontecer a gravidez. O processo de liderança contraceptiva e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, seria, portanto, uma manifestação de poder das mulheres sobre os homens e que em cenário de disputa de poder, atualizaria a necessidade de marginalizar e controlar as práticas sexuais femininas, especialmente aquelas que escapam do campo de observação e monitoramento dos homens. Nesse embate, a hora masculina deve prezar pela certeza de confiar em sua parceira ou esposa quanto às suas práticas sexuais.

A associação homens-sexualidade-reprodução-DSTs pareceu ser um fio condutor da procura pelos serviços e apresentou um potencial de aproximação dos jovens nos serviços de atenção primária. Contudo, evidenciou que esta aproximação não se efetiva devido à ausência de referencial prático e metodológico para acolher estes homens, sobretudo os jovens e adultos, no campo da prevenção. Diferentemente das mulheres que têm sua saúde sexual e reprodutiva regularmente investigadas nos serviços, os homens não contam com a mesma atenção. O estudo de Pinheiro (2010) mostra que a contaminação por DST é entendida como uma vulnerabilidade por parte dos homens, porém nos serviços de saúde tal vulnerabilidade não se traduz em práticas assistenciais e preventivas. Entre os jovens também repercutiu a noção de que a sexualidade masculina é em partes vista como potencialmente infectante e o homem visto como um vetor de doenças sexualmente transmissíveis, cabendo à mulher decidir pela prevenção ou não (Gomes, 2008). No entanto, a adesão feminina ao uso de preservativo pode ser entendida como infidelidade ou promiscuidade (Pinheiro e Couto, 2012). A constante exposição em atividades sexuais sem proteção, efetivou experiências em saúde nas quais os entrevistados realizaram tratamentos para doenças sexualmente transmissíveis.

Vou seguir essas recomendações. Eu vim disposto a mim curar, porque também eu tô com uma menina e não quero passar essa doença (Sífilis) pra ela. (Caio, 19a, PE)

(...) lá no Rio de Janeiro, eu fiz (tratamento), porque na época eu peguei uma doença venérea, né? Isso já tem uns 30 anos. Eu fiz lá, mas graças a Deus deu tudo normal. (Leonel, 54a, RN)

A culpabilização da mulher pela transmissão de DST's entre os grupos geracionais foi tomada como forma de responsabilizar a figura feminina que pratica sexo casual e sem proteção e isso pareceu configurar uma noção de que o controle sobre a sexualidade feminina funcionaria como uma maneira de evitar a exposição para estas doenças.

Eu morava no interior, e tinha uma mulher lá, casada, sem vergonha, chifreira. Eu tinha uma mercearia, aí ela sempre ficava dizendo as coisas comigo e tal. Eu saí com ela, aí peguei essa doença. (Everaldo, 52a, RN)

Às vezes ela tá com a doença de HIV e ele nem sabe. Ela não vai querer morrer só, vai querer empurrar nele também. Aí ele vai, pega. Quando chega em casa, aí fica, bota na mulé em casa, porque a mulé não sabe também. Aí, pronto! Perde a mulé, perde tudo, perde o filho, é isso. (Eufrásio, 46a, PE)

Minha esposa pode até me trair. Eu confio, né? É minha esposa, moro com ela há mais de dez anos, então não tenho necessidade de desconfiar dela, porque se eu pegar uma doença, eu já sei que foi com ela. (Arnaldo, 56a, PE)

Homem cachorro, né, que fica com uma e com outra, mas às vezes não sabe, porque às vezes é o homem que pega da mulher, e a mulher, pegou de quem? É isso que às vezes me deixa matutando. (José, 59a, RN)

Os serviços de saúde e suas políticas de dispensação de preservativos colocariam a mulher como responsável pelo companheiro não recorrer ao serviço de saúde. Nesse sentido, foram a culpabilização dada ao serviço e às mulheres que indicou uma tentativa de resgatar o controle sobre a reprodução e prevenção por parte dos homens, uma vez que o controle sobre as práticas sexuais femininas não parece mais ser eficaz em um cenário de maior emancipação sexual das mulheres.

(...) eu acho que o acesso ao posto por parte dos homens, seria não dar camisinha a mulher, né? Porque a mulher vem no planejamento familiar e ela recebe essa camisinha e leva pra casa. Então o homem não vê a necessidade de vim ao posto pegar, né? Ele diz assim: não, minha mulher já vai, já

pega, então não tem a necessidade de ir ao posto. Então eu acho que isso é um erro, certo, por parte da própria mulher, que ela leva camisinha pra o marido e aí evita que o marido venha até o posto. (Dirceu, 35a, PE)

Pensando sobre o acesso à informação e às práticas de uso/não uso de preservativos, as falas de adultos, jovens e idosos se contrastaram ao apresentarem posicionamentos divergentes quanto às informações disponíveis e voltadas para a população masculina.

Porque isso aí, a sexualidade hoje, antigamente era um tabu, entendeu? Mas hoje até menino de dez anos já sabe o que é sexo e sabe o meio de se prevenir. Eu acho que só pega doença sexualmente transmissível hoje, quem quer, porque o posto orienta, a televisão orienta, o rádio orienta, os próprios cartazes que existem na rua, orientam isso e a sexualidade hoje é um negócio como se fosse farinha na feira. É um negócio, tá livre em acesso pra todo mundo. Acho que só se contamina hoje quem quer. (Dirceu, 35a, PE)

Esse negócio de AIDS, essas coisas aí, veio aparecer agora há pouco tempo. Pouco tempo não, né? Mas acho que já tinha isso, mas ninguém nem sabia. Na minha mocidade não me incomodava com isso não. Não sabia nem o que era isso (...) Hoje tem preservativo, só pega doença quem quiser ou não entender de nada, mas existe já o preservativo pra evitar isso daí. (Afonso, 63a, RN)

(...) eu não vejo muita informação nesse posto. A não ser da AIDS, mas não vejo tantas informações assim. Quando eu vou, eu não vejo informações pra o homem a não ser o negócio da AIDS. (Ian, 17a, RN)

O homem, muitas vezes, não sabe como fazer pra ter acesso às camisinhas, certo? Por falta de informação. (Geraldo, 24a, RN)

Ele vai se sentir pressionado, porque não se cuidou, as informações correm todo dia. A televisão mostrando, é propaganda, o próprio posto de saúde distribui preservativo pra que a pessoa não contraia nenhum tipo de doença e as pessoas não se cuidam. Aí eles vão se sentir pressionados, e por outro lado eles vão ter vergonha, vão dizer, rapaz, você andou por aí comendo comida estragada. (Nilson, 46a, RN)

As divulgações e informativos disponibilizados nos serviços, tais como palestras, cartazes, campanhas de saúde, folhetos etc., foram identificados como estratégias relevantes para os homens, ainda que abordem temas mais vinculados à prevenção de DSTs.

AIDS é uma coisa muito falada. Se o homem não se cuidar, o homem tem que ter um cuidado, usar camisinha, esses negócios assim. E tuberculose, sei lá. Pode ser tanto pro homem como pra mulher. (Ian, 17a, RN)

Eu já vi algumas vezes alguns informativos na parede relacionados só a doenças sexuais, entendeu? Como se prevenir. (Gilmar, 24a, RN)

(...) eu só vim ter cuidado com as doenças venéreas e AIDS e essas coisas há uns 5 anos atrás quando minha esposa fez exame de HIV, aí deu negativo (...) a partir desse dia a gente teve uma palestra, ela mostrou várias fases de desenvolvimento das doenças e eu desde desse dia eu sou um cara bem precavido (...), eu tenho vários amigos e amigas que até hoje nunca usou uma camisinha. (Romildo, 39a, PE)

São muito importantes, principalmente como o cartaz que tem aí falando da AIDS, assim pega, assim não pega. Isso é muito importante, não só pra homens, como também pras mulheres. (Joilson, 40a, RN)

O reconhecimento de práticas dos serviços que auxiliam na procura de meios preventivos, sejam as práticas desenvolvidas utilizando palestras ou por meio de material visual, podem ser estratégias úteis para alcançar os homens usuários dos serviços. Tais estratégias devem, sobremaneira, estar vinculadas a contextos de vida relacionados à comunidade e que permitam o reconhecimento das identidades de cada grupo geracional e suas demandas específicas. Entretanto, a efetividade desta prática demanda da constante iniciativa para conhecer e reconhecer a população local, suas necessidades e demandas e, sobretudo, suas realidades mais subjetivas.

Trabalho

Esta esfera produtora de desigualdade relacionou experiências intergeracionais nos grupos de homens adultos e idosos. No grupo dos homens jovens, não houve referências quanto ao contexto de trabalho e sua relação com as

condições de saúde ou o acesso e uso dos serviços de atenção básica, pois a juventude pareceu ser um momento de indefinições ocupacionais.

Dentre os relatos dos jovens que já trabalham, as atividades de vínculo informal também estiveram associadas aos problemas em saúde que não são contornados por medidas preventivas. Se por um lado, o serviço apresenta limitações quanto a atender as necessidades dos usuários, por outro, às suas necessidades enquanto usuários; por outro, as atividades de trabalho configuram contextos de exposição para a piora da qualidade de vida e o risco de adoecimento. Poucos jovens questionaram a necessidade de melhores condições de trabalho, porém avaliam como insuficiente aquilo que consideram como de responsabilidade do serviço prover.

(...) é mais quando eu fico trabalhando com pintura, por causa do cheiro da tinta, sabe? Aí meu nariz fica escorrendo. É só mais aí quando eu vou ao posto de saúde. Eu também uso muito o posto pra pegar preservativo e dentista, mas ultimamente esse posto daí não tá entregando preservativo e nem tão tendo dentista aí. (Ederson, 27a)

(...) eu também trabalhei em moto, né? Andava no sol quente. É recomendável passar um protetor toda vida que sair de casa, mas eu não fazia isso não, e creio que a maioria do pessoal que trabalha com moto também não faça isso. (Rafael, 25a, RN)

A gente procura mais o trabalho, a doença a gente só pára mesmo, quando já tá doente mesmo, sem possibilidade de ir. (Leonardo, 26a, RN)

(...) como eu falei a você, trabalhava em pré-moldados, pegava muito peso, e hoje eu sinto problema na minha coluna. (Rafael, 25a, RN)

Entre os jovens com empregos fixos, as atividades de trabalho são descritas como contextos de vulnerabilidade ou como dificultadoras para a procura dos serviços de saúde. Este é um dos aspectos que decisivamente diferencia o grupo dos jovens entre 24 e 29 anos, pois muitos já experimentaram contextos de trabalho insalubres.

Meu pai tinha uma fábrica de pré-moldados, e eu ajudava nessa fábrica. Eu pegava muito peso. Aí hoje eu sinto que eu

tenho problema de coluna, porque eu peguei muito peso nessa época, sabe? (Rafael, 25a, RN)

(...) o nariz escorrendo muito. Aí eu faltou mais ao trabalho, por causa de gripe assim, ou dor de cabeça, que gera muita dor de cabeça o cheiro de tinta. (Leonardo, 26a, RN)

(...) já cheguei a sofrer um acidente de trabalho. Eu fiquei ausente um certo tempo do trabalho, um mês e alguma coisa. (Geraldo, 24a, RN)

(...) quando tava trabalhando, não tinha tempo de vim pra o posto de saúde, tinha que ligar pra uma clínica pra marcar particular num horário que eu podia, à noite geralmente. E como os postos de saúde é só de segunda a sexta, é difícil demais (...) não tá trabalhando é o único jeito da gente ter tempo pra procurar o posto médico, fazer algum exame. (Gilmar, 24a, RN)

Os jovens que ainda não trabalham, consideraram que mesmo o trabalho sendo importante para o papel social do homem, a saúde também deveria ser. E percebem que muitos homens não procuram os serviços de saúde por considerar o trabalho como mais importante. Ainda que não vivenciassem a relação entre trabalho e saúde, perceberam, nos outros homens, a maior dedicação com o trabalho em detrimento ao autocuidado.

(...) mesmo se ele trabalhe, ele tem que entender que o trabalho não seria desculpa pra ele faltar a algo que é a saúde, porque eu acho que isso seria mais importante. (Wilson, 24a, PE)

Nos três grupos geracionais, o contexto de trabalho promoveu experiências compartilhadas quanto ao desenvolvimento de doenças ocupacionais ou quanto à promoção de agravos de saúde. Entre o grupo geracional de adultos e idosos, o trabalho é apresentando como contexto promotor de adoecimento. Os relatos abaixo ilustraram essa relação.

A única coisa que eu sei que prejudicou minha saúde é que eu comecei a trabalhar com cinco anos de idade. Peguei peso, eu acho... eu tenho problema de coluna, tenho bico-de-papagaio, tenho gastrite. Eu nunca cheguei a beber, nunca bebi. Tenho gastrite é devido eu ter trabalhado muito pra dá conta da família. (Donizete, 67a, RN)

Eu trabalhei de estivador. Na minha vida eu fui só mestre estivador, mexia só com carga de navio, caminhão. Comecei no cais aqui em 51, fui pra Santos, virei isso aí tudo. Então os carretéis da minha coluna são gastos, aí criou a hérnia de disco, dói tudo aqui. (Antônio, 68a, RN)

(...) trabalhava sempre em serviço pesado, a minha vida quase toda foi mais em serviço à noite. É outra coisa que acaba também com a pessoa. Só num posto de gasolina eu trabalhei 8 anos, não dava um cochilo durante a noite, porque se eu desse, tava arriscando a minha vida que era no meio da rua, não tinha onde eu me encostar pra dar um cochilo nem nada, quer dizer, isso são extravagâncias que a gente faz, né? Depois é que a gente vai sentir aquilo que fez. (Genivaldo, 61a, RN)

Inclusive eu tive um trabalho que eu levava bobinas de 60kg de tecido. E daí desenvolveu uma proteção do meu corpo, né? Aí eu fiquei com um ombro mais alto do que o outro. Então eu disse: não é normal. Então eu procurei a unidade sozinho (...) e lá eu fiz a cirurgia. (Dirceu, 35a, PE)

(...) o que pode prejudicar a minha saúde é o meu trabalho, pelo material que eu trabalho com ele, que é químico, entendeu? É só isso. Eu trabalho com tinta e você sabe que tinta é química, né? Eu acho que é isso. Até mesmo porque quando a gente sai de uma firma pra entrar em outra, a gente tem que fazer um exame de sangue que é pra ver se tem chumbo no sangue, que é por causa da tinta. Se tiver, a pessoa tem que se tratar, porque pode prejudicar. (Marcondes, 34a, RN)

(...) eu peço muitas vezes pra sair dessa, arrumar outro melhor pra mim, qualquer um pra arrumar, pra sair desse serviço. É um serviço muito arriscado, viu? Você vê que a malandragem hoje tá matando até polícia, não tá nem respeitando mais a polícia (...) e imagine eu que sou um “Zé ninguém”! Oxe, eu vou perder a minha vida mais nunca. (Eufrásio, 46a, PE)

Eu trabalhava em carro forte (...) trabalhei até 2002. Aí depois eu pedi pra sair da empresa que tavam matando muitos colegas nosso, muito assalto, aí eu me afastei. (José Carlos, 54a, PE)

Entre os homens idosos e adultos foram comuns os relatos de situações em que suas necessidades de saúde ou faltas ao trabalho ocasionadas por doenças não

foram reconhecidas e nem aceitas no trabalho. Este é um dado já debatido em estudos anteriores (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Costa-Junior e Maia, 2009; Gomes, R. *et al.*, 2011), sendo também uma experiência compartilhada entre os adultos e idosos da pesquisa.

