



Afonso do Nascimento, Adriano Roberto; Araújo Trindade, Zeidi; Gianordoli-Nascimento,  
Ingrid Faria

Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença

Psico-USF, vol. 16, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 203-213

Universidade São Francisco

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401041440009>

## Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença

Adriano Roberto Afonso do Nascimento<sup>1</sup> – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Zeidi Araújo Trindade – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil

Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

### Resumo

Este trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais de saúde e de doença, bem como os principais motivos para procura por assistência médica, entre homens jovens (idade entre 18 e 25 anos) da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG/Brasil. Foram entrevistados 100 sujeitos. Os dados foram submetidos às análises de evocação e de conteúdo. A análise dos resultados obtidos indica uma possível relação, por um lado, entre saúde, manutenção e prevenção, através da centralidade dos elementos bem-estar e qualidade de vida vinculados à procura por assistência médica em consultórios e, por outro, entre doença, reparação e supressão do sofrimento com a busca por assistência médica nos hospitais. Tais dados podem ajudar a orientar propostas de intervenção dirigidas à saúde de homens jovens, pois revelam a necessidade de abordagens diferenciadas para a prevenção de doenças e para a reparação da saúde.

*Palavras-chave:* Saúde do homem, Jovem adulto, Psicologia social.

### Young brazilian men and social representations of health and disease

### Abstract

This study aimed to identify the social representations of health and disease, as well as the main reasons for seeking medical care among young men (aged 18 and 25) in the metropolitan area of Belo Horizonte/MG/Brasil. 100 subjects were interviewed. The data were submitted to recall and content analysis. The analysis of the results obtained indicate a possible relationship, on one hand, among health, maintenance and prevention, through the central elements of well-being and quality of life linked to the demand for medical care in clinics and, on another hand, among disease, repair and suppression of suffering by seeking medical care in hospitals. Such data may help guide suggestions for actions directed to the health of young men, highlighting the need for specific approaches related to disease prevention and health restoration.

*Keywords:* Men's health, Young adult, Social psychology.

Dados do Ministério da Saúde revelam que, no Brasil: a) três das 8 principais causas de morte para os homens tiveram variação positiva entre os anos de 1980 e 2005 (homicídios, 101,4%; acidentes de transporte, 9,8%; e doença crônica do fígado/cirrose, 24,1%); b) comparativamente às mulheres, os homens vivem, em média, 7,6 anos a menos, ainda que a sua expectativa de vida tenha crescido de 63,20 anos para 68,92, entre 1991 e 2007; c) concentram-se no sexo masculino as mortes relacionadas ao consumo de álcool (89,1% dos óbitos entre 2000 e 2006) e aos acidentes de transporte terrestre (82% em 2006); d) as três principais causas de internação masculina no país, no ano de 2006, na faixa entre 15 e 59 anos, foram causas externas de morbidade e mortalidade (408.441 casos), lesões-causas externas (398.638 casos) e transtornos mentais e comportamentais (369.901 casos) (Brasil, 2009a). Seguindo o padrão internacional, fica evidente, nesse conjunto de informações, que, como veremos adiante mais detidamente, muitas das causas de mortalidade e morbidade masculinas em nosso país também estão diretamente relacionadas a elementos resultantes da socialização dos homens

(Laurenti, Jorge & Gotlieb, 2005; WHO, 2000<sup>a</sup>, 2000<sup>b</sup>).

Entretanto, só mais recentemente, no contexto de um progressivo interesse acadêmico iniciado na década de 1980 pelas questões relacionadas às masculinidades, tem-se investido de forma mais sistemática em estudos que procurem abordar a saúde masculina em uma perspectiva que escape do determinismo biológico e reconheça os elementos socioculturais envolvidos na construção dos gêneros (Herrera & Rodríguez, 2001; Keijzer, 1997; Sabo & Gordon, 1995). Duas revisões recentes da literatura sobre saúde masculina identificaram os principais temas abordados nesses estudos. A primeira, realizada por Sabo (2005), identifica, na produção norte-americana, como temas recorrentes dos estudos sobre a saúde masculina, o uso de álcool, o uso de esteróides anabolizantes, a dor e a negação de sintomas, HIV/AIDS, o câncer de próstata, o suicídio e o câncer de testículo. A segunda, realizada por Gomes e Nascimento (2006), considerando a produção disponível na base Scielo/Saúde Pública sobre saúde dos homens, agrupou os 36 artigos publicados entre 1998 e 2004 nos seguintes temas/núcleos de sentido: “sexualidade masculina”, “masculinidade e reprodução” e “masculinidade e poder”. Considerando as diversificadas áreas de base de tais investigações, os autores apontaram, naquele momento, a necessidade

