



Psicologia Ciência e Profissão

ISSN: 1414-9893

revista@pol.org.br

Conselho Federal de Psicologia

Brasil

Borges, Lilian Maria; Fleury Seidl, Eliane Maria
Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos
Psicologia Ciência e Profissão, vol. 32, núm. 1, 2012, pp. 66-81
Conselho Federal de Psicologia
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282022731006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Percepções e Comportamentos de Cuidados com a Saúde Entre Homens Idosos

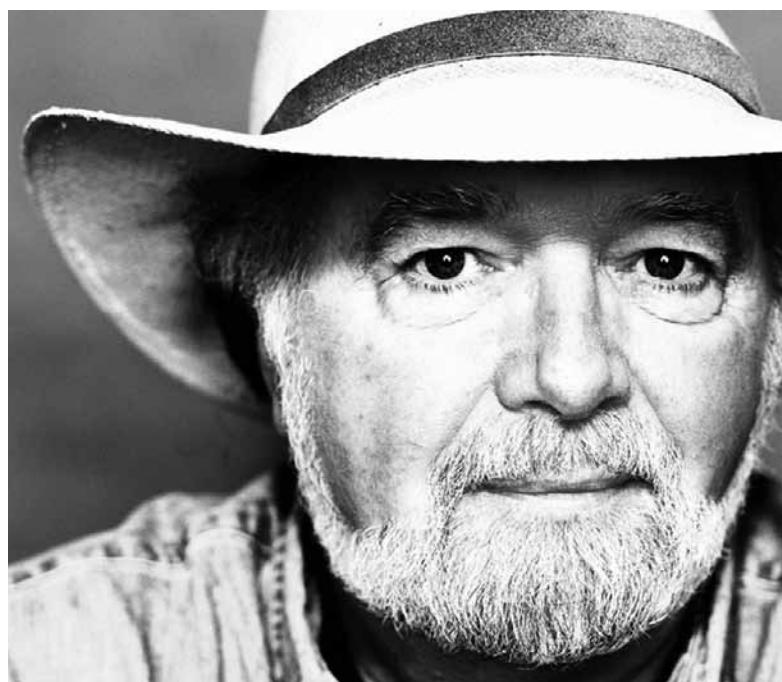
Perceptions And Behaviors Of Health Care Among Elderly Men

Percepciones Y Comportamientos De
Cuidados Con La Salud Entre Hombres De Edad Avanzada

Lilian Maria Borges
Universidade
Católica de Brasília

Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília

Artigo



Resumo: O gênero constitui um sério determinante da saúde. O presente trabalho, de caráter exploratório e descritivo, investigou percepções de homens idosos em relação aos cuidados com a própria saúde e aos aspectos que influenciam os comportamentos preventivos e promotores de saúde de homens dessa faixa de idade. Dez participantes, com idade média de 67,4 anos, foram entrevistados e a análise do conteúdo de suas respostas possibilitou a identificação de treze categorias relativas a três eixos temáticos: *determinantes da saúde pessoal, comportamentos de autocuidado e barreiras ao autocuidado masculino*. Prevaleceu uma consideração positiva do próprio estado de saúde e houve relatos de variados comportamentos preventivos. *Barreiras econômicas, do sistema de saúde, intrapessoais e socioculturais* foram mencionadas como comprometedoras dos cuidados com a saúde entre os homens, enquanto o *suporte social* foi considerado um importante facilitador. Negligências, déficits e excessos comportamentais foram indicados como padrões masculinos de atenção à saúde. Evidencia-se a necessidade de estratégias educacionais voltadas para a adoção de práticas cotidianas mais saudáveis por parte dos homens.

Palavras-chave: Idosos. Envelhecimento. Estágio de desenvolvimento. Gênero. Psicologia da saúde.

Abstract: Gender is an important determinant of health. This descriptive and exploratory work investigated the perception of elderly men in relation to personal health care and to the aspects that influence men preventive and health promoter behaviors in this age range. Ten participants with a mean age of 67.4 years were interviewed and the analysis of their responses allowed the identification of thirteen categories on three themes: *determinants of personal health, self-care behaviors and barriers to self-care*. A positive evaluation of their own health prevailed and there were reports of various preventive behaviors. *Economic, health system, intrapersonal and sociocultural barriers* were cited as compromising to the health care among men, while *social support* was considered an important facilitator. Negligence, behavioral deficits and excesses are recorded as male patterns of health care. This study highlights the need for educational strategies aimed at the adoption of healthier daily practices on the part of men.

Keywords: Elderly. Aging. Developmet states. Gender. Health psychology.

Resumen: El género constituye un importante determinante de la salud. El presente trabajo, de carácter exploratorio y descriptivo, investigó percepciones de hombres de edad avanzada en relación a los cuidados con la propia salud y a los aspectos que influencian los comportamientos preventivos y promotores de salud de hombres de esa franja de edad. Diez participantes, con edad media de 67,4 años, fueron entrevistados y el análisis del contenido de sus respuestas posibilitó la identificación de trece categorías relativas a tres ejes temáticos: *determinantes de la salud personal, comportamientos de autocuidado y barreras al autocuidado masculino*. Prevaleció una consideración positiva del propio estado de salud y hubo relatos de variados comportamientos preventivos. *Barreras económicas, del sistema de salud, intrapersonales y socioculturales* fueron mencionadas como comprometedoras de los cuidados con la salud entre los hombres, mientras el *soporte social* fue considerado un importante facilitador. Negligencias, déficits y excesos de comportamiento fueron indicados como estándares masculinos de atención a la salud. Resulta evidente la necesidad de estrategias educacionales dirigidas a la adopción de prácticas cotidianas más saludables por parte de los hombres.

Palabras clave: Personas de edad. Envejecimiento. Estados del desarrollo. Género. Psicología de la salud.