(...) eu tive um dente. Esse dente doeu a noite todinha. Quando foi no outro dia, de dia, eu disse: rapaz, eu tô com um dente doendo. Eu vou no posto pra ver o que é que eu faço. Aí o médico extraiu meu dente. Eu disse: rapaz, eu não posso trabalhar hoje não. Aí ele disse: “isso é mentira sua!”. O que é isso, meu amigo, “você quer que eu vá aí agora mostrar o dente?”(Joilson, 40a, RN).

Uma empresa, se você botar mais de dois atestados, ela daí já contesta sua doença. (Dirceu, 35a, PE)

Enquanto você tá lá (em recuperação), claro não é bom, impossibilitado de fazer suas atividades, mas você tava recebendo seu salário, mas quando você volta pra trabalhar e botam você pra fora, aí é complicado, com a perna machucada ainda, difícil (Leonildo, 34a, RN).

(...) lá no meu trabalho é o seguinte. Meu patrão é uma pessoa ótima, uma pessoa 10. Agora, se você tiver doente, eles preferem dar um remédio pra você, você fica lá, descansa um pouco, quando melhorar você volta ao trabalho. Eles não mandam você pra casa, entendeu? Aí você fica lá, suportando a dor. (Marcondes, 34a, RN)

(...) nós vai no médico e leva um atestado. Eles já não gosta, porque empregado eles acham que é o quê, cachorro? (Marcos, 48a, PE)

(...) eu tenho um filho que é do ramo também. Ele deu uma parada facial, aí ele ficou com a licença médica e quando voltou, o patrão botou pra fora (...) acontece muito isso hoje. Os patrões não querem que o cara adoça não, quer que o cara trabalhe direto. É isso que eu vejo, que tem muita coisa errada aí. Porque se é um direito da pessoa, adoecer tem que ir pro médico e ficar em licença. (Donizete, 67, RN)

Tal como apresentado nos estudos quantitativos de Pinheiro et al. (2002), obteve-se nesta pesquisa um dado descritivo sobre os determinantes que levam à automedicação como um desfecho comum diante da impossibilidade de ir ao serviço. A dificuldade de ir aos serviços de saúde por conta da dedicação ao trabalho foi

tomada como justificativa para a automedicação ou para o uso de remédios caseiros. Tal justificativa se somou às demais argumentações do grupo de adultos sobre suas estratégias de cuidado desvinculados do conhecimento biomédico.

(...) o problema é que eu trabalho à noite. E pra procurar a assistência de saúde tem que sair cedo. Aí como a minha esposa também trabalha, minha sogra tá com uns probleminhas com meu sogro que tá enfermo também, tenho uma criança com 6 meses, aí nesse momento tá difícil. Mas devido ao trabalho não tenho problema não, quando eu preciso sair, eu converso, outra pessoa fica no meu lugar(...) eu trabalho à noite, não tenho tempo de pegar ficha, essas coisas. Mas eu tô providenciando já o médico. Enquanto isso a gente vai tomando remédio caseiro, natural, é chá de quebra-pedra, é batata inglesa com leite, essas coisas. (Leonildo, 34a, RN)

Mesmo sendo conhecida a estreita relação entre condições de trabalho e os processos de saúde-adoecimento, pouca atenção foi percebida pelos homens usuários, quando se tratou dos/as profissionais compreenderem a relação entre as realidades individuais de vida e a necessidades de mudanças de hábitos/condições de vida dos usuários. O pragmatismo das práticas biomédicas inibiu relações empáticas que favorecem a visibilidade das necessidades do indivíduo para além da objetividade orgânica da doença e tornou as orientações pouco efetivas diante da realidade de vida como um todo. O relato abaixo ilustra uma interação, na qual o posicionamento profissional é tomado como exemplo para justificar a decisão de sair do emprego diante da impossibilidade de alteração de função ou local de trabalho.

(...) eu estava trabalhando no trigo, mas eu tive um problema nessa perna e o médico, o Dr. Giliarde, disse que era uma alergia. Aí eu parei, então ele disse: “olha, Marcos, você tem que sair desse setor”. Mas eu não podia ser trocado de setor, então preferi pedir as contas, eu trabalhava no cais. (Marcos, 48a, PE)

No contexto de vida das classes populares do Nordeste, o desemprego e os desdobramentos ocasionados por ele na vida social e privada dos indivíduos é um assunto bastante debatido nas ciências sociais brasileiras. A posição ocupada pelo homem nos espaços de socialização que têm como premissa a “desocupação”, a rua e

o bar, ao mesmo tempo que afirmam sua masculinidade, o colocam diante de posições marginais dentro do próprio coletivo de homens (Nascimento, 1999; Nardi, 2002).

Aqui (no bairro) o que mais tem é homem na rua. Pelada, na esquina aí. Pode ir ali na esquina que tá tudo cheio. Tem muita gente desempregada aqui (Edivaldo, 48a, PE).

Porque tá desempregado, aí não tem o que fazer dentro de casa, aí vai pra rua. Aí tem amigos, aí conhece uma pessoa, fica ali, no meio da rua. Aí quando você também tá trabalhando, tá com o dia todinho ocupado, né? Só vem de noite. Quando chega de noite é cansado, vai deitar. E quem tá desempregado é o tempo todinho na rua. Termina indo pra esse lado (bebendo ou usando drogas). (Alceu, 33a, PE)

Ainda na relação entre os homens e o trabalho emergiram relatos de experiências vistas como positivas por parte dos entrevistados. Tais experiências retratam as práticas de empregadores que contratam os serviços profissionais de um/a médico/a para acompanharem seus funcionários, ou que encaminham anualmente os empregados para exames de rotina.

(...) toda semana vai uma médica lá. Toda terça-feira e quinta ela vai, né? Todo ano a gente faz exame de coração, de tudo, exame de sangue, a gente faz tudo por conta da empresa. (Afonso, 63a, RN)

(...) tinha ano que eles mandavam passar pelo médico. Aí eu pedia: me dê a ordenzinha pra fazer o check-up. Aí ele dava. Trabalhei em uma firma em Parnamirim, agora recente, era do mesmo jeito. O médico lá pedia todos os exames, o check-up geral. Todo ano eu faço, todo ano. (Everaldo, 52a, RN)

Partindo da constante queixa dos agentes de saúde, que relatam não encontrarem os homens em suas residências, esta prática organizacional pode se caracterizar como uma alternativa relevante a ser incorporada pelas estratégias de atenção primária à saúde, objetivando acessar os usuários que se encontram no trabalho durante os horários comerciais. Dessa forma, aproximaria a atenção à saúde do homem nas estratégias de atenção à saúde do/a trabalhador/a e abarcaria não só o homem, mas as mulheres dentro dos vínculos formais de trabalho. Visando equidade

e igualdade, deve-se ressaltar que homens e mulheres podem ter dificuldades de acesso ocasionadas por compromissos com trabalho.

SAÚDE, CUIDADO: EXPERIÊNCIAS E MEDIAÇÕES

Neste capítulo estão analisadas as experiências vividas pelos homens nos três grupos geracionais a partir de mediações interpessoais que condicionam a autonomia e dependência nos cuidados com a saúde, bem como a relação entre os homens dos três grupos geracionais quanto à dinâmica de funcionamento dos serviços de atenção primária e as interações com os profissionais da saúde. Trata-se, portanto, de um resgate das experiências e mediações vividas na promoção de saúde e cuidado no ponto de vista dos homens nos três grupos geracionais.

Autonomia e relações de parentesco na procura por serviços de saúde

O papel da transmissão cultural entre gerações caberia à figura paterna. Um dos jovens entrevistados que aborda esta questão, apresenta uma trajetória de vida na qual seu pai teve um papel importante para pensar as questões de saúde e cuidado. O entrevistado perdeu o pai por agravos relacionados à cirrose e uso de álcool. Ao longo da entrevista, o jovem narra diálogos entre ele e seu pai e nestes momentos seu pai lhe advertia quanto à necessidade de cuidar da saúde, evitar drogas e procurar pelos serviços de saúde.

(...) na minha opinião, a questão de ser homem é mais complicada, porque a responsabilidade é toda sua, né? Geralmente é você que tem que levar a casa nas costas, tem que pagar as contas da casa, tem que fazer feira, tem que cuidar da sua mulher também, que você não vai deixar numa situação deplorável. Além dos filhos, quando vem um dia, você tem que cuidar, você tem que ter aquela moral, aquela dedicação pra passar pro seu filho, pra sua mulher também, depende do caso (...) eu acho que é uma responsabilidade muito grande a educação, você tem que fazer o que for preciso, trabalhar, estudar o máximo que você puder, pra dar uma boa educação pra os seus filhos. Você precisa ensinar o certo, entendeu? Pra que isso vá passando de geração em geração. Ensinar como é que se cuida da saúde também, dá conselho, dizer: olhe, eu já passei por isso, não faça isso que

não é certo, entendeu? Mas se você quiser fazer, faça, agora isso não dá certo. (Gilmar, 24a, RN)

Diferentes experiências pessoais, principalmente no contexto familiar, contribuíram para a configuração das formas de usar os serviços, bem como as concepções acerca do que é ter saúde e como eles se previnem (ou acreditam ser prevenção). As experiências relacionadas ao processo saúde/adoecimento dentro das relações de parentesco e residência parecem marcar a forma como a vulnerabilidade é percebida dentro dos padrões da masculinidade: ficar restrito, inapto e frágil (Couto, Schaiber e Ayres, 2009).

Mas como meu pai passou por situações parecidas, ele ficou com doença anos e anos e anos, e lá pra os seus 50 anos foi que veio surgir, aparecer os sintomas, aí já foi tarde, né? Aí, às vezes eu fico pensando: tenho que cuidar, senão vai acontecer comigo igual aconteceu com meu pai. Ele deitado na cama, na mesma situação que eu to. Ele sempre falava pra mim: “eu vou morrer, mas por quê? Por causa da minha irresponsabilidade, porque eu não me cuidei”. Ele mesmo dizia: procure um médico, vá cuidar da sua saúde, procure ver se tem algum problema hepático, renal, porque eu posso ter passado pra você, né? Então procure um médico, vá cuidar da sua saúde, porque olhe a minha situação como tá...Eu vou morrer, não tem mais cura pra mim, então eu quero que você se cuide pra que não aconteça a mesma coisa com você. De lá pra cá, então, eu tenho procurado fazer o máximo que eu posso (...) Ele não conseguiu superar. Ele tava com um problema de cirrose, por causa de beber, né? E por causa do schistosoma que ele teve na juventude dele e nunca tratou, nunca procurou um médico. Aí quando chegou na casa dos seus 35 anos, o problema foi se agravando, se agravando. Ele chegou nos 57 muito mal, aí deixou de trabalhar, procurou a aposentadoria, apareceu uma hérnia ainda por cima. Aí o médico falou pra gente: olhe, eu vou falar a verdade pra vocês. Seu Francisco, eu diria a vocês que tem 6 meses de vida, vai depender de vocês se querem contar isso pra ele ou não. Eu tô falando que ele tem 6 meses de vida. Então procurem ficar o máximo com ele, dando cuidados a ele, porque a gente não pode fazer mais nada. (Gilmar, 24a, RN)

Há muito que se reconhece a influência do contexto social e cultural sobre as maneiras de pensar e de agir das populações frente aos seus problemas de saúde (Uchôa e Vidal, 1994). Estudos recentes demonstram a grande influência que

exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde (Couto, Schaiber e Ayres, 2009). Tais estudos revelam que os comportamentos frente a seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir de universos socioculturais específicos mediados pela experiência concreta do indivíduo em sua realidade cultural. Eles apontam a necessidade de enraizarem os programas de educação e o planejamento em saúde em conhecimento prévio das formas características de pensar e agir predominantes nas populações junto às quais se quer intervir.

Dessa forma, cuidar da saúde depende da experiência relacionada ao processo de saúde-adoecimento, sejam elas no âmbito pessoal ou familiar. Tais experiências repercutem ou não na percepção de que cuidar da saúde é algo necessário e que deve fazer parte de um cotidiano masculino. Um dos entrevistados comenta que apenas descobriu estar com sífilis após seu filho recém-nascido ir a óbito logo após o nascimento. Este mesmo jovem ainda destaca que em diferentes momentos incentivou sua namorada a ir ao serviço para o pré-natal e ela não o fez. Tal experiência que reconfigura a tipificação sobre os atributos femininos e masculinos, parece promover a flexibilização da noção de que mulheres são mais responsáveis pelos cuidados da saúde, podendo levar à reconfiguração das relações de gênero.

Eu descobri quando a médica disse lá na maternidade (se refere ao diagnóstico de sífilis) que o menino morreu por causa dessa doença (sífilis) e também que ela não fez o pré-natal. Aí eu descobri (...) eu não planejei esse filho, mas quando vinha ela querer tirar, mas eu não deixei não. (Caio, 19a, PE)

Um aspecto que esteve presente nas falas, referiu-se aos condicionantes da dinâmica geracional que levou estes homens a recorrerem constantemente ao cuidado da figura feminina, geralmente a mãe ou a companheira. Destacando a influência da troca de conhecimento intergeracional referente ao cuidado e à forma como as percepções dos sintomas são compartilhadas dentro de relações de parentesco, a mediação transparece como meio de recorrer a cuidados caseiros ou até mesmo para saber se é ou não necessário procurar pelo posto de saúde.