<sup>1</sup> Endereço para correspondência:

UFMG – Departamento de Psicologia/FAFICH

Av. Antônio Carlos, 6.627 – Campus Pampulha – 31270-901

Belo Horizonte-MG

E-mail: nascimento@fafich.ufmg.br

de se investir em estudos que abordassem a relação entre homens e saúde numa perspectiva relacional de gênero, a fim de se entender tal relação de uma forma mais socialmente contextualizada. Nas duas revisões citadas há indicações de que o conjunto de representações e práticas que configuram o chamado modelo hegemônico de masculinidade favorece o descuido com a saúde e o aumento dos riscos à mesma (Courtenay, 2000; Guerriero, Ayres & Hearst, 2002; Silva, 2002).

O que consideramos como masculinidade hegemônica é um conjunto recorrente de elementos articulados (crenças, atitudes, práticas) que servem de referência para a definição do que é ser homem em um determinado contexto, no nosso caso, nas sociedades ocidentais contemporâneas. Considerando-se que há variações relacionadas a diferentes inserções socioeconômicas e étnicas (Kimmel, 1998), força, controle, resistência, virilidade, heterossexualidade, atividade e provimento financeiro e moral têm sido elementos que com frequência são identificados como associados ao que é “ser homem” nas sociedades ocidentais contemporâneas (Connel, 1997; Fry, 1982; Kimmel, 1997; Leal & Boff, 1996; Salem, 2004; Trindade & Nascimento, 2004).

Em meio aos vínculos identificados entre o modelo hegemônico de masculinidade e as práticas de saúde, podemos citar: a) o receio relatado pelos homens de que a procura por assistência médica possa ser vista como fraqueza e vulnerabilidade (Costa, 2003; Gomes, 2008; Keijzer, 2003); b) a associação tradicional entre auto-cuidado e feminilidade (Keijzer, 2003; Sabo, 2000); c) a reiterada justificativa, por parte dos homens, de postergar o cuidado com a própria saúde pela falta de tempo devida às exigências da rotina de trabalho (Nascimento & Gomes, 2008); d) a percepção de invulnerabilidade do corpo masculino (Gomes, 2008; Herrera & Rodriguez, 2001; Mishkind e cols., 1987); e) a avaliação, por parte dos homens, de que os serviços de saúde são espaços tipicamente femininos (Costa, 2003; WHO, 2000b); f) como afirma Korin (2001): “os homens sentem-se incomodados com a situação passiva e dependente do papel de doente e isto contribui para que ignorem sinais de alarme” (p. 72). Tal grupo de elementos poderia ajudar a explicar a conhecida tendência dos homens buscarem pelos serviços de saúde somente em casos de emergência (Kalckmann, Batista & Souza, 2005).

Consideramos que esse conjunto de concepções e práticas masculinas, acima descritas, pode ser abordado pela Teoria das Representações Sociais. Segundo essa teoria, constituiriam a base dos grupos sociais mecanismos que permitiriam articular concepções e práticas relativas a um determinado

objeto, garantindo a esse objeto o *status* de familiar. Tais mecanismos garantiriam significado às interações interpessoais e intergrupais, pois concederiam a uma determinada comunidade uma base comum para a comunicação cotidiana sobre determinado objeto e um critério para a avaliação da adequação de ações cotidianas relativas a esse mesmo objeto (Jodelet, 2005; Jovchelovitch, 2007).

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

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

Seguindo as indicações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000a; 2000b), consideramos relevante o investimento em trabalhos que procurem abordar as concepções e práticas relativas à saúde masculina, segundo homens jovens, pois essa é uma parcela da população especialmente atingida pelas causas de mortalidade e morbidade, inclusive no Brasil (Brasil, 2009a; Laurenti, Jorge & Gotlieb, 2005).