Os indicadores de morbimortalidade, medidos por demanda aos serviços de saúde e por inquéritos populacionais, evidenciam que há riscos diferenciados de adoecimento e de morte entre os sexos. As mulheres apresentam doenças crônico-degenerativas e incapacidades funcionais com maior frequência, no entanto, os homens morrem mais cedo (Abreu, César, & França, 2009; Arras, Ogletree, & Welshimer, 2006; Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2005; Schraiber, Gomes, & Couto, 2005; Zunzunegui, Alvarado, Béland, & Vissandjee, 2009). No Brasil, de cada três

mortes de pessoas adultas notificadas, duas correspondem a homens, e estes apresentam uma expectativa média de vida em torno de sete anos a menos do que a das mulheres (Brasil, 2008; IBGE, 2010).

A alta mortalidade na população masculina indica que os homens, em grande parte por questões culturais e educacionais, experimentam riscos elevados à saúde, como colisões de carro, acidentes de trabalho e uso abusivo de substâncias psicoativas. Além disso, buscam os serviços de saúde,

sobretudo os de atenção primária, em menor frequência, e engajam-se menos em comportamentos preventivos quando comparados às mulheres (Arras et al., 2006; Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007; Sales & Santos, 2007), que, em geral, são apontadas como mais favorecedoras da própria saúde e de cuidados com outros membros da família (Fletcher, Higginbotham, & Dobson, 2002; Sales & Santos, 2007; Schraiber et al., 2005). Os homens comumente agem em função da necessidade de solucionar problemas já existentes e recorrem aos serviços de saúde em estágio avançado da doença, com predominância da procura por pronto-socorros e farmácias (Couto, Pinheiro, Valença, Machin, Silva, & Gomes, 2010; Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007; Lunenfeld, 2002). Assim, nos serviços ambulatoriais, verifica-se uma demanda significativa e consistentemente menor de homens em comparação com usuários do sexo feminino (Keene & Li, 2005; Linhares, Coelho, Guimarães, Campos, & Carvalho, 2003; Pinheiro, Viacava, Travassos, & Brito, 2002).

Esse padrão de comportamento masculino, com procura reduzida ou postergada pelos serviços de saúde, pode resultar em atraso significativo no diagnóstico e no agravamento da morbidade, o que leva a maiores gastos de recursos públicos, além de graves consequências clínicas e econômicas para o paciente e sua família, como maior sofrimento físico e emocional (Brasil, 2008; Issa, Fenter, Black, Grogg, & Kruep, 2006). Dessa forma, a temática *homem e saúde* se apresenta como alvo de interesse recente, com esforços cada vez maiores no sentido de identificar as especificidades a serem consideradas na abordagem da saúde masculina em diferentes fases do ciclo de vida. No Brasil, vigora, desde agosto de 2009, a Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008). Essa iniciativa do Ministério da Saúde tem o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina a ações e serviços de saúde e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade desse segmento da população.

A perspectiva de gênero tem-se revelado cada vez mais pertinente e necessária nos estudos e programas realizados no campo da saúde. Enquanto o termo *sexo* se refere a características biológicas que distinguem machos e fêmeas, o termo *gênero* é designado para assinalar as diferenças entre homens e mulheres que são relativas ao conjunto de papéis e características construídos socialmente nas diferentes culturas, e que envolvem atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades vinculados à definição do masculino e do feminino (Laurenti et al., 2005; Scott, 1995; Zunzunegui et al., 2009). Como ressalta Silva (2006), a cultura e as sociedades ocidentais passaram a descrever o indivíduo por meio de modelos normativos, desprezando suas construções singulares. Assim, uma forma de ser e de agir é moldada, ao longo do processo de socialização, de acordo com o sexo biológico do sujeito e em conformidade com os padrões esperados em sua sociedade.

Nas concepções dominantes, ser homem é tido como ser racional, ativo, provedor, sexualmente irresponsável, poderoso, forte, protetor, violento, decidido, corajoso, invulnerável e dotado de corpo resistente (Braz, 2005; Giffin, 2005; Gomes & Nascimento, 2006). Tal identidade de gênero revela uma naturalização do poder masculino, sem a devida contextualização sociohistórica do significado de ser homem. Essa masculinidade idealizada, ao defender a invulnerabilidade e uma sexualidade instintiva, tende a gerar

comportamentos pouco saudáveis ou de risco nos homens, e os predispõe, assim, a certas doenças, a lesões e a mortes (Figueiredo, 2005). O ideal heróico de ser do homem coloca-o, portanto, em uma posição de vulnerabilidade física e psíquica para aquisição e agravamento de doenças, que se apresenta, por exemplo, na dificuldade de procurar ajuda ou cuidados médicos e em descuidos com o próprio corpo, já que cabe a ele ser forte. Nessa perspectiva, Braz (2005) ressalta que os comportamentos masculinos permeados pela questão de gênero representam tanto modos de vida como modos de adoecer e de morrer.

A baixa adoção de práticas preventivas e a pequena presença de homens nos serviços de saúde, em especial nas unidades básicas, são associadas a fatores como a pouca valorização do autocuidado, a preocupação incipiente com a saúde e a dificuldade de compartilhar sentimentos e de verbalizar as próprias necessidades (Figueiredo, 2005; Miller & Iris, 2002; Schraiber et al., 2005). Os cuidados com a saúde estão fortemente ligados à ideia de feminilidade, e os serviços de saúde primários são vistos comumente como um espaço destinado ao público feminino e às crianças. Dessa forma, muitos homens temem que condutas preventivas possam ser interpretadas como demonstração de fraqueza, de medo ou de insegurança e gerem desconfianças acerca da sua masculinidade (Figueiredo, 2005; Gomes et al., 2007). O padrão diferenciado de cuidados com a saúde dos homens, se comparado ao das mulheres, pode ser entendido ainda pelo medo da descoberta de uma doença grave, pela vergonha da exposição do corpo perante o profissional e pela não disponibilização de programas ou atividades direcionadas especialmente para o segmento masculino (Couto et al., 2010; Gomes et al., 2007).

As diferenças de gênero se manifestam ao longo da vida humana, mas pressupõe-se que haja expressões específicas nos distintos períodos do desenvolvimento. Para que os programas de atenção à saúde alcancem a eficácia almejada, portanto, é preciso atentar para a inter-relação entre envelhecimento, saúde e gênero bem como promover investigações acerca da posição social particular de homens e mulheres idosos e as repercussões em seus comportamentos e condições de saúde (Fletcher et al., 2002; Keene & Li, 2005; Schraiber et al., 2005; Gomes & Nascimento, 2006).