(...) é mais fácil um homem ir pra o médico com a mulher do lado e a mulher fazer as perguntas pro médico do que ele ir só e fazer as perguntas. (Leonildo, 34a, RN)

(...) lá em casa é a mulher que tá sempre puxando a gente pra levar os filhos, é ela quem exige mais. A mulher, ela procura mais, não tenho nem dúvida disso. Qualquer problemazinho que ela tenha, ela recorre ao posto. (Nilson, 46a, RN)

(...) é o que minha mãe, todos os dias, ela me diz: preservativo sempre, né? E não ter vários parceiro, várias parceiras, sabe. Procurar se fixar numa pessoa só, sair pra balada, não tá beijando muita gente, porque muitas dessas doenças é transmitida pela boca. (Elias, 20a, PE)

Minha avó. Minha avó é de idade e conhece muito remedinho medicinal, sabe? Pra garganta, romã; pra catarro, mastruz com leite. Esses negócios assim, lambedor. (Leonardo, 26a, RN)

(...) hoje quem insistiu foi minha mãe, quem veio marcar ficha foi ela, conseguiu, mas se ela não tivesse conseguido, não sei se eu viria também, né? (Wilson, 24a, PE)

(...) só quem me acompanha mesmo é minha esposa. Isso aí eu bato no peito, eu tenho mãe e tenho uma esposa (...) eu vim pegar o leite e é uma ladeira ali. Então, quando eu fui subir a ladeira, eu me senti mal, eu tava com meu celular. Ela também tem celular. Eu me sentei assim e comecei a suar frio, eu com três litros de leite só, num saquinho. Aí liguei pra ela, ela de resguardo, ela desceu e veio me buscar (Joilson, 40a, RN).

Embora o cuidado com a saúde se configure pela mediação, no plano dos valores de alguns homens, receber o cuidado materno após certa idade é entendido como negativo e podendo presumir disto uma relação negativa com a construção da masculinidade.

É, minha mãe não, não gosto, né? Um cara de 24 anos, a mãe cuidando...não dá certo. (Gilmar, 24a, RN)

Mas, voltando à prática, diante de uma possível gravidade, a figura feminina retoma o papel de cuidado quando se refere a compartilhar os problemas de saúde. O fato de a mãe ou da figura feminina de referência trabalhar fora de casa, pode

influenciar na maior autonomia para procurar o serviço de saúde, ainda que sob a supervisão e aconselhamento da figura feminina de idade superior.

(...) porque a única pessoa que eu acho que eu teria coragem de dizer é pra minha mãe. Eu acho que pro homem é mais fácil de dizer pra mãe, procurar logo a família. (Fabiano, 16a, RN)

(...) eu vou geralmente sozinho, porque mesmo que eu chamasse não dava tempo, minha mãe trabalha, aí eu vou sozinho mesmo (...) Mas quando é uma coisa séria, ela deixa o trabalho e vai comigo. (Ian, 17a)

(...) eu recorro a minha mãe, aí ela manda eu recorrer ao hospital. Venho aqui no posto, aí daqui eu sou examinado pra ser encaminhado. (Welerson, 19a, PE)

(...) muitos homens também não gosta de vim, né, pra os posto. Eu mesmo, se fosse por mim, eu não taria aqui hoje não...eu pedi pra minha tia vim tirar uma ficha pra mim, mas ela tinha o que fazer, aí eu peguei e vim. (Caio, 19a, PE)

Ela vai, marca e dependendo do horário, eu tenho que faltar (da escola).É sempre ela. Meu pai sempre tá trabalhando (...) eu falo: mãe, eu tô gripado. Aí ela vai e me dá um remédio e pronto. Quando é uma coisinha assim básica, agora quando é uma doença um pouquinho mais avançada, aí vamos pro médico. (Diogo, 16a, RN)

(...) a mulher dá mais a dica do que o homem. Uma mulher me ensinou que pra coluna é bom o chá da folha do abacate. Aí eu ensinei semente de jucá que é bom pra coluna. Eu fui nascido e criado no interior, todo remédio do mato eu conheço pra que serve. (João Moura, 54a, RN)

(...) fico mais seguro, né? Possa ser que tenha um medicamento lá errado e ela (esposa) tá lá olhando, entendeu? Sabe as coisas que eu gosto, que eu tenho alergia ou que eu não tenho. (Regis, 53a, RN)

O uso dos serviços e a percepção do atendimento recebido

A má estrutura dos serviços, o acolhimento ruim, a demora para o atendimento e o reconhecimento de que as unidades de saúde são ambientes predominantemente frequentados por mulheres, foram fatores que, nas falas dos homens, contribuíram

para a baixa procura dos serviços. A idade dos entrevistados apresentou pouca diferenciação quanto ao fato de se sentirem ou não acolhidos pelo serviço público de saúde.

A vergonha de ir até o médico ou até mesmo a facilidade que ele tem de ir lá, né, já que no sistema público, às vezes é difícil de você conseguir a consulta. E no particular exige dinheiro que você paga a consulta. Então, em meio a essas dificuldades, ele acaba indo diretamente na farmácia, que você chega lá e é atendido com maior rapidez. Podendo também acontecer de você não ser atendido ou orientado de uma maneira correta, né? Mas é uma forma que os homens procuram de atendimento na farmácia, pela agilidade que tem. (Éderson, 27a, RN)

Muitos se sentiram envergonhados ou humilhados diante da forma como foram tratados e relataram preferir a rede privada, para a qual não possuem meios financeiros de usufruir. Por não terem dinheiro para pagar pelo atendimento na rede privada, os mesmos precisam se submeter a condições vistas como humilhantes e constrangedoras.

(...) você enfrentar uma fila para o preparo, tem que se pesar, verificar pressão, depois outra fila pra ser atendido pelo médico ou pela médica, aí lá vem a ordem de idade. Eu, pelo menos, me sinto psicologicamente cansado quando eu não sei se sou o oitavo, o décimo. Já não tenho mais aquela bagagem pra conversar perfeitamente com o médico que tá me atendendo, quer dizer, já vou cansado. (Gilberto, 55a, RN)

Para alguns, o bom atendimento e a agilidade são fatores que facilitam o uso do serviço de saúde. Procurar periodicamente o serviço implicaria se expor constantemente a situações avaliadas como negativas, segundo os entrevistados. Em outras situações, os tratamentos prescritos não são providos pelo sistema e por serem de custo alto para os usuários, os mesmos não dão continuidade ao tratamento.

É o que eu vou, o atendimento é bom, são ágeis e não existe muita fila, o que facilita bastante. (Geraldo, 24a, RN)

Nunca eu fui com um tratamento até o fim. Sou sincero. Eu nunca fui. Sempre ficava pela metade. Às vezes fazia os exames e às vezes num ia nem pegar os exames, aí... Eu quero muito ter essa consciência de ter saúde, mas às vezes o

que quebra muito às vezes a gente, é de vim num serviço de atendimento e demorar, ser maltratado, sabe? (Wilson, 24a, PE)

[passaram a indicar algum tratamento ou alguma coisa que você devia fazer?] Se eu não me engano, RPG. [Você fez?]. Não, era caro. (Diogo, 16a, RN)

Entre os jovens de menor idade, a falta de informação é constantemente relatada como um fator que reduz a motivação para a procura em relação à saúde e também a compreensão da necessidade de recorrer ao serviço de saúde.

(...) hoje em dia, muitos homens não vêm fazer o exame de próstata, porque pensam que é como, que é no toque como antigamente. Hoje em dia não, hoje em dia é ultrassonografia, né? Aí, muitos não vêm, porque tem medo ou receio ou coisa parecida. E sobre o câncer mesmo de mama, né, o homem acha que só a mulher possa ter (...) um colega meu mesmo, ele tem diabete. Tinha, né? E não sabia, era falta de informação também, né? E também por ele não ir frequentemente ao médico. Aí, ele descobriu assim por um acaso, comeu muito doce, desmaiou, tal... então, assim, deveria ter mais informação sobre isso. Já que o homem não procura por conta própria, né? Eu acho que no ambiente hospitalar deveria ter mais informações sobre esse tipo de doença. (Elias, 20a, PE)

O entendimento da rotina dos serviços e da linguagem técnica dos/as profissionais foi considerado como um aspecto importante para os entrevistados que, diante de certas experiências com a dinâmica do atendimento, sentem-se mal informados e desrespeitados em seu direito de receber as informações de forma transparente.

(...) mais informação, né? Como eu já te disse antes, o médico, tanto o médico, quanto o pessoal que fica na recepção, deveria passar mais informação a pessoas, porque tem gente que chega aqui, perguntando por um médico. Oh, não veio hoje não! Pronto, fica por isso mesmo. Aí tem aquela reclamação, né? Aí pronto, poderia informar mais. Oh, o médico não vem hoje por causa disso, disso e disso. Então isso melhoraria até mais, porque muita gente chega aqui, agredindo o médico verbalmente. (Elias, 20a, PE)

A forma como a comunicação entre profissionais e usuários se estabelece pode inclusive dificultar que a interação tenha um caráter investigativo eficaz.

(...) em vários tipos de problemas que você tem que o médico não diz, como, como o pessoal diz, numa linguagem popular, ele usa a linguagem médica, muitas coisas assim, eu não sei o que significa. (Elias, 20a, PE)

Uma vez que condições graves de saúde iniciam-se com sintomas comuns, esses homens, por desconhecimento ou por acreditar que podem contornar com algum tratamento caseiro e pelo atendimento na rede pública ser moroso, acabam procurando somente quando consideram seu estado como grave, sem possibilidade de automedicação.

(...) eu mesmo não sabia que um homem podia pegar câncer. Tô sabendo agora, porque você tá dizendo. Aí a pessoa não vai lá, num, não quer saber, relaxa. (Caio, 19a, PE)

(...) se for preciso, eu vou atrás, mesmo não sabendo o que é, eu procuro saber o que é. Acima de mim só Deus. Eu não sou nada, então se for o caso, eu vou atrás. (Geraldo, 24a, RN)

Importante ressaltar uma fala que parece se referir aos direitos do usuário quanto ao uso dos serviços e sua efetividade na solução do problema vivenciado. Esta fala se destaca, pois pareceu significativa diante das demais entrevistas. Este jovem entrevistado trabalha como agente de saúde na comunidade e talvez esta seja a razão de apresentar uma fala de reivindicação e articulada com a possibilidade de recorrer a outros meios quando o serviço não oferece o atendimento previsto.

(...) é um direito meu utilizar aquele serviço, então eu vou procurar, caso não resolva é que eu vou procurar outros meios. (Gerson, 28a, RN)

A relação entre a estrutura e organização dos serviços, os profissionais e os usuários é marcada com eventos que parecem influenciar as percepções e avaliações negativas quanto ao acesso e uso dos mesmos e a forma de atuação dos profissionais que os integram. Tais situações podem promover os contatos originais para estes jovens e suas primeiras experiências nos serviços. No contato original entre tais sujeitos (usuários e profissionais), são avaliados e reavaliados os repertórios de ideias, bem como as atitudes e os comportamentos das tradições culturais vigentes

em uma sociedade, o que deveria possibilitar a inovação das práticas sociais. Contudo, uma vez que a dinâmica dos serviços não se apresenta como contextos inovadores e instauradores de relações dialógicas assentados nas vivências de diferentes gerações de homens, a seleção do que é mais ou menos significativo da herança cultural para formar um novo inventário de práticas sociais pode não ocorrer. Esse contato original com as práticas em saúde pode conduzir à reprodução do mesmo repertório de práticas masculinas, nas quais os serviços de saúde são percebidos como locais distantes da noção de bem-estar e saúde propriamente ditas.

Percepções e avaliações do atendimento recebido

Em uma lógica contraditória entre a proposta política do SUS e realidade vivenciada pelos jovens nos serviços estudados, o atendimento recebido é percebido como um atendimento de má qualidade, ainda que se suponha ideologicamente como integral e universal. Partindo das análises anteriores neste estudo, pretendo agora mapear as experiências pessoais desses jovens na interação com os serviços de saúde, com os profissionais que pertencem a esses espaços e também quanto às conjunturas políticas que estruturam os serviços tal como eles são. Nesse sentido, para discutir os dados, situo a posição geracional dos referidos jovens, a partir de seus modos de pensar e interpretar as realidades e experiências em suas condições socioculturais.

Neste ponto se destaca o fato de os homens, nos três grupos geracionais, perceberem os serviços de saúde de atenção primária como contexto de submissão e constrangimentos pelo fato de apontarem que são “mal atendidos”, ideia expressa em fatos como: a longa espera pelo atendimento, a infraestrutura e organização do serviço e a interação com profissionais da equipe. Este aspecto parece contribuir decisivamente para a baixa frequência da procura desses jovens pelos serviços e corrobora com as análises de Gomes, Nascimento e Araújo (2007); Couto *et al.* (2010).

Há muito tempo assim... Que eu tenho a consciência de saúde porque tem que se cuidar tudinho, mas assim... Nunca terminava, começava o tratamento, mas nunca terminava, mas assim... Nada me impede de eu vim aqui! Às vezes assim... Desestimula mesmo é você chegar e ver a fila cheia,

cheia de gente no atendimento, é isso que de fato desestimula mais. (Wilson, 24a, PE)

Agora, o ruim é só a gente vir pra ir, o vigilante...que às vezes você chega cedo, demora, às vezes bota você pra fora...essas coisas que às vezes poderia ser melhor (...) quase não vejo nada de positivo, né? Poderia ser bem melhor, né? Porque a gente vê tanta gente por aí precisando e a saúde precária do jeito que tá. E você ver que o governo, ele investe dinheiro em tanta coisas, e que sobra, mas... se você olhar direitinho. Aí a saúde, a saúde deixa pra lá, que ele não dão nenhum valor. (José Augusto, 38a, PE)

Eu espero que atenda a gente bem, né? Mas uns 70% hoje não é assim. Atende, mas é com essa burocracia, essa história todinha, né? Até a gente conseguir, às vezes, a doença já tem avançado e você não tem mais nem como tratar. No caso aí da minha mãe, era uma ressonância de ossos, não sei o que, já faz dois anos e até hoje nunca apareceu. Eu esperava que fosse mais ágil, né? Eu acho que se fosse mais ágil, tinha menos gente doente. Se fosse curado mais rápido, né, se tá com uma lesão pequena, curava mais rápido e assim vai. Eu acho que o certo seria isso. (Assis, 44a, RN)

(...) o atendimento aqui é mais ou menos, mas o que tá contando é o agente de saúde nas costas, porque eles vão, mas a gente de vez em quando tem que tá procurando eles, porque às vezes eles se esquecem. (Edivaldo, 48a, PE)

(...) gente vai na esperança de ser atendido. Só que a gente sofre uma maçada que não tá escrito, a espera é grande. Às vezes o paciente não tá em condições de ficar em pé ali muito tempo, mas é o jeito ficar, às vezes senta no chão. E isso é em todos os postos. Até no hospital também é assim, o atendimento é péssimo, é devagar, atende a uns e a outros, não. Você chega num posto pra tirar uma ficha, eles tratam mal as pessoas, não todos, mas alguns. Aí vai e quando chega já acabou. Só se esperar pra de tarde, mas a pessoa passando mal, como é que vai esperar pra de tarde? Mas a gente já tá acostumado com isso dos postos, não é só aqui, é em todo canto, não é só aqui em Natal. A gente vê na televisão, então é uma coisa que a gente nem estranha mais. (Afonso, 63a, RN)

A oferta de medicamentos, a ausência de infraestrutura e de suprimentos também foram avaliadas como problemas que desqualificam a atenção recebida no ponto de vista dos homens dos três grupos geracionais.