## Método

Foram entrevistados, entre os meses de julho e agosto de 2008, 100 homens jovens (idade entre 18 e 25 anos) residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG/Brasil. Os sujeitos entrevistados foram abordados em diversos lugares (rua, pontos de ônibus, locais de estudo ou trabalho), tendo sido a entrevista agendada para locais e horários convenientes para eles. A escolha aleatória dos sujeitos nas cidades de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima e Ribeirão das Neves (20 sujeitos em cada) teve como objetivo possibilitar maior diversidade de experiências relatadas. Preenchido por entrevistadores recrutados e treinados

para sua aplicação, o formulário utilizado para a coleta de informações, composto de questões abertas e de múltipla escolha, continha os seguintes itens: a) dados socioeconômicos (múltipla escolha); b) termos indutores “saúde” e “doença” para a associação livre de palavras; c) o que é “cuidar da saúde” (aberta); d) você cuida da sua saúde (múltipla escolha); e) identificação de principais agentes que auxiliam nesse cuidado (aberta); f) identificação de frequência de procura (múltipla escolha) e principais motivos de procura por atendimento médico em hospitais (aberta); g) identificação de frequência de procura (múltipla escolha) e principais motivos de procura por atendimento médico em consultórios (aberta). Os dados resultantes da Técnica de Associação Livre de Palavras foram submetidos ao software EVOC<sup>1</sup>. Os demais dados foram submetidos à Análise de Conteúdo, considerando-se o tema como unidade de registro (Bardin, 1977; Bauer, 2002; Franco, 2003). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº 529/06, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

Quanto à caracterização socioeconômica, 34% dos entrevistados se declararam pertencentes à classe econômica média-baixa (rendimento familiar mensal médio de R\$ 3.169,82) e 45% à classe econômica média (rendimento familiar mensal médio de R\$ 5.273,13), sendo 94% solteiros e 97% não possuindo filhos. Quanto à escolaridade, a maioria dos entrevistados possui 2º grau completo (33%) ou 3º grau incompleto (47%).

São elementos centrais na representação social de saúde dos jovens entrevistados o bem estar (FR=54, OME=2,019) e a qualidade de vida (FR=13, OME=2,308). Na periferia mais próxima, encontramos referências à alimentação (FR=30, OME=3,667), ao cuidado (FR=25, OME=2,800), ao esporte (FR=18, OME=3,222), ao bem-estar físico (FR=5, OME=1,400) e à consideração da saúde como o mais importante (FR=9, OME=2,111). Compõem a periferia mais distante os elementos vida (FR=6, OME=2,500), higiene (FR=7, OME=3,000), hospital (FR=8, OME=3,000) e políticas públicas (FR=8, OME=3,500), entre outros (Figura 1).

	Rang < 2,5	Rang >= 2,5
>=10	<p>bem-estar 2,019</p> <p>qualidade-de-vida 13 2,308</p>	<p>alegria/felicidade 15 3,400</p> <p>alimentação 30 3,667</p> <p>atividades-físicas 11 3,727</p> <p>cuidado 25</p> <p>2,800</p> <p>doença 11</p> <p>3,091</p> <p>esporte 18 3,222</p> <p>médico 11</p> <p>3,636</p> <p>prevenção 11</p> <p>2,818</p>
<10 >=05	<p>bem-estar-físico 1,400</p> <p>bem-estar-psicológico/mental 5 2,200</p> <p>financeiro 5 2,000</p> <p>mais-importante 9 2,111</p>	<p>assistência-pública-ruim 7 2,571</p> <p>disposição 7</p> <p>2,571</p> <p>estado-mental/psicológico 5</p> <p>2,600</p> <p>higiene 7</p> <p>3,000</p> <p>hospital 8</p> <p>3,000</p> <p>políticas-públicas 8</p> <p>3,500</p> <p>remédio 6</p> <p>3,500</p> <p>vida 6</p> <p>2,500</p>

Figura 1. Representação Social de Saúde

Em relação à estrutura da representação social de saúde, observamos que o núcleo (sistema central) apresenta elementos mais relacionados a uma *concepção* genérica de saúde (bem estar e qualidade de vida, acompanhados pela especificação de elementos no terceiro quadrante – bem estar físico e bem estar psicológico). Chama à atenção nessa estrutura a importância das *práticas* na periferia mais próxima (alimentação, atividades físicas, cuidado, esporte, prevenção). Observe-se também que a referência à doença aparece aqui como um elemento mais próximo do núcleo, o que faz com que o risco de adoecer possa ser entendido como um motivador para as práticas citadas. Na periferia mais distante encontram-se os elementos mais diretamente relacionados à saúde

pública (assistência pública ruim e políticas públicas), bem como os elementos relacionados à *reparação* do estado de saúde (hospital, remédio).