Nessa linha de investigação, Loeb (2003) elaborou e aplicou o *The Older Men's Health Program and Screening Inventory* (OMHPSI) junto a 135 homens entre 55 e 91 anos com o propósito de avaliar crenças e práticas de saúde entre homens idosos. As barreiras mais citadas pelos participantes para a emissão de comportamentos promotores de saúde foram a falta de motivação, de tempo e de interesse. As questões do OMHPSI mostraram potencial para ajudar a identificar tópicos importantes para ensino e intervenção com idosos e para ampliar o autoconhecimento.

A melhor compreensão do universo masculino em relação a questões de saúde e doença pode favorecer a oferta de programas e serviços mais condizentes com as reais problemáticas, expectativas e demandas dos homens, de modo a contribuir para que adotem uma prática cotidiana mais saudável e se tornem administradores ativos de sua própria saúde e do seu ambiente social (Figueiredo, 2005; Lunenfeld, 2002). Estratégias motivadoras para maior participação de representantes do sexo masculino em grupos orientados para o envelhecimento bem-sucedido e a prevenção primária, por exemplo, se fazem necessárias, pois o perfil de idosos integrantes

desses grupos destaca-se pelo predomínio de mulheres (Assis, Hartz, & Valla, 2004).

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível reconhecer os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade desse segmento da população aos agravos à saúde, bem como abordar as questões masculinas nos debates e nos estudos acerca da prevenção e da promoção de saúde. É nessa linha de investigação que se situa a presente pesquisa, que trata do processo de envelhecimento masculino com o objetivo de identificar percepções de homens idosos em relação aos cuidados com a própria saúde e aos aspectos que influenciam os comportamentos preventivos e promotores de saúde de homens dessa faixa de idade.

Método

Participantes

A pesquisa contou com a participação de dez homens residentes no Distrito Federal, na faixa de idade entre 61 e 81 anos ($M = 67,4$) e aposentados, em sua maioria ($n=7$). Metade deles não havia completado o ensino fundamental, enquanto a outra metade possuía ensino médio ($n=2$) ou superior completo ($n=3$). Todos mantinham relações conjugais estáveis e eram portadores de pelo menos um agravão à saúde, com predominância de hipertensão arterial ($n=5$), diabetes ($n=3$) e distúrbios na coluna ($n=3$).

Os entrevistados foram identificados por nome fictício e idade ao se utilizar trechos de suas verbalizações para exemplificar as categorias geradas pela análise dos depoimentos ao longo da seção de resultados.

Instrumento

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada composto por um grupo de oito perguntas abertas, as quais foram norteadoras da interação da pesquisadora com os entrevistados. O enfoque das questões recaiu sobre a avaliação da própria saúde em relação a outras pessoas da mesma idade, à identificação de problemas de saúde já vivenciados, à realização de exames médicos nos últimos seis meses, às crenças e sentimentos associados aos exames médicos e à busca dos serviços de saúde, aos cuidados pessoais e de outros homens com a própria saúde na velhice, ao suporte social recebido para esses cuidados e à comparação do autocuidado entre homens e mulheres. A obtenção dos aspectos demográficos, como idade, estado civil e nível de escolaridade, também ocorreu por ocasião das entrevistas.

Procedimentos

Os participantes constituíram uma seleção por conveniência, em que homens residentes na comunidade, com idade superior a 60 anos e preservação de suas capacidades cognitivas e funcionais, foram indicados por pessoas da rede social da pesquisadora e convidados a integrar a pesquisa. Os idosos foram esclarecidos quanto à natureza e aos objetivos do estudo, o qual estava vinculado à fase preliminar de um projeto de investigação aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Não houve recusas. Com base nas explicações concedidas verbalmente e por escrito pela pesquisadora principal, os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual formalizaram a aceitação em participar do estudo e deram permissão para a gravação dos seus relatos.

Cumprida essa etapa inicial, a entrevista semiestruturada foi conduzida com cada um dos participantes em sua própria residência ou nas dependências de uma universidade privada, com o cuidado de escolher ambientes que garantissem privacidade e conforto aos envolvidos. Primeiramente, foram colhidos dados sociodemográficos para caracterização dos entrevistados bem como foram inquiridas suas avaliações sobre suas condições atuais de saúde. Em seguida, foram estimulados a discorrer acerca dos cuidados masculinos com a saúde na velhice, incluindo seus próprios comportamentos. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra para favorecer a análise dos dados.

Os dados obtidos nas entrevistas foram organizados e analisados de acordo com o método da análise de conteúdo (Bardin, 2002), que permite classificar e/ou categorizar os relatos dos participantes a partir da identificação de similaridades e convergências ou de ambiguidades e de contradições entre suas falas.

Resultados e discussão

A análise dos dados possibilitou identificar três eixos temáticos que emergiram do relato verbal dos participantes, cada qual composto por categorias específicas, conforme apresenta a Figura 1.

Eixos temáticos	Categorias
Determinantes da saúde pessoal	Manutenção da capacidade funcional e laboral Ausência de sinais e sintomas Suporte familiar e incentivo social Manutenção de atitudes positivas diante da vida e de si mesmo
Comportamentos de autocuidado	Adesão às prescrições e recomendações dos profissionais de saúde Busca por serviços de saúde e realização de exames médicos Adoção de estilo de vida saudável Engajamento em atividades intelectuais Participação em atividades grupais
Barreiras ao autocuidado masculino	Barreiras econômicas e do cotidiano Barreiras do sistema de saúde Barreiras intrapessoais Barreiras socioculturais

Figura 1. Eixos temáticos e categorias obtidos a partir do autorrelato dos participantes
Fonte: Dados da pesquisa

Determinantes da saúde pessoal

O eixo temático *determinantes da saúde pessoal* abarcou os fatores que os idosos afirmaram empregar na avaliação do próprio estado de saúde, e compreendeu quatro categorias: *manutenção*

da capacidade funcional; ausência de sinais e sintomas, suporte familiar e incentivo social e manutenção de atitudes positivas diante da vida e de si mesmo. Esse eixo foi obtido a partir do levantamento da autopercepção de saúde dos entrevistados, que tem sido frequentemente apontada como medida válida para predizer resultados futuros de saúde entre pessoas idosas e é reconhecida como um preditor importante de mortalidade e de declínio funcional (Lee, 2000; Ruthig & Chipperfield, 2006).