(...) era pra ter os medicamentos, o medicamento básico, né? Porque às vezes nem todo homem que vai pra ali pode comprar. Ele vai pra ali, é consultado, mas não tem condições de comprar o remédio. Aí a médica passa um remédio e às vezes ele diz na hora que pode comprar, mas não pode, diz que pode, mas quando chega em casa que vê a família e ele doente, que não pode parar, não pode comprar e continua doente de novo. (Regis, 53a, RN)

(...) aqui no posto não, os médicos são atenciosos. Eu acho que falta um suporte pra que eles atendam melhor, entendeu? A própria estrutura, ela não dá, não dá possibilidade ao médico de trabalhar. (Dirceu, 35a, PE)

(...) a pessoa pra fazer uma consulta, às vezes vai, num tem um medicamento, é aquela confusão toda. Faz uns três meses que eu luto pra uma consulta pra um médico do coração e ainda num consegui. (Armando, 63a, RN)

(...) às vezes pode ter o doutor, mas às vezes faltas o remédio. Às vezes tem o doutor e o remédio não tem; e às vezes o doutor não tem culpa: “aqui num tem, o senhor vai comprar ou vai esperar que chegue”. (José, 59a, RN)

Os entrevistados relatam que existe uma dificuldade constante quanto ao número de profissionais e sua disponibilidade para a demanda existente nos serviços. Estas experiências parecem ser diferentes quando os usuários podem recorrer à rede privada de saúde local, onde, nas representações e relatos de alguns, são atendidos prontamente.

Uma vez eu procurei, meu pai tava acamado. Eu fui procurar a enfermeira pra vir olhar. Ele tava com uma inflamação no braço, que ele teve um AVC. E a enfermeira disse que a médica tava de atestado. Ela tira mais atestado do que vem fazer o serviço. E a enfermeira disse que não podia vir, não sei que, e eu tive que fazer uma briga, dizer que ia denunciar na televisão, na promotoria do idoso, isso e aquilo. Aí foi que no outro dia veio a equipe todinha aí em casa. (Gerson, 28a, RN)

Tem médico que chega, atende duas ou três pessoas e vai-se embora (...) agora mesmo, uma médica foi-se embora. O homem perguntou: vai atender quantos amanhã? (ela) Não, não vou atender ninguém não. Aí eu fiquei pensando, né! Ela vem e atende quantos ela quiser! Tem alguma coisa errada! (Everton, 19a)

O estudo de Gomes et al (2011), que analisou o atendimento percebido por homens em contexto semelhante ao desta pesquisa, concluiu que um “bom” atendimento para os homens é definido como atendimento atencioso, atendimento ancorado na comunicação, atendimento que faz algo e prontidão do atendimento. Na análise do estudo, além dessas qualificações o atendimento ideal, também deve:

- (a) se relacionar a campanhas e reuniões de esclarecimentos;
- (b) ocorrer em espaços separados do atendimento de mulheres e crianças;
- (c) envolver assistência especializada, tais como psicológica, sexológica e urológica (Gomes et al, 2011, p. 123).

No entanto, o mesmo estudo considera que o conjunto das recomendações que qualificam um bom atendimento por parte dos usuários masculinos apresenta certa polêmica quanto ao fato de um atendimento a ser prestado aos homens ser realizado por um profissional do sexo masculino. Considerando a análise aqui proposta e com base no que concluem Gomes et al (2011), em uma perspectiva geracional, entre os jovens e adultos prevalece o posicionamento de que o atendimento deve ser feito pelo profissional do mesmo sexo do usuário. Entre os mais novos do grupo dos jovens e para a maioria dos idosos predomina a posição de que o atendimento a ser prestado ao homem também pode ser feito por uma mulher e o atendimento prestado por um homem deveria ocorrer somente nos casos que envolvem a exposição de partes íntimas do corpo.

Invisibilidade e atendimento desumanizado

Entre os três grupos geracionais prevaleceram percepções negativas quanto ao acolhimento profissional recebido nos serviços de saúde. Estes usuários descrevem experiências nas quais se sentiram ignorados e discriminados pelos profissionais da saúde e nas interações emergem diferentes percepções de discriminação.

(...) a falta de médico, o mau atendimento também, porque tem pessoas que ‘tão’ atrás do balcão e ignoram o que você tá necessitando, não é? Acham que o desespero daquela pessoa é coisa de gente pobre. Não trata você bem como você precisaria. Então, muitas pessoas não procuram por causa do mau (...) atendimento. (Geraldo, 24a, RN)

(...) no sistema público nunca a gente é bem atendido como gostaria de ser, sempre deixa a desejar. É médico estressado que acha que não tem compromisso de tá atendendo você. (Gerson, 28a, RN)

Há uns anos atrás eu não queria ir pra o médico e tal. Ficava em casa. Quando diziam: vá o médico, eu não, eu resolvo mesmo, ou vou pra um médico particular. Minha dizia, é muito caro, vá pro posto. E eu: vou nada, é muita gente lá, você tem que chegar de 5 horas da manhã, e às vezes nem ser atendido. (Gilmar, 24a, RN).

(...) tem alguns funcionários que sabe trabalhar e tem alguns que não sabe, não liga pra profissão. Por que a gente que tá de fora é que vê, não é isso? “Muito bem!”, chega uma coisa outra... não... tem que conversar com o paciente: “o que é que tá faltando?”, “o que é que tá...”, né? Fui atendido agora, o médico me atendeu bem, mas pras agentes de saúde falta muita coisa. Falta uma pessoa pra dá uma orientação a elas, porque tem que falar com esse povo, só quer saber quando chega o dia de receber o carvão. (Edivaldo, 48a, PE)

O atendimento deve ser chegar as pessoas e tratar direitinho, né? Porque, meu Deus, no posto de saúde as pessoas num querem nada, num tratam bem as pessoas. Aquele posto ali, meu Deus dos céus. Eu num gosto daquele posto não porque eles num atendem a gente direitinho não. (Armando, 63a, RN)

No caso do público masculino, essa dificuldade é acentuada, uma vez que os usuários relatam que muitas vezes percebem que os profissionais não estão preparados para atender as demandas masculinas.

O material humano aqui é bom, só que falta realmente material pra trabalho. Eu acho assim, na minha opinião, sabe? E uma qualificação melhor pra trabalhar com homens, né? Que não tem. Talvez seja porque já estão acostumados a só trabalhar com mulheres, porque geralmente são mais mulheres que estão por aqui, né? Tem mais contado com o pessoal, né? Eles não têm um cuidado, não sabem lidar muito com homens. (Gilmar, 24a, RN)

A quebra do sigilo profissional e o desrespeito à privacidade do usuário apareceram como uma experiência negativa entre alguns entrevistados e parece corromper o princípio de moralidade imprescindível para a construção da

masculinidade na posição ocupada na dinâmica social. Uma vez que os serviços de atenção primária se inserem nos contextos de vida na comunidade, as crenças de quebra de sigilo podem dificultar a atuação das equipes ao instaurar a possibilidade de outras pessoas da comunidade saberem sobre uma determinada doença ou condição de saúde do usuário.

(...) já teve até casos de exame de HIV que deu positivo e um funcionário saiu comentando e o bairro todinho ficou sabendo que o rapaz era soro positivo. Eu vou falar que aconteceu isso. (Gerson, 28a, RN)

O médico lá é gay, sabe? (...) Eu cheguei, eu sou tímido, né, como eu lhe falei. Eu cheguei lá, deitei na maca lá, eu não sabia que ele era gay não. Aí ele botou a mão no meu peito assim, aí alisou. Que menino lindo, falando pra uma mulher. (Fabiano, 16a, RN)

Os usuários também percebem seus direitos violados e não atendidos quanto ao acesso a preservativos. Esta experiência relatada descreve uma prática que está em total contramão do que se almeja nas políticas de prevenção de DST's/Aids, bem como para planejamento familiar. E como já discutido anteriormente, uma procura que poderia se tornar uma porta de entrada no serviço, torna-se uma situação de invisibilidade vivenciada.

(...) eu sempre pegava preservativo aí, mas como agora não pego mais aí, então deixei mais de usar. A gente procurava e às vezes a enfermeira dizia que não ia dar, porque não era planejamento familiar. Como se pra você usar preservativo e se prevenir de doença sexualmente transmissível tivesse que ser casado, isso e aquilo. Tinha esse problema. (Gerson, 28a, RN)

Os entrevistados relatam histórias pessoais permeadas por erros médicos, negligência e invisibilidade diante de sua posição social e geracional. Tais experiências concretas, vividas pela e na comunidade resultam em uma constante evitação e desconfiança com os serviços. Como já é sabido, estes homens apresentam poucos repertórios para lidar com situações nas quais estão sob condições de exposição e fragilidade e soma-se a isso a noção de que o atendimento prestado não irá atender as suas necessidades. É sabido que os pacientes homens falam pouco, possuem vergonha de mostrar o corpo e sua intimidade, bem como manifestar

fragilidade (Figueiredo, 2005; Gomes, Nascimento e Araújo, 2007) e que isso está relacionado à forma como o gênero produz formas masculinas de perceber e utilizar o corpo (Figueiredo, 2005). Sobretudo é falado aqui da moral masculina que contribui para que estes homens não se sintam à vontade com condições de submissão, que segundo suas percepções, são corriqueiras nos serviços de saúde. Considero relevante um relato particular de um jovem de 16 anos que narra uma situação de alta hospitalar, em que o usuário havia passado por uma cirurgia no abdômen após ter sido perfurado por uma faca durante uma briga. A narrativa descreve a experiência corpórea e moral vivida na situação de retirada da sonda vesical do pós-operatório:

(...) tirou o negócio aqui pra receber alta e só ficou a sonda em mim. Aí meu amigo Mudinho que tava lá também falou: “Ei! E essa sonda aqui, não é pra tirar não?” Aí ela falou: espere aí. Pra mim era simples, só tirar devagarzinho. Mas a mulher puxou, doido, quando puxou pense numa dor, ficou dormente ele, quando tirou foi só uma água saindo, eu acho que era mijo, me melou todinho. (Fabiano, 16a, RN)

A ausência de empatia percebida na atuação dos profissionais, caracteriza-se como uma percepção intergeracional. Cada grupo apresenta suas necessidades vinculadas aos momentos da trajetória de vida que se encontram. Diante de questões relacionadas à sua vida, os usuários avaliam a ausência de atenção dada às suas demandas. Uma vez que a procura por serviços de saúde também gerada por conjunturas da posição ocupada no contexto social, em diferentes momentos da vida, as demandas que motivam a procura irão se modificar, contudo, logo no início das experiências individuais nos serviços, esses jovens já vivenciam o menosprezo de suas queixas, que parecem ser vistas como banais. Isso parece reproduzir a visão do senso comum, na qual as dificuldades são entendidas como superficiais e pouco importantes. Os relatos abaixo sinalizam os contextos geracionais que permeiam a relação e que somadas aos preconceitos de gênero dificultam a interação entre usuários e profissionais.

(...) eu fiz uma consulta com a médica, ela falou pra mim, qual é o seu problema, aí eu disse, o problema é que eu tô com os cabelos caindo e queria saber se tem um remédio. Só

que tinha muito mais coisa do que isso, mas eu não contei pra ela. Eu ia dizer se fosse um homem, né? Ia dizer, olhe, eu tô desesperado porque o meu cabelo tá caindo, e a vaidade do homem é o cabelo. Eu vou ficar careca e isso me atormenta, eu tenho medo. E você sabe, porque você é homem, você vai me entender, sabe como é a situação . Assim que eu falei algumas coisas, a médica riu, entendeu? Então aquilo me deixou assim constrangido, porque ela disse, que besteira, eu vejo tantos homens aí com queda de cabelo. Então ela não entende, pode até achar que é besteira, porque têm muitos homens com queda de cabelo, mas não são todos. (Gilmar, 24a, RN)

(...) fui pra médica ontem, aqui me atenderam super bem. Fui encaminhado pra médica ontem, cheguei lá, a médica mal olhou pra minha pessoa e eu falei pra ela o que eu tava sentindo. Ela pegou, olhou na, na...no esporão, apertou, eu disse que tava doendo, ele me mandou fazer, ela disse: “olhe, se todo mundo que chega aqui e me fala certas coisas pra mim botar pro, pro INSS já seria um...é...pra mais de mil”. Mas só que eu não sou esses mil. (Avelino, 36a, PE)

No caso dos jovens, nas suas primeiras interações com os serviços de atenção à saúde, podem marcar e definir novas estratégias de cuidados nas quais a procura pelo cuidado institucional ocorrerá somente em última instância. Para os adultos, a experiência reafirma que suas queixas podem ser compreendidas como tentativas de evitar o trabalho.

Embora as avaliações negativas sobre os serviços de saúde tenham sido predominantes, muitos entrevistados avaliam positivamente o atendimento recebido. Entretanto, foi notável o maior número de avaliações positivas nos serviços de saúde das cidades de Recife e Olinda. De modo geral, o bom atendimento foi atribuído a aspectos que são caracterizados pela interação profissional e paciente.

Foi atendimento 10 mesmo, gostei. É... inclusive é a segunda vez que eu venho, né? E gostei do atendimento(...) eles conversa é, “intertendo” a pessoa, brinca, a gente fica bem à vontade mesmo no dentista (...) Que a doutora conversou até isso comigo, que eu frequentasse mais, que tava errado. Ela conversou comigo, eu fiquei calado. (Alceu, 33a, PE)

(...) o atendimento normalmente tá maravilhoso, agora...tem que ter mais médico pra suprir as necessidades da comunidade (...) tem prestado um bom atendimento, são

educados, inclusive atenciosos e procuram sempre ajudar as pessoas que estão mais necessitadas. (Romildo, 39a, PE)

(...) marquei hoje mesmo. (Marcou hoje e já foi atendido hoje?) É. Já fui atendido hoje (...) o atendimento aqui tá ótimo, não vou dizer que tá ruim não, tá bom. Eu vim hoje pra ser atendido pela primeira vez e já fui atendido pelo médico. Eu fui pra Amaro Coutinho ali na policlínica, marcaram o que, pra final de mês, eu vim hoje aqui, vê? Passou remédio, passou tudo. Lá nem remédio passou, deram só injeção e mandaram eu vim pra casa. (Eufrásio, 46a, PE)

(...) o atendimento dos médico é bom, porque os médico já pega já o papel e verifica, já faz as pergunta à gente, aí tem que responder. Quando fui agora no médico, o médico passou, mandou fazer os exame, pra depois voltar pra ele, quer dizer que ele só vai passar remédio pra mim depois que eu fizer exame. (Edivaldo, 48a, PE)

(...) as poucas vezes que eu vim aqui, as pessoas sempre têm atendido conforme a minha necessidade. Como eu lhe falei, o médico, ele não me deu aquela resposta que eu esperava, mas também foi um fato isolado, às vezes eu não venho com mais frequência também, porque não preciso, se eu precisar eu venho (Nilson, 46a, RN).