A representação social de doença para os entrevistados apresenta como elementos centrais o sofrimento (FR= 11, OME= 2,455) e a compreensão da doença como “coisa ruim” (FR= 10, OME= 1,400). Na periferia mais próxima aparecem referências à tristeza (FR= 31, OME= 2,548), à dor (FR= 18, OME= 2,833), à morte (FR= 16, OME= 3,313), ao remédio (FR= 13, OME= 3,615) e ao mal-estar (FR= 9, OME= 2,333). Fraqueza (FR= 8, OME= 3,125), médico (FR= 9, OME= 2,778) e preocupação (FR= 9, OME= 3,111) são alguns dos elementos que compõem a periferia mais distante (Figura 2).

	Rang < 2,5	Rang >= 2,5
>=10	coisa-ruim 10 1,400 sofrimento 11 2,455	dor 18 2,833 hospital 11 2,636 morte 16 3,313 remédio 13 3,615 tristeza 31 2,548
<10 >=05	mal-estar 9 2,333	câncer 5 3,400 dependência 5 3,400 desânimo 6 2,667 falta-de-cuidado 5 2,600 família 5 3,800 fraqueza 8 3,125 gastos 5 3,400 higiene 5 3,200 médico 9 2,778 preocupação 9 3,111 problema 6 3,000

Figura 2. Representação Social de Doença

Para a estrutura da representação social de doença, devemos primeiramente assinalar a menor frequência dos elementos que compõem o primeiro quadrante (a *avaliação* coisa ruim e a *consequência* sofrimento). Na periferia mais próxima, aparecem as *consequências* dor, morte e tristeza, e os meios de *reparação* (hospital e remédio). No terceiro quadrante, encontramos somente o elemento mal-estar. Tal situação indica que, para os entrevistados, o sentido de doença não é simplesmente o contrário do sentido de saúde, pois o elemento mal-estar não possui a centralidade do seu oposto bem-estar na representação

social de saúde. Na periferia mais distante, há, como esperado, uma grande diversidade de elementos: *consequências* (dependência, desânimo, fraqueza, gastos, preocupação), *apoio* (família), *causa da doença* (falta de cuidado e higiene) e a única *doença específica* mencionada (câncer).

Solicitados a definirem o que é “cuidar da saúde”, os sujeitos indicaram principalmente o “cuidar da alimentação” (21,86% das respostas, 73% dos entrevistados) e “praticar atividades físicas” (18,26% das respostas, 61% dos entrevistados) (Tabela 1).

Tabela 1. Definição de cuidado com a saúde, segundo os entrevistados

Definição	Frequência	%
Cuidar da alimentação	73	21,86
Praticar atividades físicas	61	18,26
Ir ao médico periodicamente (prevenção)	18	5,39
Estar bem-bem consigo	14	4,19
Higiene	14	4,19
Dormir bem	12	3,59
Cuidar do corpo	11	3,29
Bem com os outros (família, amigos, colegas)	10	2,99
Cuidar da mente-alma-psicológico-emocional	10	2,99
Evitar o que faz mal (fumo, bebida, drogas)	10	2,99
Exames regulares	10	2,99
Prevenir	10	2,99
Evitar excessos	9	2,69
Tranquilidade-não ter <i>stress-paz</i> de espírito	9	2,69
Ter hábitos saudáveis	8	2,40
Pensar coisas boas-manter-se feliz	7	2,10
Atividade mental	6	1,80
Ter qualidade de vida	5	1,50
Ambiente saudável-seguro	4	1,20
Autopercepção corporal	4	1,20
Lazer-descanso	4	1,20
Buscar informação sobre saúde	3	0,90
Seguir orientações médicas	3	0,90
Trabalhar-estudar	3	0,90
Agasalhar-se	2	0,60
Equilíbrio	2	0,60
Gostar de si	2	0,60
Ir ao médico (curar)	2	0,60
Ter tempo para você e para a família	2	0,60
Outras respostas	6	1,80
TOTAL	334	100

Do conjunto de 100 entrevistados, menos da metade (46%) declarou cuidar sempre da própria saúde, 13% indicaram que não cuidam, e 41% que o fazem às vezes.