A maioria dos idosos ($n=8$) revelou uma avaliação positiva da sua condição pessoal, concebida como *muito boa ou boa*, sobretudo ao terem como parâmetro outros indivíduos da mesma faixa de idade: “*Eu acredito que, pela minha idade, eu esteja bem. Não dá pra se queixar. Tá bem equilibrado*” (Ivo, 62 anos). A condição atual de saúde foi bem avaliada, ainda que fossem necessárias medidas diárias para controle dos agravos já instalados: “*Com saúde, uma saúde reparada, controlada, mas com saúde, de um modo geral, eu, particularmente, eu tenho saúde*” (Rui, 64 anos). A exemplo deste estudo, vários outros têm constatado o predomínio de avaliações favoráveis da saúde entre idosos e ressaltado que as mulheres, em geral, avaliam o estado de saúde pessoal de modo mais negativo do que os homens (De Vitta, Néri, & Padovani, 2006; Lee, 2000; Loeb, 2003; Pinheiro et al., 2002; Ribeiro, Neri, Cupertino, & Yassuda, 2009).

A categoria *manutenção da capacidade funcional e laboral* foi um aspecto definidor da avaliação positiva da saúde para quatro entrevistados, sobretudo pela preservação da força de trabalho: “*Muito bom meu estado de saúde. Eu não me sinto, assim, limitado, eu me sinto bem, me sinto jovem. Tenho forças para fazer qualquer coisa*” (Carlos, 69 anos);

“*Me comparo muito forte e sadio porque ainda posso trabalhar*” (Túlio, 68 anos). Não obstante, a redução do ritmo de atividades foi apontada como uma forma de evitar maiores danos à saúde: “*Eu sou cauteloso, eu não gosto de pegar muito serviço pesado. Às vezes até dá pra eu fazer, mas eu não me precipito*” (Sílvio, 81 anos).

Para outros idosos, a percepção de níveis adequados e satisfatórios de saúde esteve associada à categoria *ausência de sinais e sintomas*, conforme indicado por resultados favoráveis de exames médicos e laboratoriais e pela pouca necessidade de buscar serviços médicos: “*Pelo que está nos exames, tá tudo satisfatório, tá melhor do que a gente esperava*” (João, 68 anos); “*Muito bom, quase não vou a médico. Quando vou, faço todos os exames e dá tudo bem*” (Juca, 70 anos). No caso de Juca, a ausência de uma patologia considerada grave se mostrou decisiva para uma consideração positiva da sua saúde, o que revela a ênfase nos determinantes biológicos da saúde e a compreensão desta como ausência de doenças. Em suas palavras: “*Me sinto bem porque pior se eu tivesse ido ao médico e tivesse um problema de saúde grave, aí que eu me sentiria mal*”.

Por outro lado, os participantes ($n=2$) que conceberam a condição pessoal de saúde como insatisfatória justificaram essa avaliação tendo em vista a existência de agravos crônicos à saúde: “*Meu estado de saúde atualmente não é bom, porque eu tenho problema sérrissimo de diabetes. É cheio de altos e baixos, vai levando*” (Mário, 61 anos). No entanto, para os demais participantes, o acometimento por patologias crônicas não constituiu fato gerador de uma visão negativa da própria saúde, o que pareceu indicar, nesses casos, um bom controle da doença e um enfrentamento adequado de

seus efeitos e tratamento. Rui (64 anos), por exemplo, relatou: “A minha diabetes é sempre controladíssima. Se uma pessoa pergunta pra mim ‘você tem alguma doença?’ Não, não tenho doença, sou diabético e hipertenso. Agora, pra mim, isso não constitui uma doença, porque eu não tenho problema com isso”.

O suporte familiar e o incentivo social foram unanimemente citados como fatores determinantes da saúde pelos entrevistados, todos eles casados e residentes em lares compostos por, no mínimo, duas pessoas. As redes sociais, constituídas por familiares e amigos, têm sido mencionadas como comumente associadas ao enfrentamento eficaz da doença, ao seguimento do tratamento e à emissão de comportamentos saudáveis (Miller & Iris, 2002; Ramos, 2002), o que se revelou também importante para os homens deste estudo.

Os familiares, sobretudo a esposa, foram apontados como importantes no incentivo para a busca de serviços médicos e para a ingestão dos medicamentos e a observação das dietas: “Minha esposa me ajuda lembrando do remédio. (...) Ela (filha) sempre diz, toda vez que a gente se encontra: ‘Oh pai, o senhor continua nadando, o senhor tá tomando seu medicamento?’” (Rui, 64 anos). Alguns idosos, de diferentes níveis de escolaridade, evidenciaram até mesmo delegar o controle de seus hábitos para o cônjuge, que atuava como um monitorador de seus hábitos de saúde, o que evidenciou valores patriarcais e fragilidades em caso de viuvez: “Ela (esposa) ajuda dando uma patrulhada em meus hábitos, alimentação” (Ivo, 62 anos); “Minha esposa está sempre do meu lado, ali, me dando força. Sempre está me policiando para eu não comer coisas pesadas” (Carlos, 69 anos). Paulo (62 anos)

foi o único participante que salientou sua autonomia e próprio controle nos cuidados com a saúde, explicando que a ajuda de outros seria apenas no sentido de “ter uma boa convivência com as pessoas, ter pessoas com quem possa conversar”.