Eu, eu nunca fui mal atendido aqui, nunca achei nada ruim aqui, não. Agora, tem gente que, se abusa, se afoba, né? – Que demora!... não sei o que, coisa e tal... mas todo lugar tem problema. Porque pagando você ainda fica na fila de espera, né? (Cícero, 74a, PE)

(...) graças a Deus, aqui no meu bairro, mesmo com toda dificuldade que existe na saúde pública, eu acho bom. A moça que olha a minha pressão, a minha médica que me atende, ela atende muito bem, ela me conhece há mais de 5 anos e graças a Deus tô bem, nessa parte aqui tô bem. Demora assim, porque em todo canto demora, mas quando eu preciso, eu venho na carreira e me atendem maravilhosamente. (Israel, 61a, RN)

Nesse posto eu diria que num tá... no momento num tá ruim não. Hoje foi ótimo, ótimo. (Caio, 19a, PE)

O fato de a interação com os profissionais serem percebidas como dimensão relevante para a concretização de um atendimento que atenda às expectativas dos usuários revela a importância das dimensões não materiais disponíveis nos serviços de atenção primária. Este é um fator que traz à discussão que o investimento em

formação profissional e, sobretudo, no desenvolvimento dos recursos humanos, podem ser intervenções importantes para efetivar atendimento humanizado e que seja atento diante às iniquidades em saúde. Associado a isso, está o fato de que o não reconhecimento das singularidades dos homens por parte dos próprios serviços de saúde (e suas equipes) pode fortalecer as dificuldades na incorporação desses sujeitos como protagonistas de seus cuidados (Gomes, R. *et al.*, 2011). A aplicação destas análises por parte dos gestores de saúde pode contribuir para que os serviços ajustem as ações objetivadas às demandas de seus usuários masculinos. A escuta dos próprios sujeitos pode ser uma estratégia promissora para essa adequação, possibilitando conhecer a satisfação ou insatisfação desses usuários em relação ao atendimento que lhes é prestado.

Expectativas em relação ao sistema público e à rede privada de saúde

Outras experiências no contexto familiar indicam o receio de utilizar a rede pública de saúde por considerá-la negligente e pouco cautelosa para investigar as condições de saúde. Os conteúdos expressos quanto à valorização da rede privada de saúde.

Sinceramente, hoje eu não acredito mais em médicos públicos, porque minha mãe foi vítima de um erro médico, passaram um exame pra ela, ela fez o exame no laboratório do posto de saúde do Bom pastor, e o resultado do exame dela deu que ela tinha diabetes. Minha mãe ficou desesperada, né? Aí ela foi num médico particular, contou a situação, o médico passou novos exames pra ela. Fez no particular, e no laboratório particular deu que não tem nada a ver com o que ela tem, ela tá normal. Aí botaram ela pra fazer exame de comparação e viu que tinham trocado os exames. Então são coisas como essa que assustam a gente. (Gilmar, 24a, RN)

(...) o jeito que tem é procurar particulares mesmo. Porque é chegou, pagou e pronto, entendeu? Não tem que pegar ficha, fila. Você chega aqui logo cedo, fica até meio-dia pra ela chegar e dizer que não tem mais. (Gilmar, 24a, RN)

Na verdade, eu não fiz um plano de saúde. Eu costumo apenas, depois que eu consegui o meu emprego, procurar o sistema de saúde privado já que o sistema de saúde público

não me oferece uma boa condição pra cuidar da minha saúde.
(Éderson, 27a, RN)

Foi bastante comum os usuários jovens relatarem situações nas quais, mesmo procurando inicialmente a rede pública de saúde, ser necessário pagar por exames na rede privada. Isso demarca o desejo de possuir renda que lhes permita utilizar a rede privada, pois é nela que acreditam, confiam e que via de regra atende suas necessidades de diferentes formas. Certos eventos marcam a história desses homens quando precisaram recorrer ao serviço e as percepções negativas sobre os serviços públicos de saúde foram atribuídas ao descaso político com as necessidades da população pobre. Esta foi uma forma comum de interpretar estes eventos vivenciados no serviço e parecem formatar uma conexão entre este grupo de jovens.

(...) como a gente tá falando de saúde, né, necessita, muitas vezes adoece, procura saber, o médico passa um remédio, você chega ao posto de saúde e não tem. Muitas vezes esse remédio não pode ser pego no posto de saúde, você tem de comprar, e às vezes é bem caro, e por aí vai. (Geraldo, 24a, RN)

(...) o médico disse: olhe, isso pode ser qualquer coisa, de uma simples pedra a um problema de tumor, alguma coisa. Então você procure cuidar disso (...) o médico disse se cuide, procure fazer os exames. Aí quando fui ao médico, ele pediu o exame que eu disse, pra fazer o mapeamento das vias renais, mas é 300 reais. Aí de lá pra cá eu não procurei mais. (Gilmar, 24a, RN)

Porque o estado, o governo federal tem dinheiro pra investir, eles têm, agora eles investem aumentando o salário deles, dos deputados, só pensam neles. Deveria ter na saúde um investimento bem maior pra poder suprir as necessidades do povão, né? Porque nem todo mundo tem condições de ter um plano de saúde. Plano de saúde tá ficando caro, eu sei disso. Eles deveriam investir bem mais na saúde. (Rafael, 25a, RN)

(...) no dia que eu fui tava tirando a ficha na segunda-feira pra ser atendido na sexta. Aí demora muito, né? Se a pessoa tiver pra morrer, morre e não é atendido. E o caso dos remédios, se passar algum, que geralmente tivesse sempre, né? Porque passam um remédio, mas sempre tem que comprar... gostaria que fosse mais assim, mais acessível eu acho. (Gustavo, 18a, RN)

A falta de material para exames laboratoriais e para procedimentos foi abordada como uma característica do serviço que repercutem no uso do serviço e na vida pessoal destes usuários. Configurando com isso a experiência de que procurar o serviço pode nem sempre significar ter seu problema atendido.

Quando a gente procura um médico de um posto, por exemplo, aí o médico passa pra gente um exame, tipo uma ressonância magnética, uma tomografia, aí geralmente o sistema de saúde não oferece isso, a gente tem que fazer particular (...) eu vou fazer uma extração, porque não tem o material pra fazer a obturação. Então vou extrair. (Gilmar, 24a, RN)

(...) o dentista é uma pessoa muito legal, mas falta muito material. Aí ele não pode tá atendendo, obturação não tá fazendo mais, só extração (...) Faz mais de 40 dias que eu tenho que fazer essa obturação aqui da frente. Eu fui lá já umas quatro vezes e ainda tá pra o próximo mês ainda, porque eles dizem que só se chegar o material. (Leonardo, 26a, RN)

Para os usuários, os profissionais de odontologia são avaliados como “bons” profissionais, principalmente se forem do sexo feminino, pois isso configuraria mais cuidado e delicadeza no procedimento. Entretanto, a falta de material para procedimentos odontológicos, por ser comum no serviço de saúde, faz com que a experiência seja mais invasiva. No caso, por falta de material para restaurações, o procedimento utilizado seria a extração do dente. Tal experiência poderia produzir uma imagem estética inconveniente para estes jovens, uma vez que a aparência e a vaidade são aspectos importantes para a posição social ocupada por estes sujeitos.

(...) o dentista é uma pessoa muito legal, mas falta muito material. Aí ele não pode tá atendendo, obturação não tá fazendo mais, só extração. (Leonardo, 26a, RN)

(...) semana passada eu procurei a dentista pra uma obturação, aí ela disse que não tem material. Quando a gente procura um médico pra fazer uma obturação num posto, geralmente não tem material, ou quando tem é por pouco tempo, dá uma semana e acaba. (Gilmar, 24a, RN)

(...) por ser mulheres, porque ela tem mais um tratamento especial, com a gente, porque se fosse um homem eu acho que ele seria mais um pouquinho bruto (...) sem ser dentista, eu prefiro homem. (Welerson, 19a, PE)

(...) o atendimento aqui é ótimo, ela já vai logo. Quando ela vê assim, o cara, pá, conversa o cara. Não, eu queria marcar aqui uma ficha pra dentista, tal. Ela vai, marca o dia e a hora, o atendimento aqui é ótimo. (Welerson, 19a, PE)

Dentre os jovens, existem aqueles que avaliam positivamente os resultados após alguma intervenção em saúde, mesmo tendo experiências negativas nos serviços. O relato abaixo apresenta a percepção de um jovem após uma cirurgia para correção de Ginecomastia. Condição esta que influenciava na qualidade de vida e nas interações entre o grupo geracional ao qual pertencia.

No caso do exame, quando foi pra fazer a minha cirurgia, do meu peito, eu tive que fazer todos os exames pra saber se eu não tinha certo tipo de doença, mas deu tudo ok, sem doença nenhuma (...) porque eu tinha excesso de hormônio. Aí eu tinha vergonha dos meus amigos, que brincavam, só que às vezes eu não levava muito na brincadeira, levava a sério. Faz um ano que eu fiz. Eu tenho até que retornar pra saber com o doutor se tá tudo ok, ou se vai precisar tirar de novo. (Fabiano, 16a, RN)

O conteúdo das entrevistas identificou um conjunto de percepções e juízos sobre o sistema público e o sistema de saúde suplementar e a suposta superioridade da assistência prestada pelos serviços privados em relação à que é oferecida pelo SUS. O caráter avaliativo nos relatos dos informantes articula as dimensões de qualidade e acessibilidade e segurança. Os relatos que emergiram nessa temática corroboraram com os achados de Farias (2001), o qual analisa que as representações sobre o sistema público de saúde não constituem um conjunto monolítico, pois apresentam conflitos e contradições aparentes, seja no discurso de diferentes informantes, seja em momentos distintos do discurso de uma mesma pessoa, seja quanto ao contexto no qual se torna necessária a utilização do serviço público. Ainda sobre esta questão, caberia uma análise quanto à expectativa dos homens entrevistados que, a partir de sua história pessoal, acompanharam os diferentes momentos de mudança no processo de desenvolvimento da saúde pública no Brasil, especialmente os adultos e idosos.

As experiências e mediações que permearam as falas referentes ao cuidado e ao acesso aos serviços de saúde trouxeram para a análise a figura feminina como um elemento transversal para a conquista ou não de autonomia. Os relatos indicam que os condicionantes do Gênero e da Geração configuram maneiras específicas de se relacionar com os serviços que podem facilitar ou não o protagonismo masculino para o cuidado com a saúde em relação com a rede pública de saúde. Foi possível notar que a classe social também encena um papel importante para a construção de expectativas sobre os serviços e seus modos de funcionamento. Sendo a assistência pública percebida como insuficiente, o desejo de poder acessar a saúde suplementar, atualiza uma suposta incapacidade do setor público de prover a assistência integral e resolutiva. Ter uma renda suficiente para pagar o convênio se torna, portanto, um meio de obter um atendimento considerado mais digno e que não os submeta a contextos de desvalorização. Para os homens, acessar um atendimento que garanta a respeitabilidade e integridade moral se torna um meio de efetivar os valores masculinos vigentes, associados aos atributos de provedor e de homem respeitado, que parecem conduzir o homem adulto a uma espécie de aversão diante de situações vivenciadas na rede pública de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, a sociedade se desenvolveu tendo a idade, o gênero e as classes sociais como alguns de seus elementos fundamentais de organização social. Esses elementos se integram às formas organizacionais da sociedade que em determinados contextos produzem desigualdades, marginalização ou exclusão. Muitas vezes, as idades e as gerações, por serem aspectos “universais” da estrutura social, tornam supostamente “evidentes” que não se costuma notar ou referir sua influência sobre o que se propõe intervir. No entanto, o conjunto de referentes gênero, geração, classe social e território fundamentam formas distintas de compreender e lidar com o humano. Nesse sentido, as análises articuladas de gênero, geração e classe social, seja a partir das contribuições teóricas e empíricas, vêm sendo elaboradas nas ciências humanas e sociais em articulação com o campo da saúde, no intento de ampliar a compreensão de diferentes aspectos do processo de saúde, adoecimento, cuidado e morte.

Orientado pela premissa da interseccionalidade dos referentes identitários, esse estudo pretendeu defender a importância da perspectiva geracional conformada ao Gênero para pensar o campo da saúde e suas práticas assistenciais para a população masculina. Como resultado final, quatro contribuições principais emergiram do estudo e é sobre elas que almejo realizar estas últimas considerações.

Como primeira contribuição este estudo apontou que as gerações figuram uma categoria mais abrangente que as idades, pois abarcam a sucessão no tempo e sobretudo as práticas e sentimentos coletivos que encerra. Adicionado a isso, defendeu a necessidade de reavaliar o uso e aplicação da categoria Geração no campo da saúde e apresenta contribuições quanto à relevância de estudos que utilizem de forma interseccional os conceitos Geração e Gênero para analisar um contexto específico, de modo que permita sua aplicabilidade junto a cenários permeados por desigualdades em saúde e que produzem iniquidades no acesso e uso de serviços por parte da população masculina.

Numa perspectiva de Geração, ser jovem, ser adulto ou ser velho, é uma situação vivida em parte homogeneamente e em parte diferencialmente, segundo o gênero, a raça/etnia e a classe social dos indivíduos de cada grupo etário. Na perspectiva de Gênero, a trajetória de vida dos homens vem determinando diferentes situações, atitudes, sentimentos e representações em relação às idades e a forma que isso condiciona a interação com diferentes esferas do social. O estudo permitiu conhecer o que há de heterogêneo e homogêneo nos “homens” e em suas narrativas de uso dos serviços de atenção primária, suas percepções de adoecimento e cuidado em saúde, permitindo analisá-los em seus diferentes momentos de vida e em suas diferentes transformações e possibilidades, individuais e sociais. Trouxe para a superfície os relativismos e transitoriedades de posições etárias que se tornam também posições geracionais e que, por suposto, têm mantido teoricamente difícil a definição e análise do campo das relações entre as gerações e a sua inscrição teórica nas visões que a articula com outras categorias relacionais, mesmo o fundamental e já amplamente debatido Gênero.