Devemos considerar as respostas à questão “o que é cuidar da saúde” como constituintes de uma espécie de “manual para uma vida saudável”. Ou seja, as respostas elencam um conjunto de práticas entendidas como ideais. Entretanto, as práticas citadas não se apresentam como ações efetivas no cotidiano de todos os entrevistados. Para o campo de estudo sobre as Representações Sociais, não há novidade nesse fato. O aparente descompasso entre o que se diz e o que se faz é recorrente nos casos onde as expectativas sociais

pressionam os sujeitos a veicular determinado discurso, ainda que esse não reflita a sua prática cotidiana (Jodelet, 2005; Sá, 1998). Em destaque nesse “manual” encontram-se o cuidar da alimentação e o praticar atividades físicas, citados por mais da metade dos sujeitos. Tal recorrência pode indicar, inclusive, que os meios de comunicação têm sido eficientes na divulgação exaustiva de informações sobre o chamado “comportamento saudável”. Outro fator que se destaca no conjunto das respostas é que quase todas elas podem ser entendidas como descrições de práticas individuais, ou seja, como componentes de um estilo de vida saudável, o que já foi destacado por Herzlich (2004). Segundo ela, nas sociedades contemporâneas, a

“forte ênfase posta nos ‘estilos de vida’ [...] está transferindo do domínio público para o privado a responsabilidade pela saúde” (Herzlich, 2004, p. 388).

Certamente não é irrelevante o fato de que 46% dos entrevistados tenham declarado ter um cuidado efetivo com a própria saúde. Como observou-se na introdução, na socialização masculina, em geral, não há uma valorização do autocuidado. Aqui, entretanto, isso não parece ser correto para todos os homens. Tal fato pode se dever às características do grupo de entrevistados, que, predominantemente, se autodeclararam como pertencentes às classes média-baixa ou média e possuem escolaridade entre médio completo e superior incompleto, conjugando, portanto, recursos financeiros e acesso à informação.

Vale ressaltar que esses dados podem, também, sinalizar mudanças na valorização masculina do autocuidado e, novamente, não é desprezível a força dos meios de comunicação. Os homens já são público-alvo de revistas específicas sobre saúde, como a *Men's Health*, que estabelece recorrentemente o vínculo entre saúde e cuidados com o corpo, o que significa que há mercado para garantir a vida da publicação. Além disso, estudos como os de Trindade & Nascimento (2004) e Bonomo, Barbosa & Trindade (2008) indicam que preocupações estéticas já vêm sendo incorporadas

ao mundo masculino, principalmente entre homens jovens, o que também se traduz em cuidados com o corpo.

Confirmando a percepção do cuidado com a saúde como um conjunto de práticas individuais, 33% dos entrevistados responderam à questão sobre quem auxilia no cuidado com a própria saúde com um “eu mesmo”. Nesse caso, à individualização das práticas soma-se a possível adesão ao modelo hegemônico de masculinidade, argumento pautado nos achados de Robertson e Fitzgerald (1992). Esses autores mostram que, apesar da alta taxa de morbidade masculina, abrangendo desde problemas cardiovasculares a estresse e depressão, homens com essas características resistem a buscar ajuda psicológica e médica. É o predomínio da autossuficiência como valor substantivo da expressão da masculinidade.

A Tabela 2 também confirma a importância da família como referência, mesmo que esporádica, para os cuidados de saúde de homens jovens (30% dos entrevistados), já indicada por outros trabalhos (Korin, 2001; Sabo, 2000). Também merece destaque o fato de 26% dos sujeitos mencionarem especificamente a mãe como agente que auxilia nos cuidados com a saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Principais agentes que contribuem no cuidado com a própria saúde, segundo os entrevistados

Quem contribui	Frequência	%
Eu mesmo	33	25,19
Meus pais-família	30	22,90
Mãe	26	19,85
Amigos	11	8,40
Pai	8	6,11
Esposa	5	3,82
Namorada	5	3,82
Irmão	3	2,29
Ninguém	3	2,29
Professores	3	2,29
Médico	1	0,76
Outras respostas	3	2,29
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>100,00</b>

Com relação à busca por atendimento médico em hospitais, 27% afirmam que nunca o procuraram, 7% afirmam procurá-lo muito e 66% que o procuraram às vezes, tendo como principais motivos as lesões de

causas externas (12,59% das respostas), a dor forte-persistente (11,85%) e os casos considerados de urgência (10,37%) (Tabela 3).