No caso de Ivo (62 anos), a companhia de outras pessoas atuava como um fator motivador para a prática de atividades físicas: “Se tiver alguém que me convidar pra caminhar, pra ir na esteira, como aconteceu algumas vezes, meu filho me convidou, nós fomos pro parque, aí é uma coisa. Agora sozinho a gente se sente meio desestimulado”. Apareceu ainda, no relato dos entrevistados, formas de apoio social instrumental relacionadas ao provimento de recursos materiais e à facilitação do acesso aos serviços de saúde bem como ao apoio informacional caracterizado pelo fornecimento de orientações: “Geralmente, minha esposa e filhos providenciam médico, ajudam na alimentação, levam ao médico, acompanham” (Pedro, 69 anos).

A categoria *atitudes positivas diante da vida e de si mesmo* também foi apontada como fundamental no alcance de melhores condições de saúde, seja pela crença na capacidade pessoal de realização, seja pela fé em um Ser superior capaz de auxiliar em situações de doença: “Normalmente, eu tento ser o mais positivo possível, penso que sempre vai dar certo. Eu acho que são atitudes positivas que me ajudam a um equilíbrio de saúde” (João, 68 anos); “Eu vou ao meu quarto orar para que o Senhor nos dê força para enfrentar aquelas lutas, aquelas tempestades” (Carlos, 69 anos).

Na mesma direção dos resultados do estudo conduzido por Alves e Rodrigues (2005) com 2135 idosos residentes na cidade de São Paulo, supõe-se que, na presente pesquisa,

a autopercepção do estado de saúde na velhice esteve relacionada a um conjunto de fatores sociodemográficos e clínicos, como o controle da sintomatologia de doenças, a preservação da capacidade funcional, o arranjo familiar e o suporte social.

Comportamentos de autocuidado

O eixo temático *comportamentos de autocuidado* compreendeu o relato de cuidados mantidos pelos participantes no esforço de melhorar ou manter a saúde, evitando o surgimento de doenças ou o agravamento de outras já existentes. Esse eixo abarcou as seguintes categorias: *adesão às prescrições e recomendações dos profissionais de saúde, busca por serviços de saúde e realização de exames médicos, adoção de estilo de vida saudável, engajamento em atividades intelectuais e participação em atividades grupais*.

A categoria *adesão às prescrições e recomendações dos profissionais de saúde* foi amplamente reconhecida como uma forma de cuidar da saúde mediante o controle das patologias existentes, de modo a melhorar ou preservar os níveis atuais de saúde, conforme ilustram os relatos a seguir: “*Trago o remédio aqui. Tem um que na hora do almoço tem que tomar. Eu já trago no bolso*” (Rui, 64 anos); “*Chega uma certa fase que você não cura, você administra as coisas, você toma cuidados para, na medida do possível, ter melhor qualidade de vida, tomando seus cuidados, consultas*” (Paulo, 62 anos).

A categoria *busca por serviços de saúde e realização de exames médicos* constituiu outra forma notável de manter a saúde, como foi observado no depoimento de todos os entrevistados, os quais, sem

exceção, eram portadores de doenças crônicas. Independentemente do nível socioeconômico, houve relatos de visitas periódicas a consultórios médicos, com fins principalmente de avaliação de sintomas e de controle de doenças já diagnosticadas. Em alguns casos, os idosos relataram contar com profissionais de confiança que os acompanhavam desde longa data: “*E lá com essa médica é assim, de três em três meses, eu vou. Ela pede todos os exames. Ela me acompanha e eu acompanho ela, porque pra onde ela vai, eu vou atrás*” (Rui, 64 anos). Em outros casos, o profissional era consultado de acordo com as disponibilidades do serviço público ou de modo casual: “*Nesses dois anos de diabetes, de vez em quando, eu vou lá no posto, tá difícil pra arrumar consulta. Não tenho um médico particular, um que sempre vou com ele. As vezes a gente vai com o primeiro que encontra, olha na lista lá*” (João, 68 anos).

Observou-se que a busca de ajuda profissional esteve em grande parte associada a um mal-estar já presente e, ainda assim, algumas vezes ocorria somente após o constante apelo ou incentivo de outros familiares, sobretudo da esposa, como ilustrado na fala de Rui (64 anos): “*Antes dessa cirurgia, eu só ia (ao médico) quando ela (esposa) cansava de chamar, eu sentindo dor: ‘vamos ao médico, vamos ao médico’; não, depois a gente vai, depois eu vou’. Quando eu não aguentei mais, eu fui*”. As mulheres são mais orientadas para cuidados preventivos, enquanto a procura dos serviços de saúde por parte dos homens ocorre comumente para reparação, quando já não suportam mais as dores e outros sintomas da doença (Braz, 2005; Lunenfeld, 2002). No entanto, alguns participantes também afirmaram ter acompanhamento regular em postos de saúde, evidenciando utilizar os serviços primários de atendimento:

“Consulto lá no posto de saúde. É muito bom lá, o pessoal atende muito bem, dentro das limitações do que pode fazer” (Mário, 61 anos).

Os exames médicos mais citados pelos participantes foram exames de glicemia, para aferição da pressão, bacteriológicos, cardiológicos e oftalmológicos. Ao menos um desses tipos de exame havia sido realizado nos últimos seis meses por todos eles em atenção a solicitações médicas: *“Faço os exames periódicos pra avaliar a situação geral. Eu não faço assim um check-up geral. São exames pontuais em função do especialista”* (Paulo, 62 anos); *“Se o médico falar ‘vamos fazer o exame?’, ‘vamos, estamos aqui por isso’. Se ele está falando que é para fazer o exame, então vamos fazer, o médico sabe, então vamos fazer”* (Carlos, 69 anos).

Cinco participantes afirmaram terem se submetido ao exame clínico do toque retal para identificação do câncer de próstata. De acordo com Carlos (69 anos), *“o exame de próstata é um exame muito difícil, mas eu faço com tranquilidade”*. Dois idosos, no entanto, revelaram preferir a realização de exame de sangue com essa finalidade ao exame do toque: *“Eu já fiz seguidamente. Como é que chama? PSA? (...) É através do sangue, porque, no caso, são dois exames... Volta e meia faz o do toque, mas, de preferência, faz o de sangue”* (Ivo, 62 anos).