A análise geracional parece ser importante para visibilizar as características heterogêneas existentes nos indivíduos e relativizar a noção de um homem genérico bastante presente nas proposições empíricas e teóricas da saúde. Ao mesmo tempo que especifica os grupos, a análise geracional também permite conhecer e avaliar as rupturas dentro dos grupos geracionais e fora dele, quando se trata da interação entre sujeitos de diferentes idades e que compartilham um determinado contexto histórico. A tentativa de desenvolver uma análise articulando diferentes grupos geracionais permitiu acessar as especificidades de um grupo, ao mesmo tempo que conseguiu transversalmente conhecer a relação entre masculinidade e cuidado em saúde como traços mais marcantes que perpassam a perspectiva geracional e revelou que quando alocado com Gênero, este sofre as influências de uma Geração, ao mesmo tempo em que sugere contornos que promovem continuidades nas relações de gênero e na construção das masculinidades.

Mesmo com as limitações metodológicas de desenho do estudo, foi possível capturar elementos essenciais que conformam o uso e acesso aos serviços de atenção primária à saúde por parte dos homens em seus territórios, de modo a considerar que

as políticas de saúde planejadas “hoje” ou “amanhã”, devem considerar a constante transitoriedade, mas também as permanências inerentes às trajetórias de vida dos homens. As ações do Estado, por meio do aparato jurídico e das políticas sociais, definem e regulam grande parte das formas de inclusão e exclusão social dos indivíduos e grupos, segundo sua condição etária. Porém as transitoriedades e permanências figuram um cenário no qual as relações interpessoais e institucionais operacionalizam os jogos de poder entre as gerações, desloca e (re)atualiza continuamente modos de pensar e de ser no território físico e cultural e isso dificilmente pode ser capturado por análises etárias segmentadas. Assim, para efetivar a atenção primária e o protagonismo dos sujeitos no cuidado à saúde, é importante que seja revelado, por meio de análises aprofundadas, aquilo sobre o que se espera intervir, no presente ou no futuro, em relação aos modos de lidar com a saúde e utilizar os serviços disponíveis num determinado espaço e tempo social.

Tomadas a partir dos dados empíricos, a análise conjunta das categorias geracionais teceram elaborações analíticas dinâmicas que se propuseram a explicar/compreender as condições concretas vivenciadas pelos sujeitos participantes do estudo e indicou a importância da categoria geracional para a compreensão das condições de saúde e vulnerabilidades de indivíduos e grupos, bem como de suas possibilidades de acessar recursos para o enfrentamento destas. No Brasil, muitos esforços acadêmicos objetivam construir conhecimentos que promovam de fato a equidade e universalidade tal como propõe o Sistema Único de Saúde (SUS). E, embora existam avanços na elaboração de políticas públicas de outros setores, as multideterminadas dimensões produtoras de desigualdades na saúde, por serem complexas, devem articular os condicionantes relacionados às gerações, incluindo sua dinamicidade interna e os efeitos que produzem quando em relação.

O estudo trouxe ao debate a conjuntura desses determinantes sociais circunscritos na assistência à saúde dos homens, dando um foco maior sobre os sentidos que as diferenças geracionais, alinhadas à organização social e em conformação com o gênero engendram desigualdades sociais e em saúde, bem como estas são atualizadas e transpostas nas trajetórias de vida de homens do Nordeste que vivem em áreas urbanas. A discussão de uma temática complexa como a que foi

proposta neste estudo, não esgota as inúmeras possibilidades de investigação que, além de necessárias, podem contribuir para o entendimento dos lugares ocupados pelos homens, tanto no espaço físico das unidades de saúde, quanto do lugar simbólico das masculinidades e suas relações com a saúde-adoecimento e cuidado.

Advogamos que ao estarem estreitamente vinculados às condições de saúde de um povo, os fatores geracionais são parte dos multideterminantes no processo saúde e adoecimento. Entretanto os estudos sobre geração, dentro e fora do campo da saúde, parecem apresentar um problema crônico de imprecisão conceitual, sendo utilizada de maneira excessivamente fluida e perigosamente influenciada pelo uso cotidiano da palavra, tal como reconhecido por Tomizaki (2010).

As mudanças no espaço social e nos serviços de saúde, por sua vez, podem resultar em distintas repercussões entre o uso dos serviços de saúde e autocuidado de homens e mulheres. Nesse sentido, o estudo se situa como uma contribuição ao campo da saúde coletiva.

ANEXOS

Perfil biográfico das entrevistas

Os nomes são fictícios. Quanto à descrição dos conteúdos dos relatos, foram mantidas as particularidades da linguagem da forma que mais se aproximava do relato dos entrevistados.

Jovens: homens entre 16 a 29 anos

Anderson, 23a, RN: trabalha às vezes como comerciante. Acha que ser homem é ser forte, trabalhar e ter saúde e que a mulher é fraquinha. Parou de beber, pois achava que estava prejudicando sua saúde. Reclama de dores no peito (já fez exames do coração) e gastrite. Diz que uma alimentação saudável melhoraria esses sintomas, mas não a faz.

Caio, 19a, PE: é estudante. Teve um filho que faleceu um dia após o nascimento. Tem sífilis e o filho morreu por isso. Não houve pré-natal e culpa a ex-namorada porque mesmo ele dizendo que ela devia fazer o pré-natal, ela não o fez. Procurou tratamento um mês após o diagnóstico e a morte do filho.

Diogo, 16a, RN: entende que ser homem é estar casado e cumprir com os deveres. Acha que homem solteiro é alguém que não tem nenhum dever. Acha que homossexuais não são homens. É estudante. Quem marca os médicos é a mãe, para ele e para os irmãos e pai. Tem desvio de coluna por causa do peso que carrega na mochila da escola. Não fez tratamento (RPG) porque era caro. Gosta de fazer manobras de bicicleta e acha que os perigos e pequenos machucados são bobeira. Teve hidrocefalia quando bebê e pneumonia quando criança.

Éderson, 27a, RN: Pensa que ser homem é cumprir com as obrigações e deveres, no trabalho e no papel de pai de família. Ter uma boa relação tanto social quanto profissional com as pessoas. Trabalha com agente de endemias. Frequenta o dentista e o oftalmologista a cada 6 meses. Sempre que precisa, procura atendimento sozinho e usa o sistema de saúde privado. Teve suspeita da dengue, não foi diagnosticado por causa das datas dos exames.

Elias, 20a, PE: Estudante, faz estágio de telemarketing. Está em tratamento dentário, tem plano de saúde, mas gosta da dentista do posto de saúde, por ser atenciosa. Para os atendimentos médicos, utiliza o plano de saúde. A mãe é agente de saúde e explica as coisas que ele não entende sobre saúde, mas toma os remédios e se trata sozinho.

Everton, 19a, PE: Procurou o atendimento, porque não tinha vontade de comer há cerca de um mês. Quem marcou o atendimento foi a mãe e foi ao local com a namorada.

Fabiano, 16a, RN: diz que para ser homem tem de ter caráter, respeito com mulher e fidelidade. Tem de tomar conta da própria vida, mesmo sendo gay. É estudante. Acha que é gordo, diz que comia muita bagana, coisas estragadas na rua, passou mal, tinha dor de barriga quando comia e sua mãe colocou comidas mais saudáveis em casa, frutas etc. Tem amigos que tomam anabolizantes, mas considera prejudicial a longo prazo. É vaidoso. Fez cirurgia no peito (ginecomastia), fez todos os exames, mas quando não está bem, sempre procura primeiro a mãe. Antes da cirurgia, tinha vergonha e diz que ficou deprimido. Extraíu um dente e neste evento foi sozinho procurar atendimento. Fez outra cirurgia, porque levou uma facada em uma briga.

Fábio, 16a, RN: acha que ser homem é pegar uma ruma de mulher e trabalhar para manter a família, o que não é seu caso, porque ainda é boy. É estudante, mas faz bico carregando caminhão. Está fazendo tratamento dentário e apenas procurou tratamento, porque estava com muita dor e queria arrancar os dentes. Teve verme na infância e ficou internado. Joga futebol. Quando fica doente, procura a mãe, não vai ao médico.

Geraldo, 24a, RN: Acha que ser homem é ser líder de família, tomar a iniciativa e ser protetor. Ele cuida da esposa e da filha. É promotor de vendas. Já sofreu um acidente de trabalho e ficou mais de um mês afastado. Não teve nenhuma doença grave, além de uma pneumonia na infância. A família usa o posto de saúde de outro bairro, por dificuldades de atendimento e falta de medicamento.

Gerson, 28a, RN: Considera que ser homem é ser do sexo masculino, que hoje em dia tanto faz. Orientação sexual não influencia, não deixa de ser homem ou mulher, a única diferença é o sexo, a genitália. É barman e drag queen. Já trabalhou na secretaria da saúde e em ONGs com prevenção de DST/AIDS. Nunca teve nenhuma doença grave de saúde, teve apenas uma alergia quando foi criança, passou por tratamento e teve intoxicação. Quando seu pai estava acamado, os médicos se recusaram a ir vê-lo. Ele brigou, fez denúncia e chamou a tv.

Gilmar, 24a, RN: Acha que ser homem é ter responsabilidades, constituir família. Solteiros têm uma vida banal, a vida é uma besteira. É casado e acha que ganhou com o casamento. Estava sem trabalho. Frequenta o posto de saúde para tratamento dentário. De resto, vai para clínicas particulares. Já fez uso de drogas e anabolizantes. Teve queda de cabelo e se sentiu constrangido pela médica quando procurou atendimento. Está com problema renal há mais de um ano, mas não procurou atendimento, está esperando arranjar um emprego para poder ir em um médico particular. Reclama do mau atendimento e falta de materiais de exames na rede

pública. O pai faleceu por agravamento de doenças que não foram tratadas por não buscar atendimento médico a tempo, uma delas renal.

Gustavo, 18a, RN: considera ser homem cuidar da casa, trabalhar para sustentá-la. Não gosta de ir ao médico, não tem paciência, mas diz que sempre se avalia e gosta dos momentos das consultas. Vai aos atendimentos sozinho, muitas vezes. É estudante. Pratica esportes, nunca teve problemas graves de saúde, apenas um início de pneumonia.

Humberto, 21a, RN: para ele, ser homem é ser dono de si mesmo, trabalhar, ter dinheiro pra comida e cuidar da família. É também não ser bandido e não se meter nas coisas dos outros. Faz supletivo e trabalha como polidor de automóveis. Casado, tem um filho. Procurou atendimento, porque levou uma facada apaziguando uma briga na rua, mas quase nunca procura serviços médicos. Bebe com frequência. Disse ter tido catapora quando criança e algum problema de cansaço que passou quando cresceu. Para o cansaço fez nebulização, mas não descreveu melhor.

Ian, 17a, RN: É estudante. Diz que ser homem é ser o cabeça da família, impor moral, ter caráter e responsabilidade com as coisas da casa e trabalhar. Busca atendimento médico sozinho, porque a mãe trabalha. Nunca teve problemas graves de saúde, reclama apenas do cansaço quando adoecia.

Leonardo, 26a, RN: para ele ser homem é ser responsável, ter caráter, poder trabalhar e ser independente, mas tem gente que acha que homem é ser machão. Trabalha como autônomo, eletricitista, pedreiro e pintor. Usa o posto de saúde quando fica com o nariz escorrendo por causa da tinta, e para buscar camisinhas e ir ao dentista. Tem muitas dores de cabeça e gripes por causa da tintura. Muitas vezes recorre a avó e seus remédios naturais. Bebe e fuma e acha isso prejudicial. Teve um grande corte no pé, mas nenhuma doença muito grave.

Rafael, 25a, RN: Procurou o posto por causa de dor de dentes. Quem marcou a consulta foi a mãe. O avô participa de um grupo de hipertensos no posto. Diz que o pai não frequenta médicos e por isso também não dá esse tipo de assistência a ele.

Welerson, 19a, PE: É tatuador. Foi ao posto para fazer clareamento dentário e procurou o atendimento sozinho. Também vai às vezes para fazer exames, como o exame no pulmão por causa do cigarro.

Wilson, 24a, PE: Solteiro, estava fazendo exames para conseguir um emprego. Fornece opiniões relevantes, mas não conta sobre si próprio.

Adultos: homens entre 32 a 54 anos

Alceu, 33a, PE: Teve DST com 17 anos e se tratou com a indicação de remédio dada por um amigo. Acha que a mulher quando fica em casa tem mais tempo de se cuidar e o homem, porque fica no trabalho e na rua não tem tempo para isso. Faz um ano que está com "carocinhos" na cabeça e não procurou ir ao médico. Vai sempre em bar e joga bola para ter lazer. Fica acanhado quando tem apenas ele de homem na sala de espera do posto de saúde.

Assis, 44a, RN: Mudou para a Capital para procurar emprego. O principal problema de saúde que já teve foi de pressão alta. Trabalha das 10h às 23h e isso o atrapalha para ir ao posto. Para melhor se programar a procurar o serviço, ele gostaria que tivesse um dia específico no posto para atender só homem. Para ele, um hospital só para homem não o faria perder tanto tempo para marcar consulta, pois teria menos burocracia.

Avelino, 36a, PE: Trabalha com muro de arrimo, carrega peso e tem um "esporão" no pé que ultimamente o faz sentir muita dor e não conseguir trabalhar. Queixa-se por não conseguir outro atestado para mais 15 dias de licença. Não gosta do cheiro de hospital e fica alarmado quando vê agulha. Recusa-se a ser atendido por estagiário/a, pois para ele estes são inexperientes e não sabem pegar veia. Conhece a maioria dos traficantes de sua faixa etária, mas não se sente seguro com os jovens traficantes que estão começando no crime.

Dirceu, 35a, PE: É uma liderança comunitária. Acha que a mulher tem o psicológico mais forte e que o homem tem falta de tempo e receio de fazer exames. Acompanhou sua esposa no pré-natal e gosta de criança. Tem um filho com a atual esposa e teve outro com uma mulher casada. Acredita que se o posto não entregasse camisinhas para as mulheres, os homens sentiriam necessidade de ir até lá.

Edivaldo, 48a, PE: Tem problema nos nervos e desvio na coluna. Trabalhava com carne, mas o problema nas costas o impede de levantar a banda do boi. Recebe auxílio do governo e nota que tem muito homem desempregado na rua. Não gosta da forma como o serviço funciona e das fichas para organizar as consultas.

Everaldo, 52a, RN: Veio de Assú para Natal, em 72, trazido pelo irmão mais velho. Trabalha em cigarreira, mas sempre foi frentista de posto. Tem pressão alta, bebia e fumava muito, mas parou há 10 anos. Faz check-up todos os anos e alguns amigos acham que é um "home vei besta", que só quer viver em médico. Vive tentando dar conselhos à mulher para ela deixar de comer pão e comida com gordura, mas ela é teimosa.