Tabela 3. Motivos da procura por atendimento médico no hospital, segundo os entrevistados

Motivo	Frequência	%
Lesões de causas externas	17	12,59
Dor forte-persistente	16	11,85
Urgência	14	10,37
Doenças do Aparelho Respiratório	13	9,63
Quando não tem outro jeito-não estou aguentando mais	11	8,15
Algo grave	10	7,41
Quando passa mal	8	5,93
Febre/febre persistente	7	5,19
Exames de rotina	4	2,96
Doenças osteomusculares	4	2,96
Doenças renais túbulo-intersticiais	3	1,48
Tosse persistente	2	1,48
Tonturas	2	1,48
Procedimentos cirúrgicos	2	1,48
Doenças do aparelho digestivo	2	1,48
Doenças do aparelho circulatório	2	1,48
Outras respostas genéricas	8	5,93
Outras doenças	6	4,44
Outras especialidades/especialistas	2	1,48
Sem informação	2	1,48
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100,00</b>

A procura por assistência médica em hospitais, relatada por 73% dos sujeitos, foi motivada principalmente, com possível exceção para as doenças do aparelho respiratório, por causas consideradas graves e/ou urgentes (entre as 6 principais causas para procura por essa assistência, 4 estão diretamente relacionadas à gravidade e/ou urgência da situação: dor forte-persistente, urgência, quando não tem mais jeito/não estou aguentando mais, algo grave). Os dados agrupados na Tabela 3 também confirmam, no cotidiano dos nossos entrevistados, a importância já apontada das lesões de causas externas como motivos de procura/internação por/em hospitais (Brasil, 2009a).

Solicitados a fornecerem as mesmas informações sobre a procura por assistência médica em consultórios, 66% dos entrevistados afirmaram que procuram às vezes, 25% que nunca procuram e 9% que procuram sempre. Os principais motivos apontados para essa procura foram os exames de rotina (17,01% das respostas), dor (12,93%), as doenças da pele e do tecido subcutâneo (8,16%) e as doenças respiratórias (8,16%) (Tabela 4).

Buscaremos agora considerar o conjunto dos resultados apresentados segundo dois agrupamentos que nos parecem pertinentes. O primeiro inclui

referências à saúde, a sua manutenção e a sua prevenção. O segundo procura articular doença, reparação e supressão do sofrimento.

No primeiro caso, a centralidade dos elementos bem-estar e qualidade de vida na representação social de saúde é sustentada por uma primeira periferia que conjuga elementos de prevenção e manutenção. Tais elementos, que por sua vez particularizam um conjunto recorrente de práticas saudáveis, são os responsáveis por consolidar em ações as concepções presentes no núcleo da representação. Nas bordas dessa representação, encontramos aqueles elementos mais contextuais, que, no caso de Saúde, são justamente os que se referem à reparação. Podemos considerar que o conjunto de elementos da representação social de saúde confirma a percepção mais geral da mesma como um investimento calcado em práticas individuais (tal leitura pode ser apoiada parcialmente, como vimos, pelo “eu mesmo” na responsabilidade pelos cuidados com a própria saúde e pela procura por prevenção e manutenção nos consultórios médicos, por parte de um quarto dos entrevistados). Só quando falha esse investimento, encontramos a necessidade de procura por outros agentes (assistência pública, hospital, políticas públicas, remédio).