A ênfase em medidas médicas para obtenção de melhores condições de saúde foi marcante entre os participantes. Todavia, seis entrevistados relataram adotar também um estilo de vida saudável como medida preventiva e de melhoria da saúde, com prática de atividades físicas, consumo de alimentos saudáveis e uso moderado de sal, açúcar e/ou gordura: *“Nós fazemos duas*

atividades físicas: hidroginástica e musculação” (Rui, 64 anos); *“Também a alimentação, eu evito muita coisa que às vezes pode me prejudicar. Sempre gosto de fazer caminhada, exercícios”* (Sílvio, 81 anos). Ivo (62 anos) atribuiu sua boa saúde ao fato de sempre ter mantido um padrão adequado de atividades e de alimentação, e destacou a importância do cultivo de hábitos saudáveis desde a juventude: *“Eu acho que eu tô colhendo o que eu plantei, eu nunca fui de muitos excessos e tal. A própria vida militar obrigava a parte de atividades físicas, não sou fumante”*.

A realização de *atividades intelectuais* foi também identificada por três entrevistados, de maior escolaridade, como uma forma de atender necessidades de saúde: *“Eu gosto muito de ler. Eu vejo sempre necessidade de estudar. Na hora que eu tenho nada que fazer, eu vou pra internet, (...) tô sempre pesquisando coisas novas, em várias áreas. Eu sinto uma dinâmica pra poder estudar”* (João, 68 anos).

Por fim, a participação em *atividades grupais*, seja em grupos educativos, seja religiosos, foi ressaltada por três idosos como forma de obter maior apoio e de melhorar as habilidades sociais. Rui (64 anos), por exemplo, apontou a participação em um projeto social para idosos como responsável por mudanças importantes em seu bem-estar psicológico: *“Mudou tanta coisa. Melhorou o meu humor, fico mais à vontade... eu era muito retraído, não falava muito... Com essas reuniões, eu comecei a soltar aquilo que tá dentro de mim”*. Os grupos de apoio para idosos possuem como alguns de seus benefícios o estímulo para a mudança no estilo de vida e o convívio social e, dessa forma, repercutem favoravelmente na saúde dos participantes e ampliam as possibilidades de inserção social (Assis et al., 2004).

Barreiras ao autocuidado masculino

No terceiro eixo temático que emergiu do relato verbal dos participantes, denominado *barreiras ao autocuidado masculino*, os entrevistados, a partir da própria experiência e da observação de outros homens, indicaram fatores que avaliavam atuar como obstáculos para a emissão de comportamentos de autocuidado por parte dos homens e, em consequência, para o alcance do seu envelhecimento saudável. Quatro tipos de barreiras foram categorizadas nesse eixo: *barreiras econômicas e do cotidiano, barreiras do sistema de saúde, barreiras intrapessoais e barreiras socioculturais*.

Destacou-se a referência, por sete entrevistados, às *barreiras econômicas e do cotidiano* como impeditivas de uma atenção adequada à saúde pelos homens: “*Só com muita dificuldade é que vai pro médico (...) um dos motivos é o econômico, outro motivo é falta de tempo*” (João, 68 anos). As variáveis financeiras, laborais e de falta de tempo foram reconhecidas pelos participantes como parte das suas próprias dificuldades em cuidar da saúde: “*Às vezes eu esqueço de tomar o remédio na hora certa, umas distrações assim do estresse do trabalho, do cansaço*” (João, 68 anos); “*Não tenho exercício físico de forma regular. Eu sei que é uma falha, seria adequado, mas é complicado, a gente fica sem horário*” (Paulo, 62 anos); “*Estou trabalhando, na ativa, não tô tendo tempo de fazer a dieta certinha*” (Mário, 61 anos).

De acordo com Fletcher et al. (2002), ao invés de meramente supor que os homens não estão preocupados com sua própria saúde, é importante ter como explicação alternativa que suas prioridades e condições de cuidados de saúde podem ser diferentes

daquelas consideradas pelas políticas públicas e profissionais de saúde. De fato, a procura dos homens por atendimento médico em postos de saúde ou ambulatórios pode ser inviabilizada, por exemplo, pelo horário reduzido de jornada dessas unidades, restando-lhes os serviços de emergência (Braz, 2005). Assim, Figueiredo (2005) destaca a identificação das necessidades de saúde dos homens como uma condição básica para possibilitar uma prática cotidiana mais saudável por parte destes e para oferecer-lhes estratégias especiais de assistência que resultem em melhor acolhimento das suas diferentes necessidades e anseios. Além disso, é importante destacar, conforme discutem Couto et al. (2010), que a escassez de homens nos serviços primários de assistência à saúde é muitas vezes produzida ou reforçada pela expectativa dos próprios profissionais, que perpetuam o estereótipo de que os pacientes do sexo masculino não cuidam de si e não procuram os serviços.

Em relação às *barreiras referentes aos serviços de saúde*, os idosos evidenciaram descrença em relação à efetividade e à agilidade do serviço público de saúde, principalmente em áreas tidas como difíceis de obter consultas e exames: “*Serviço público eu ainda não achei que a gente pudesse contar de uma maneira satisfatória*” (Ivo, 62 anos); “*Essa área (urologia) é difícil. Conseguí uma vez. O médico pediu os exames, quando eu levei lá, ele tinha entrado de férias (...). A área de saúde pública é assim, sempre falta uma coisinha*” (Mário, 61 anos).

Barreiras intrapessoais representaram outra categoria de fatores apontados pelos entrevistados como obstáculos ao autocuidado na população masculina, correspondendo aos medos, preocupações e vergonha que impedem muitos homens de

serem mais atentos em relação à adoção de comportamentos favoráveis à saúde:

Porque, normalmente, homem não gosta de ir ao médico. Eu acho que é a vergonha que o homem tem de chegar lá no médico e dizer 'tô com dor de cabeça', com medo de que o médico diga 'você não é homem não, não sabe enfrentar uma dor de cabeça? Eu acho que ainda tem esse preconceito antigo (Rui, 64 anos).