Edmur, 45a, RN: Acredita que tem gente que já nasce doente e que algumas pessoas procuram doença e que guardar mágoa pode provocar câncer. Crê que seu pai teve câncer, porque guardava mágoas. Diz ter nascido em uma época de ignorantes e ser ignorante impede as pessoas de buscar melhoras na saúde. Procura dar aos filhos uma educação diferente da que recebeu e procura ser carinhoso.

Eufrásio, 46a, PE: é autônomo, trabalha como segurança, mas quer mudar de ramo, pois considera perigoso seu trabalho. Vive com sua mulher há 26 anos, mas não tem filhos, ela é "ligada" (ligadura de tuba uterina) e já teve outros filhos. Diz que conhece homens que pensam que as mulheres querem mandar neles quando dizem para procurar o posto de saúde, mas ele mesmo não pensa assim.

João Moura, 54a, RN: Há 28 anos veio de Mossoró com a família para viver melhor e procurar trabalho. Era pedreiro, mas depois da cirurgia de ponte de safena parou de trabalhar e está esperando ficar bom para voltar. Operou de catarata e sente dor na coluna. Toma remédio do mato e chás para tratar doenças mas também toma os remédios que a médica prescreve. Bebia muito, mas não bebe mais. Considera que as mulheres sofrem mais, porque têm mais problemas na vida. Acha que tem remédio que não cura, mas tem muita fé em injeção, porque cura rápido.

Joilson 40a, RN: Se casou três vezes, tem sete filhos, dentre entre esses uma tem síndrome de Down. Já teve problemas com abuso de bebida na juventude, voltou a beber quando foi traído pela segunda esposa e só saiu da bebida pela ajuda da atual esposa. Confia na fidelidade da esposa e vê os filhos como uma dádiva de Deus. Para ele, ser homem é saber andar no mundo e que o estresse do trabalho some quando no final do dia é recebido em casa pela esposa e filhos/as. Quer fazer vasectomia, pois não acha justo sua mulher passar por mais uma cirurgia.

José Carlos, 54a, PE: Aposentado, casado e tem dois filhos. Apenas um mora com ele, o outro é casado. Procurou atendimento para extrair um dente. Diz que não procura atendimento médico, porque se descobrir que tem algum problema (próstata), tem de fazer exames. Fez vasectomia em uma clínica particular, pois fazia parte dos seus planos e pediu pra Deus pra só ter dois filhos. Um dos filhos está para fazer cirurgia dos testículos, mas ainda não conseguiu.

José Augusto, 38a, PE: Autônomo, faz fretes. É casado e tem dois filhos. Procurou o atendimento por causa de problemas no coração, mas só compareceu por insistência da agente de saúde do bairro. Já teve apendicite e fez também outra cirurgia que não soube explicar. Ia fazer vasectomia, mas desistiu. Disse que não foi por causa do machismo, mas mencionou diversas vezes o assunto. A esposa usa anticoncepcional. Nunca usou camisinha e não teve orientação a respeito de DSTs. O primeiro filho teve convulsão e tomou "Gardenal" até tirarem, porque não deu nada nos exames. O segundo filho teve o pré-natal em atendimento particular.

Leonel, 54a, RN: Morou 16 anos no Rio de Janeiro e lá teve um problema nos rins. Quando bebia o dia todo com os amigos, sua pressão ficava alta e depois disso não bebe, não fuma, dorme bem e acha que esse hábitos estão poupando sua saúde. Agora que tem pressão alta e problema nos rins, vai regularmente ao posto. Depois de se tornar uma pessoa cristã passou a orientar as pessoas a deixarem de beber e a sair das drogas. Trabalha das 6h às 11h como vendedor ambulante e depois vai descansar na parte da tarde. Já teve doença venérea e tratou.

Leonildo, 34a, PE: Tem pedra nos rins e uma pequena úlcera que trata com remédios caseiros e com reza. Não costuma ir ao médico, pois se incomoda em ter que acordar às 4h da manhã para pegar ficha. Usou maconha dos 13 aos 26 anos e

atualmente deixou o cigarro e só bebe quando tem jogo do Flamengo. Ser homem para ele é ter dignidade sem discriminar as outras pessoas e que a mulher é mais complicada que o homem em relação à saúde. Só usa preservativos se a mulher insiste e sabe que está passível de pegar doença se não usar.

Marcondes, 34a, RN: Quebrou um dente e machucou o rosto quando foi atropelado por um carro ao andar de bicicleta. Tem medo de ficar doente e até se afasta de alguém que está com gripe. Entende que ser homem é ser humilde e respeitar as pessoas. O trabalho com tintas químicas e tecidos é um fator que lhe estressa no dia a dia. Acredita que 10% dos homens e 10% das mulheres têm relações sexuais fora do casamento, bebem e fazem outras coisas que prejudicam a saúde.

Marcos, 48a, PE: É separado e vive sozinho. Tem quatro carrocinhas de lanche e gosta de não ter ninguém mandando em sua vida. Pediu um encaminhamento para ir à Psicóloga e ao médico dos nervos, porque tem se sentido agitado depois de ter que ficar parado, sem trabalhar. Com homem nunca conversa sobre saúde, porque onde tem homem só sai conversa de bebida e festa.

Nilson, 46a, RN: ganha um salário baseado na sua produção. Se não produz, não recebe. Diz que quando tem dinheiro não fica enfrentando fila no posto. Vai e paga particular. Tem um farmacêutico conhecido que sempre resolve os problemas de saúde. Acha que quando as pessoas estão bem informadas, elas perdem a vergonha de falar sobre seus problemas de saúde e perguntar.

Regis, 53a, RN: É mecânico e deixou o trabalho com carteira pra ser autônomo, porque acha bom não ter ninguém pegando no pé. O aperreio do trabalho às vezes deixa sua pressão alta e por isso sempre toma Propanolol. As coisas na sua vida são sempre imprevistas por causa do trabalho e às vezes se esquece de tomar o remédio. Já teve hepatite e ficou 25 dias internado. Às vezes sai com os amigos e toma Pitu, mas não concorda com quem faz isso sempre ou fica o dia todo bebendo.

Romildo, 39a, PE: Esforça-se para que os filhos adolescentes não caiam na marginalidade. Não procura pelo atendimento público há quatro anos e acha que os homens é que deveriam procurar mais os serviços de saúde. Acha que os homens têm medo do "toque" por falta de instrução e que gostam de "farrear" e podem contrair doenças venéreas. Recomenda o uso de camisinha para os dois filhos e aconselha muito a filha que é "namoradeira".

Idosos: Homens entre 55 a 74 anos

Afonso, 63a, RN: Segundo ele, ser homem é ter caráter, ser sincero e positivo e não ficar de conversa mole. Casou-se duas vezes e uma de suas filhas teve meningite e ficou com um lado do corpo sem força. Diz que a responsabilidade da doença da filha foi de sua primeira esposa que não olhava a menina. Fumou cigarro dos 13 aos 40 anos. Trabalhava em uma firma que tinha médico e por isso fazia sempre exames. Ainda trabalha, mas o serviço pesado deixa para os mais novos, pois sabe que não consegue mais fazer algumas coisas. Acha que velho adoece fácil igual criança.

Antonio, 68a, RN: Entende que ser homem é cumprir os deveres e fazer os negócios que sabe que pode. Trabalhou como estivador até se aposentar e por isso acha que tem hérnia de disco. Ia fazer a cirurgia para tratar a hérnia, mas dispensou. Agora espera fazer uma cirurgia a laser. Faz tratamento para pressão alta e acredita que os remédios o deixaram impotente e por isso trocou o remédio e vai fazer reposição hormonal, mas acha que se a potência acaba, tem que aceitar, porque tudo tem "começo e fim". Teve 10 filhos, foi casado, mas sua mulher se zangou e foi embora. É a quinta vez que ela vai embora.

Armando, 63a, RN: Acredita que ser homem é cumprir com as obrigações em casa e com a esposa e ser uma pessoa correta. É casado, tem três filhos e cuida da sogra. Foi ao urologista pela primeira vez aos 60 anos. Quando precisa de exames mais rápidos, faz pelo sindicato dos aposentados.

Arnaldo, 56a, PE: É casado e tem dois filhos (10 e 05 anos) e mora na casa da sogra com mais 11 pessoas. Por ter muitos moradores na casa, fica complicado quando mais de uma pessoa precisa ir ao posto, pois recebe apenas uma ficha por dia para a família. Com sua esposa não faz sexo com preservativo, mas se sai com outra mulher, sempre usa camisinha. Trabalha com biscate aplicando papel de parede. Tem pressão alta e já operou da artrite.

Cícero, 74a, PE: Viveu a juventude no interior. É casado, tem dois filhos e dois netos. Tem hipertensão e vai ao posto pegar remédios grátis. Faz trinta dias que não bebe nada. Acredita que mesmo pagando plano de saúde, tem fila de espera nos serviços. Se insinuou para a entrevistadora durante as entrevistas.

Donizete, 67a, RN: Acredita que homem deve ser responsável com seus deveres, cuidar dos entes queridos e não se embriagar, principalmente se for casado. Acha que os homens de hoje estão um desastre, porque fazem muita coisa errada e bebem até cair na rua. Trabalhava no ramo hoteleiro em cozinha, gostava de chefiar essa cozinha, mas foi demitido. Abriu um bar e, mesmo aposentado, continua com o bar pra sustentar a família. Sofre com a gastrite e tem bico-de-papagaio. Casou-se três vezes e seu filho mais novo tem seis anos. Acha que filho dá muito apertado e por isso fez vasectomia.

Genivaldo, 61a, RN: Fala que ser homem é ter moral pra conduzir a si mesmo e as pessoas. É divorciado, tem quatro filhos e faz parte da liderança do bairro. Diz que quem vive com um salário mínimo não consegue ter uma vida boa. Acha que homem jovem faz muita extravagância com mulher do meio do mundo. Quando era jovem

fazia muita extravagância que prejudicava a saúde e atualmente tem diabetes e hipertensão.

Gilberto, 55a, RN: Para ele, homem deve ser sério, honesto e pontual e não ser trapalhão. É casado e tem filhos. Já se aposentou, mas trabalha cuidando de porcos para não ficar parado. Tem pressão alta e está com problema no ouvido, que o faz ouvir um barulho constante. Já procurou vários médicos, mas não sabe o que causa o problema na audição. Diante disso pensa que pode ser até uma coisa sobrenatural.

Israel, 61a, RN: Para ele, ser homem é mostrar um caráter de bom brasileiro. Nasceu em Recife e mudou para Natal quando criança. É casado e a esposa trabalha das 7h às 21h. Tem pressão alta, diabetes, sente muita dor de cabeça e na coluna. Tem obesidade, mas nunca lembra de tomar os remédios para pressão. Sente que precisa de orientação para cuidar da saúde e os amigos dizem que é "manhoso" por ficar sempre indo ao médico.

José, 59a, RN: Para ele, homem tem que ser honesto e ter respeito. Mudou para Natal para arranjar emprego. É aposentado, trabalhava no CEASA como vendedor, mas deixou o trabalho para o filho. Fez o primeiro exame aos 59 anos e soube que tinha diabetes e colesterol alto. Depois que soube dos exames, parou de fumar. Lembra de seu tio que morreu há três anos depois de largar o cigarro e acredita que era o cigarro que conservava a vida do tio.

Josué, 58a, PE: É divorciado e foi morar com a irmã e faz 11 anos que está com processo para tirar sua ex-esposa do apartamento que é dele. É estéril e não teve filhos. Tem problema no pulmão, tem diabetes, hipertensão, depressão e faz tratamento para todos esses problemas de saúde. Aposentou-se por invalidez depois de ter feito duas cirurgias de hérnia de disco.

Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Geração, gênero e masculinidades no contexto da atenção primária à saúde no Nordeste brasileiro

Pesquisador: marcia thereza couto falcão

Versão: 1

Instituição: Fundação Faculdade de Medicina - ICESP

CAAE: 01696112.7.0000.0065

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 15761

Data da Relatoria: 25/04/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo para obtenção de título acadêmico (doutorado) sobre gênero e utilização de serviços de saúde na Atenção Primária no Rio Grande do Norte e Pernambuco, utilizando dados obtidos em estudo multicêntrico coordenado pela pesquisadora responsável entre 2006-2009.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar se fatores geracionais associados a gênero podem produzir, nos homens de diferentes gerações, expressões de necessidades de saúde e modos distintos de lidar com a saúde. Analisar se tais diferenciais produzem variações no uso de serviços em atenção primária e no cuidado à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica a esta pesquisa, pois que trabalhará sobre 58 entrevistas já realizadas em pesquisa anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta objetivos e desenho metodológico claros e adequados, igualmente bem redigidos. Não apresenta qualquer impedimento observado no tocante à ética da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não observamos inconformidades.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bem estruturado, sem inadequações éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 26 de Abril de 2012

Assinado por:
Roger Chammas

BIBLIOGRAFIA

ACKER, S. Teoría feminista y estudio sobre género y educación. In: (Ed.). **Género y educación: Reflexiones sociológicas sobre mujeres, enseñanza y feminismo**. Madri: ed. Nancea, 1995.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. Cabra macho, sim senhor!: identidade regional e identidade de gênero no Nordeste. **Territórios e Fronteiras, Cuiabá - MT**, v. 1, n. 1, p. 25-39, 2000.

_____. **Nordestino: invenção do "falo" - uma história do gênero masculino (1920-1940)**. 2ª. São Paulo: Intermeios, 2013.

ALVES, N. C.; FIGUEIRAS, M. J. Queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa e utilização de serviços de saúde: Diferenças de gênero. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 3, p. 415-425, 2007.

AQUINO, E. M. L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 19-22, 2005.

_____. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 121-132, 2006.

ARILHA, M. Homens: entre a "zoeira" e a "responsabilidade". In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. G., *et al* (Ed.). **Homens e Masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Ed.34, 1998. cap. 2, p.51-77.

ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-7, 1997.

ATTIAS-DONFUT, C. *Sociologie des générations: l'empreinte du temps*. Paris: Universitaire de France, 1988.

ATTIAS-DONFUT, C.; LAPIERRE, N. La dynamique des générations. **Communications, Paris**, v. 59, n. 59, 1994.

AYRES, J. R. D. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 549-560, 2005.

AYRES, J. R. D. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: (Ed.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**: Fiocruz, 2003. p.117-139.

BADINTER, E. XY: Sobre a identidade masculina. 2ª. Ed. **Rio de Janeiro: Nova Fronteira**, 1993.

BARATA, R. B. Desigualdades Sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. E. C. O. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p.p. 201-30.

_____. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009.

BARROS, M. B. A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 1986.