Tabela 4. Motivos da procura por atendimento médico em consultório, segundo os entrevistados

Motivo	Frequência	%
Exames de rotina	25	17,01
Dor	19	12,93
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	8,16
Doenças do Aparelho Respiratório	12	8,16
Oftalmologista	10	6,80
Doenças Osteomusculares	5	3,40
Febre, febre persistente	5	3,40
Alergista	4	2,72
Quando passa mal	4	2,72
Algo grave	3	2,04
Clínico geral	3	2,04
Lesões de causas externas	3	2,04
Quando cisma, suspeita	3	2,04
Quando não tem outro jeito-não estou aguentando	3	2,04
Tonturas	3	2,04
Doenças do Aparelho Circulatório	2	1,36
Doenças do Aparelho Digestivo	2	1,36
Exame de sangue	2	1,36
Exames específicos	2	1,36
Otorringolaringologista	2	1,36
Psiquiatra	2	1,36
Outras especialidades-especialistas	7	4,76
Outras doenças	6	4,08
Outros sintomas	5	3,40
Outras respostas genéricas	3	2,04
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100,00</b>

Quanto à articulação entre doença, reparação e supressão do sofrimento, percebe-se que a representação social de doença possui, em seu núcleo, elementos que são sustentados diretamente por suas consequências. Assim, dor, hospital, morte, remédio e tristeza concretizam a pouco específica “coisa ruim” e particularizam o tipo de sofrimento indicado, no caso, predominantemente físico. A periferia mais distante demonstra as consequências desses elementos no cotidiano dos sujeitos. Ao contrário da representação social de saúde, que contempla em sua periferia mais distante elementos de reparação, a periferia mais distante da representação social de doença não apresenta elementos de prevenção ou de manutenção da saúde. Ao observarmos os motivos que levam os homens entrevistados a procurar por serviços de saúde, encontramos um elenco bastante variado de patologias e condições específicas que demonstram que esses lugares são, sobretudo, lugares de reparação e supressão de sofrimento.

### Considerações finais

Gostaríamos de, ao apresentarmos nossas considerações finais, destacar alguns pontos que nos parecem particularmente significativos nos resultados acima descritos e discutidos, bem como indicar possíveis proposições a partir desses resultados. Primeiro, a diferenciação entre saúde e doença, como concepções e consequentes práticas cotidianas, não é, segundo vimos, uma questão de simples oposição. Nesse sentido, os diferentes elementos compartilhados para se pensar e agir em relação à saúde e à doença talvez exijam, nas ações de intervenção dirigidas à saúde dos homens jovens da classe média, a proposição de estratégias específicas conforme a intenção de promover a manutenção da saúde ou de motivar a busca de auxílio para o enfrentamento de patologias.

Segundo, a percepção da saúde dos homens como problema privado. Os resultados encontrados nessa investigação apontam a caracterização dos cuidados com a saúde dos homens, principalmente nos aspectos preventivos, como de responsabilidade dos indivíduos. Tal caracterização, somada/relacionada à tímida presença dos temas relativos ao atendimento público de saúde na fala dos entrevistados, pode, de forma preocupante, reiterar a percepção de que as

ações de reparação da saúde também devam ser individuais. Assim, considerando-se o conjunto de características do chamado padrão de masculinidade hegemônica, pode-se, inclusive, suspeitar que o investimento atual na prevenção e na reparação como práticas individuais acaba por corroborar esse mesmo padrão, pois reitera a associação tradicional entre masculinidade e independência no campo dos cuidados com a própria saúde, legitimando socialmente uma referência que, no conjunto, tem sido danosa para os próprios homens.

Por fim, admitimos que a investigação aqui apresentada é, num certo sentido, exploratória, pois indica a necessidade de estudos mais específicos sobre, por exemplo, práticas efetivas de saúde relatadas por alguns jovens entrevistados. Entretanto, ela pode ter tido o mérito de ter identificado, da maneira mais pontual, um conjunto de itens que se articulam para dar sentido à relação entre masculinidades e saúde para o grupo estudado. A identificação desses itens nos parece fundamental tanto para a compreensão dessa relação quanto para a consequente proposição de ações efetivas de saúde dirigidas a esse grupo.