Para três dos participantes, ficou evidente a influência desse tipo de barreira no que concerne à vergonha e ao medo de exames médicos, sobretudo do exame do toque retal: “Me sinto difícil, pois não gosto de médico. Acho difícil fazer o exame de próstata, eu fico acanhado, com vergonha” (Túlio, 68 anos). Mesmo Rui (64 anos), com histórico de bons cuidados à saúde e participação em projetos educativos, evidenciou resistência em se submeter ao exame em questão. Na busca de uma justificativa para a não realização do exame, o referido participante mostrou contradição, recorrendo à exposição de motivos tanto externos como internos:

Olha, a única coisa que eu penso é a dificuldade de marcar a consulta. (...) Às vezes chega lá 'não, já tá preenchido'. Então, é assim, medo... não é bem medo, é a dificuldade que eu particularmente encontro, não é como você chegar num médico particular (...) Eu tô errado de não ter nunca procurado um urologista. Porque, eu vou confessar, eu tinha vergonha, eu tenho vergonha de ir a um urologista. Eu tinha, ou tenho, sei lá, mas vou, vou enfrentar agora, não custa nada.

De fato, o exame do toque retal foi apontado como um procedimento gerador de reação emocional e esquia nos homens: “*Tem uns homens que resistem, por exemplo, em fazer exames de próstata, tem muitos que se afastam e deixam de fazer aqueles exames com medo*” (Carlos, 69 anos). Embora apontassem a resistência dos homens quanto à realização

desse exame, alguns participantes negaram dificuldade pessoal nesse sentido, atribuindo a não realização do exame à ausência de indícios sintomatológicos, mesmo sendo esse um exame preventivo, e/ou a fatores externos, como falta de tempo:

Não é por vergonha, por qualquer motivo, mas é porque não precisou, tá normal, eu não sinto absolutamente nada nessa área. Os próprios exames já confirmaram que tá tudo normal, não tem nenhum inchaço na próstata, nada, tá normalíssimo, não sinto dores nenhuma nessas áreas (João, 68 anos).

Esses dados reforçam a concepção de que o procedimento do toque retal, a despeito do seu valor na prevenção do câncer de próstata, desperta fortes reações emocionais em muitos homens, afastando-os dessa importante medida preventiva. O exame abala as características identitárias masculinas na medida em que requer o manuseio de partes íntimas, o que pode ser visto como violação à condição de heterossexual e gerar temores de desconforto tanto físico como psicológico. Desse modo, ainda que haja provimento de informações adequadas a respeito de sua realização, efetividade e benefícios, o preconceito, a vergonha e o medo podem não deixar espaços para a realização do exame (Braz, 2005).

Por conseguinte, o reconhecido temor de uma parcela significativa de homens quanto ao exame do toque retal coloca o imperativo da busca de estratégias para rever crenças errôneas e preconceitos a respeito do exame e para estimulá-los a realizar periodicamente essa avaliação, em especial os mais velhos, tendo em vista que os riscos de desenvolvimento da doença aumentam acentuadamente com o avanço da idade. Além disso, o tumor na próstata é um dos tipos de câncer que mais acomete os homens (Laurenti et al., 2005), e as possibilidades de

remissão da doença estão associadas a sua identificação precoce.

No relato de dois idosos, à semelhança do que foi identificado por Figueiredo (2005), transpareceu ainda o medo de que a avaliação médica resultasse na descoberta de uma patologia grave: *“E alguns têm uma espécie assim, e se descobrem que eu tenho uma doença grave? Eu prefiro não saber do que chegar lá e ele vai me indicar que eu tenho alguma doença grave”* (João, 68 anos). A categoria *barreiras socioculturais* revelou o reconhecimento de influências de gênero sobre a saúde por parte dos entrevistados. De acordo com Paulo (62 anos): *“De um modo geral, é aquela decorrência ‘homem não chora’, então, homem não tem problema, não pode ter ou não pode externar”*. Como ressaltado na literatura, os processos de socialização masculina defendem um modelo de masculinidade idealizada que prima pela força, pela resistência e pela autonomia, e rejeita demonstrações de fraqueza e vulnerabilidade (Figueiredo, 2005; Gomes & Nascimento, 2006; Issa et al., 2006).

Essa categoria incluiu referências a um padrão característico de conduta masculina que implica negligências e déficits quanto aos cuidados com a saúde e excessos comportamentais relativos ao uso de substâncias nocivas à saúde e a exposição a riscos. Nas palavras de dois idosos: *“Eu vejo descuidos por parte de alguns homens, a grande maioria, aliás, porque não são todos que têm o cuidado com a alimentação, com exercício, com horário de alimentar-se, dormir”* (Pedro, 69 anos); *“Muitos homens estragam a saúde porque quer, porque essa questão de beber e fumar isso aí estraga demais”* (Sílvio, 81 anos). Apesar de a avaliação abranger a população masculina em termos gerais, vários participantes se viram

diretamente envolvidos com essa questão, a exemplo de Túlio (68 anos), que afirmou: *“Muitos não têm cuidado, pois eu mesmo não tenho”*. Tal padrão comportamental, segundo dois entrevistados, tende a resultar em maior agravio à saúde e em consequente arrependimento: *“Eu acho que o homem paga pra ver, só que não tem volta. O homem é mais desleixado, ele não acredita, só depois quando acontece é que vem o arrependimento”* (Ivo, 62 anos).

Em comparação com os homens, as mulheres foram tidas como mais responsáveis e cuidadosas quanto à busca de assistência médica e ao estilo de vida: *“A mulher é tranquilo, vai ao ginecologista sem problema nenhum. Eu acho que o homem é muito relaxado, a mulher eu acredito que seja mais consciente (...) As mulheres, de um modo geral, não fumam, não bebem”* (Ivo, 62 anos). Várias diferenças de gênero têm sido apontadas na literatura em relação à frequência e aos tipos de cuidados com a saúde usualmente adotados por ambos os sexos. As mulheres são consideradas usuárias mais assíduas dos serviços médicos, sobretudo dos primários, mais atentas ao aparecimento de sintomas, melhor conhecedoras de doenças e maiores praticantes de medidas preventivas (Lunenfeld, 2002; Sales & Santos, 2007). Os homens, por outro lado, são reconhecidos pelo atraso na busca de ajuda médica quando ficam doentes e pela priorização de problemas agudos, o que os torna mais suscetíveis a doenças (Figueiredo, 2005; Gomes & Nascimento, 2006; Issa et al., 2006). Além disso, os homens envolvem-se mais em colisões de carro e acidentes de trabalho e têm mais probabilidade do que as mulheres de apresentar sobre peso, alcoolismo e tabagismo (Welshimer, 2006).