BARROS, M. B. D. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 911-926, 2006.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 71-80, 2005.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009.

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

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M. e BORDO, S. R. (Ed.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p.21 -41.

BOURDIEU, P. A “juventude” é apenas uma palavra. In: BOURDIEU, P. (Ed.). **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p.112-121.

_____. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. SAÚDE, M. D. Brasília: Diário Oficial da União 2006.

BRASIL, M. D. S. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. COMUNIDADE, S. D. A. A. S. C. D. S. D. Brasília: Secretária de assistência a saúde 1997.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. ESTRATÉGICAS, S. D. A. À. S. D. D. A. P. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 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. 97-140, 2005.

BRITO, E. O. Consciência histórica e hermenêutica: considerações de Gadamer acerca da teoria histórica de Dilthey. **Trans/Form/Ação**, v. 28, n. 2, p. 149-160, 2005.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e cultura**, v. 3, n. 1, 2000.

CANESQUI, A. M. Produção científica das ciências sociais e humanas em saúde e alguns significados. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 15-23, 2012.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 659-678, 2009.

CASIMIR, M. J. The dimensions of territoriality: An introduction. In: CASIMIR, M. J. e RAO, A. (Ed.). **Mobility and territoriality**. New York: Berg p.1-26.

_____. The dimensions of territoriality: An introduction. In: CASIMIR, M. J. e RAO, A. (Ed.). **Mobility and territoriality**. New York: Berg, 1992 p.1-26.

CEBALLOS, R. **Os “Homens Tristes” – (des)construções históricas e práticas masculinas no Nordeste (1910-1930)**. Campina Grande: UFPB 2000.

CHELOTTI, M. C. Reterritorialização e identidade territorial. **Soc. nat.(Online), Uberlândia**, v. 22, n. 1, 2010.

CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 185, 1995.

_____. La organizacion social de La masculinidad. . **Ediciones de lãs mujeres**, n. 24, 1997.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1073-1083, 2009.

COSTA-JUNIOR, F. M. **Concepções de médicos/as e enfermeiros/as sobre questões de gênero na saúde**. 2010. (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Universidade Estadual Paulista, Bauru.

COSTA-JUNIOR, F. M. D.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

COUTO, M.; SCHAIBER, L. B.; AYRES, J. R. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. In: MARTINS, M.;CARRILHO, F., *et al* (Ed.). **Tratado de Clínica Médica**. São Paulo: Manole, v.1, 2009. p.350-356.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2569-2578, 2012.

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

_____. **Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP)**. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq. Brasília. 2009

DEBERT, G.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 27, p. 37-54, 2012.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. (Ed.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde** Petrópolis: Ed. Vozes, 2004. p.99-120.

DOMINGUES, J. M. A subjetividade coletiva e a coordenação da economia. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 175-197, 1996.

_____. Gerações, modernidade e subjetividade. **Tempo social; Rev. Sociol.**, v. 14, n. 1, 2002.

DOYAL, L. Sex, Gender, and health: the need for a new approach. **British Medical Journal**, v. 323, p. 1061-1063, 2001.

DUARTE, M. D. F. D. S. Maturação física: uma revisão da literatura, com especial atenção à criança brasileira. **Cad Saúde Pública**, v. 9, n. supl 1, p. 71-84, 1993.

EDMUNDS, J.; TURNER, B. Generations, culture and society. Philadelphia/Buckingham, 2002.

EISENSTADT, S. N. **De Geração a Geração**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 405-416, 2001.

FEIXA, C.; LECCARDI, C. O conceito de geração nas teorias sobre juventude. **Sociedade e Estado**, v. 25, p. 185-204, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, W. D. S. **Masculinidades e cuidado : diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. (Tese de Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina., Universidade de São Paulo, São Paulo.

FIGUEIREDO, W. D. 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, p. 935-944, 2011.

FONSECA, C. Família, fofoca e honra: a etnografia de violência e relações de gênero em grupos populares. **Porto Alegre: Editora da UFRGS**, 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 2a. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2005.

FRANÇA, L. M.; MANTOVANELI JÚNIOR, O.; SAMPAIO, C. A. C. Governança para a territorialidade e sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade; Governance towards territorial sustainable development: building a sense of regionality. **Saúde Soc**, v. 21, n. supl. 3, p. 111-127, 2012.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. Causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GOMES, R. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

_____. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GOMES, R. et al. Men don't come! Absence and/or invisibility in primary healthcare services. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 16, p. 983-992, Mar 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. **Cad. de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 556-574, 2007.

GOMES, R. et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 113-128, 2011.

_____. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: M.C.S, M.; ASSIS, S. G., et al (Ed.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GOMES, Á. C.; VECHI, C. A. **A Estética Romântica: Textos comentados**. São Paulo: Atlas, 1992.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Etc: espaço, tempo e crítica**, v. 1, n. 2, p. 39-52, 2007.

HOCKEY, J.; JAMES, A. **Growing up and growing old**. London: SAGE publications, 1993.

HONORIO, M. D. D. **Cachaceiro e raparigueiro, desmantelado e largadão! Uma contribuição aos estudos sobre homens e masculinidades na região Nordeste do Brasil**. 2012. (Tese de doutorado). programa de pós graduação em ciências sociais. Arararquara, 2012, Universidade estadual paulista, Arararquara.

JAIDE, W. As ambiguidades do conceito de "geração". In: BRITTO, S. D. (Ed.). **Sociologia da Juventude: para uma sociologia diferencial**. Rio de Janeiro: Zahar, v.II, 1968. cap. 2,

KIMMEL, M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Isis internacional - Ediciones de las mujeres*, n. 17, p. 129-138, 1992.

KIMMEL, M., S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. **Horizontes antropológicos**, v. 4, n. 9, p. 1003-117, 1998.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. D. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2617-2626, 2012.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de género en salud. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2, n. 2, p. 67-79, 2001.

LAMAS, M. Gênero: os conflitos e desafios do novo paradigma. **Proposta**, n. 84/85, p. 12-25, 2000.

_____. **O Gênero é cultura? V Campus euroamericano de cooperação cultural**. Almada 2007.

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

LARANGEIRA, S. Faz sentido falar em classes sociais. **Natureza, História e Cultura: repensando o social. Cadernos de Sociologia. PPGS UFRGS**, v. 4, p. 85-92, 1993.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. D. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 35-46, 2005.

LILLIE-BLANTON, M.; LAVEIST, T. Race/ethnicity, the social environment, and health. **Social Science & Medicine**, v. 43, n. 1, p. 83-91, 1996.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 941-950, 2006.

LONGUI, M. R. **Viajando em seu cenário: reconhecimento e consideração a partir de trajetórias de rapazes de grupos populares**. 2008. Programa de pós graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

LYRA, J. et al. Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 14, p. 07-15, 2012.

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

MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUNT, K. Do women “over-report” morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Social Science & Medicine**, v. 89-98, p. 89-98, 1999.

_____. Do women “over-report” morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Social Science & Medicine**, v. 48, p. 89-98, 1999.

MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? **Social Science & Medicine**, v. 42, p. 617-624, 1996.

MAIA, G. F.; PERURENA, F. C. V.; MEDRADO, B. ENVELHECIMENTOS MASCULINOS: ENTRE VIVÊNCIAS PLURAIS E EXIGÊNCIAS NORMATIVAS. **Revista Sociais e Humanas**, v. 24, n. 2, p. 162-177, 2012. ISSN 2317-1758.

MANNHEIM, K. O problema da juventude na sociedade moderna. In: BRITTO, S. (Ed.). **Sociologia da Juventude I: da europa de Marx à América Latina de hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

_____. **Diagnóstico de nosso tempo**. 3ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

_____. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1982.

_____. El problema de las generaciones. **Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)**, n. 62, p. 193-242, 1993.

MARCONDES, G. S. As trajetórias de homens de família: os significados da vida conjugal e parental masculina. In: STREY, M. N.; BOTTON, A., et al (Ed.). **Gênero e ciclos vitais**. Porto Alegre: Edipucrs, 2012. p.169 - 192. (Gênero e Contemporaneidade).

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

MARTINS, H. H. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004. ISSN 1678-4634.

MCDANIEL, S. A. Generationing gender: Justice and the division of welfare. **Journal of Aging Studies**, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2004.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, p. 809-840, 2008.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. "Eu não sou só próstata, eu sou um homem". Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R. (Ed.). **A Saúde do Homem em Debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MENEZES, R. A.; HEILBORN, M. L. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. **Revista Estudos Feministas**, v. 15, n. 3, p. 563- 580, 2007.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S. e ASSIS, S. G. (Ed.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.19-51.

MINAYO, S. M. C. **Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. ESTRATÉGICAS, S. D. A. À. S. D. D. A. P. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2009.

MORAES ALVES, A. **Fronteiras da relação. Gênero, geração e a construção de relações afetivas e sexuais**. 2009.

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, v. 13, p. 191-221, 1999.

MOTTA, A. B. D. Gênero e geração: de articulação fundante a "mistura indigesta" In: FERREIRA, S. L. e NASCIMENTO, E. R. D. (Ed.). **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: Núcleo de Estudos Interdisciplinares Sobre a Mulher - NEIMFFCH/UFBA, 2002.

_____. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Sociedade e Estado**, v. 25, p. 225-250, 2010.

NARDI, H. C. **Trabalho e ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)** 2002. (Doutor). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

NARVAZ, M.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.

NASCIMENTO, M.; CARRARA, S. Sobre "Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2583-2585, 2012.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M.; BAKER, G. Reflexão sobre a saúde dos homens jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social. In: GOMES, R. (Ed.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro, v.Fiocruz, 2011.

NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2005.

NASCIMENTO, P. F. G. "**Ser Homem ou Nada**": **Diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE**. 1999. (MESTRADO EM ANTROPOLOGIA CULTURAL). DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S77-S87, 2002.

OLIVEIRA, F. A. D. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 63-74, 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. D. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas. **Rev saúde pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PEDRO, M. J. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, v. 24, n. 1, p. 77-98, 2005.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/The territory in family health program. **Hygeia**, v. 2, n. 2, 2006. ISSN 1980-1726.

PINHEIRO, R. S.; AL., E. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 105-109, 2002.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, T. F. **Abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites**. 2010. (mestrado). Departamento de medicina preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência**, v. 4, p. 53-67, 2008.

_____. Homens e camisinha: possibilidades e limites na construção da saúde do homem. . **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 14, p. 49-56 2012.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. D. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 845-858, 2011.

QRS, I. **Nvivo** 2012.

QVORTRUP, J. A volta do papel das crianças no contrato geracional. **Revista brasileira de educação**, v. 16, n. 47, p. 323-331, 2011.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de Biopoder hoje. **Política & Trabalho**, n. 24, p. 27-57, 2006.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: PEDRO, J. M. E. G., M. P. (Ed.). **Masculino, Feminino, Plural**. Florianópolis Ed. Mulheres, 1998.

RIBEIRO, C. R. O novo homem na mídia: re-significações por homens docentes. 2007.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1525-1532, 2007.

RODRIGUES ANDRADE, M. A.; FRANCH, M. Eles Não Estão Mais Pra Nada": Sexualidade e Processos de Envelhecimento na Dinâmica do Programa Saúde da Família. **Meditações**, v. 17, n. 2, 2012.

ROHDEN, F. **ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 101-125, 2002.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 201-212, 2003.

_____. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, p. 161-196, 2011.

_____. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2645-2654, 2012.

ROSEMBERG, F. Teorias de gênero e subordinação de idade: um ensaio. **Proposições**, v. 7, n. 3, p. 17-23, 1996.

SAEZ, P.; CASADO, A.; WADE, J. Factors Influencing Masculinity Ideology among Latino Men. **The Journal of Men's Studies**, v. 17, n. 2, p. 116-128, 2009.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: feminização da velhice. **Estud. interdiscip. envelhec**, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTOS, D. L.; GERHARDT, T. E. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 29, n. 1, p. 129-36, 2008.

SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. O retorno do território In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A., *et al* (Ed.). **Território, Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec 1998.

SARTI, C. **A família com espelho. Estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Autores Associados, 1996.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Estudos feministas**, v. 12, n. 2, p. 35-50, 2004.

SCHLEIERMACHER, F. D. E. **Hermenêutica: a arte e técnica da interpretação**. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

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

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

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71 – 99, 1995.

SCOTT, J. W. O enigma da igualdade. **Estudos feministas**, v. 13, n. 1, p. 11-30, 2005.

SOUZA, J. T. P. D. A sociedade vista pelas gerações. **Política e Sociedade**, v. 5, n. 8, p. 9-29, 2006.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

STEIN, E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia In: HABERMAS, J. (Ed.). **Dialética e Hermenêutica**. São Paulo L&PM, 1987. p.98-134.

TAVARES, M. A. O encontro do mestre e do assistente nas trilhas do sertão: ensaio a respeito das contribuições de Elias e Mannheim para as pesquisas sobre juventude e ruralidades no Brasil do século XXI. **Cadernos de estudos sociais**, v. 24, n. 2, p. 299-310, 2008.

TELES, M. A. A. **Breve histórico do feminismo no Brasil**. 1. São Paulo: Brasiliense, 1999.

THER RÍOS, F. Antropología del territorio. **Polis (Santiago)**, v. 11, n. 32, p. 493-510, 2012

TOMIZAKI, K. Transmitir e herdar: o estudo dos fenômenos educativos em uma perspectiva intergeracional. **Educação & Sociedade**, v. 31, p. 327-346, 2010

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C. D.; MÜLLER, R. D. C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 973-994, 2010.

TRAMONTANO, L. **Continue a nadar: sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade**. 2012. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, p. 365-373, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1990.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 497-504, 1994.

VALE DE ALMEIDA, M. **Gênero, Masculinidade e Poder: Revendo um caso do sul de Portugal**. Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro: Anuário Antropológico 95: Tempo Brasileiro, 1996. 1996.

VALERIO, M. P. **A pouca adesão masculina aos grupos de atividade física para a terceira idade**. 2001. (Mestre). Ciência do Movimento Humano, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

VERBRUGGE, L. M. The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 30, p. 282-304, 1989.

VICTORA, C. G. et al. Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 90-102, 2011.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. **Fiocruz**, 2002.

WELLER, W. **Karl Mannheim: Um Pioneiro Da Sociologia Da Juventude**. XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. Recife 2007.

_____. A atualidade do conceito de gerações de Karl Mannheim. **Sociedade e Estado**, v. 25, p. 205-224, 2010.

WILDERMUTH, N.; DALSGAARD, A. L. Imagined futures, present lives: youth, media and modernity in the changing economy of northeast Brazil. **Young**, v. 14, n. 1, p. 9-31, 2006. Disponível em: < <http://you.sagepub.com/content/14/1/9.abstract> >.