No entanto, além de buscar diferenças entre homens e mulheres, é necessário identificar diferenças entre eles próprios, permitindo lidar com diferentes formas e estilos de ser homem (Couto et al., 2010; Smith & Robertson, 2008). O trabalho de promoção da saúde com homens não pode se basear na suposição de um conjunto de características iguais que leva a interpretá-los como um grupo composto por valores e dotado de comportamentos comuns e generalizáveis. As práticas de saúde dos homens dependem de vários fatores demográficos, pessoais e culturais, e, como tal, são diversas.

Considerações finais

A análise dos relatos verbais dos homens entrevistados possibilitou, conforme o objetivo proposto, verificar e analisar suas percepções acerca dos cuidados necessários para a manutenção ou a promoção da saúde na velhice. Mesmo havendo, entre os participantes, a indicação das mulheres como mais atentas e comprometidas com os cuidados pessoais, várias estratégias para promover estilos de vida saudáveis foram citadas por eles, abarcando as dimensões física (exercícios físicos, exames clínicos), cognitiva (leituras), psicossocial (atitudes positivas) e interpessoal (participação em grupos educativos).

Os dados gerados favoreceram um olhar amplo sobre as percepções dos idosos, dando condições de reconhecer aspectos importantes a respeito da saúde masculina que poderão ser tratados de forma mais detalhada em pesquisas futuras. Tendo em vista o caráter exploratório e descritivo do estudo, além do número reduzido de participantes, torna-se inviável estabelecer generalizações ou pretender explicações mais contundentes quanto à saúde dos

homens idosos. Essa certamente é uma realidade permeada por inúmeras questões que vão muito além do propósito deste trabalho.

A compreensão do modo pelo qual os idosos cuidam de si mesmos pode contribuir para embasar o desenvolvimento de estratégias educacionais que correspondam às suas características, interesses e necessidades. As estratégias voltadas para a população masculina devem ajudar os homens a envelhecer com saúde e dignidade, prevenindo o que for possível e, por outro lado, postergando e diminuindo a dor e o sofrimento quando estes forem inevitáveis (Lunenfeld, 2002). Para tanto, faz-se necessário capacitar profissionais de saúde para atuar diante dos problemas típicos desses usuários, fornecer informações sobre o processo de envelhecimento masculino e estimular o envelhecer de modo positivo e dinâmico.

Lilian Maria Borges

Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Atualmente é professora assistente da Universidade Católica de Brasília, Brasília – DF.
E-mail: limaborgesg@gmail.com

Eliane Maria Fleury Seidl

Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Atualmente é professora associada da Universidade de Brasília, Brasília – DF.
E-mail: seidl@unb.br

Endereço para envio de correspondência:

Avenida Pau Brasil, Lote 05, Apto. 905, Águas Claras, Taguatinga – DF. CEP: 71916-500

Recebido 5/4/2010, 1ª Reformulação 30/8/2011, Aprovado 15/10/2011.

Referências

- Abreu, D. M. X. de, César, C. C., & França, E. B. (2009). Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2672-2682.
- Alves L. S., & Rodrigues R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 333-341.
- Arras, R. E., Ogletree, R. J., & Welshimer, K. J. (2006). Health-promoting behaviors in men age 45 and above. *International Journal of Men's Health*, 5(1), 65-80.
- Assis, M. de, Hartz, Z. M. A., & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 557-581.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. (Retom L. A. & Pinheiro, A., trads.). Lisboa: Edições 70.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Recuperado em 15 setembro, 2009 de <http://dr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 97-104.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. T., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., & Gomes, R. et al. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270.
- De Vitta, A., Neri, A. L., & Padovani, C. R. (2006). Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita*, 25(1), 23-34.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.
- Fletcher R. J., Higginbotham N., & Dobson A. (2002). Men's perceived health needs. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 233-241.
- Giffin, K. (2005). A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 47-57.
- Gomes, R., & Nascimento, E. R. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 901-911.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 07 maio, 2011 de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabcidade/2009/notastecnicas.pdf>.
- Issa, M. M., Fenter, T. C., Black, L., Grogg, A. L., & Kruep, E. J. (2006). Assessment of the diagnosed prevalence of diseases in men 50 years of age or older. *The American Journal of Managed Care*, 12(4), S83-S89.
- Keene, J. & Li, X. (2005). Age and gender differences in health service utilization. *Journal of Public Health*, 27(1), 74-79.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. de M., & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.
- Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 123-129.
- Linhares, C. R. C., Coelho, V. L. D., Guimarães, R. M., Campos, A. P. M., & Carvalho, N. T. (2003). Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 319-326.
- Loeb, S. J. (2003). The older men's health program and screening inventory: A tool for assessing health practices and beliefs. *Geriatric Nursing*, 24(5), 278-285.
- Lunenfeld, B. (2002). The ageing male: Demographics and challenges. *World Journal Urology*, 20(1), 11-16.
- Miller, A. M., & Iris, M. (2002). Health promotion attitudes and strategies in older adults. *Health Education Behavior*, 29(2), 249-267.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687-707.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B., & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509.
- Ruthig, J. C., & Chipperfield, J. G. (2006). Health incongruence in later life: Implications for subsequent well-being and health Care. *Health Psychology*, 26(6), 753-761.
- Sales, F. M., & Santos, I. (2007). Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. *Textos e Contextos de Enfermagem*, 16(3), 495-502.
- Schraiber, L. B., Gomes, R., & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Silva, S. G. (2006). A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(1), 118-131.
- Smith J. A., & Robertson S. (2008). Men's health promotion: A new frontier in Australia and the UK? Men's health promotion. *Health Promotion International*, 23(3), 283-289.
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Béland, F., & Vissandjee, B. (2009). Explaining health differences between men and women in later life: A cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Social Science & Medicine*, 68(2), 235-242.