## Referências

- Abric, J-C. (2001). Las Representaciones Sociales: aspectos teóricos. Em J-C. Abric (Org.). *Prácticas Sociales y Representaciones*. (pp. 11-34). México: Ediciones Ccyacán.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. Em M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (pp. 189-217). Petrópolis: Vozes.
- Bonomo, M., Barbosa, P. V e Trindade & Z. A. (2008). Homens: gênero e identidade em grupos tradicionais, metrosssexuais e homossexuais no Brasil. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 6(17), 1-22.
- Brasil – Ministério da Saúde. (2009a). *Diagnóstico completo da saúde do homem*. Obtido em 25 de outubro de 2009 do World Wide Web: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33353&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353&janela=1).
- Brasil – Ministério da Saúde. (2009b). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem/ Plano de Ação Nacional (2009-2011)*. Obtido em 25 de outubro de 2009 do World Wide Web: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_saude\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_saude_homem.pdf).
- Connel, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. Em T. Valdes & J. Olavarria (Orgs.). *Masculinad/es: poder y crisis*. (pp. 31-48). Santiago: ISIS-FLACSO.
- Costa, R. G. (2003). Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 10(1), 79-92.
- Courtenay, W. H. (2000). Engendering health: a social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1(1), 4-15.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das Representações Sociais. Em D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais*. (pp. 173-186). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Franco, M. L. P. B. (2003). *Análise do conteúdo*. Brasília: Plano.
- Fry, P. (1982). *Para inglês ver. identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gomes, R. & Nascimento, E. F. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 901-911.
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M. & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 50-60.
- Herrera, G. & Rodríguez, L. (2001). Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. Em X. Andrade & G. Herrera (Eds.). *Masculinidades en Ecuador*. (pp. 157-178). Quito: FLACSO.
- Herzlich, C. (2004). Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 383-394.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. (Lucy Magalhães, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (2007). *Os contextos do saber: representações, comunidades e cultura*. (Pedrinho Guareschi, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Kalckmann, S., Batista, L. E. & Souza, L. C. C. F. (2005). Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. Em R. C. F. Adorno, A. T. Alvarenga & M. P. C. Vasconcelos (Orgs.). *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. (pp. 199-218). São Paulo: EDUSP/FAPESP.

- Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Em E. Tunón (Ed.). *Género y salud en el Sureste de México*. (pp. 199-219). Villahermosa: ECOSUR y UJA.
- Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. Em C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos & S. Vallenás (Orgs.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. (pp. 137-152). Lima: Ed. Universidad Peruana Cayetano Herida.
- Kimmel, M. S. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio em la identidad masculina. Em I. Valdes & J. Olavarria (Orgs.). *Masculinidades: poder y crisis*. (pp. 49-62). Santiago: ISIS-FLACSO.
- Kimmel, M. S. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, 4(9), 103-117.
- Korin, D. (2001). Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*, 2(2), 67-79.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M. & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.
- Leal, O. F. & Boff, A. M. (1996). Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. Em R. Parker & R. M. Barbosa (Orgs.). *Sexualidades Brasileiras*. (pp. 119-135). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R. & Striegel-Moore, R. H. (1987). The embodiment of masculinity: cultural, psychological, and behavioral dimensions. Em M. S. Kimmel (Org.). *Changing men*. (pp. 37-52). Londres: Sage.
- Nascimento, E. F. & Gomes, R. (2008). Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1556-1564.
- Robertson, J. M. & Fitzgerald, L. F. (1992). Overcoming the masculine mystique. Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 240-246.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Sabo, D. (2000). *Compreender la salud de los hombres*. Washington: Ed. OPS/ Harvard Center for Population and Development Studies.
- Sabo, D. (2005). The study of masculinities and men's health: an overview. Em M. S. Kimmel, J. Hearn & R. W. Connell (Eds.). *Handbook of Studies on Men & Masculinities*. (pp. 326-352). Thousand Oaks: Sage.
- Sabo, D. & Gordon, D. F. (1995). Rethinking men's health and illness. Em D. Sabo & D. F. Gordon (Eds.). *Men's health and illness: gender, power and the body*. (pp. 1-21). Thousand Oaks: Ed. Sage.
- Salem, T. (2004). "Homem... já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. Em M. L. Heilborn (Org.). *Família e sexualidade*. (pp. 15-61). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Silva, C. G. M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 40-49.
- Trindade, Z. A. & Nascimento, A. R. A. (2004). O homossexual e a homofobia na construção da masculinidade hegemônica. Em L. Souza & Z. A. Trindade (Orgs.). *Violência e exclusão: convivendo com paradoxos*. (pp. 146-162). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WHO – World Health Organization. (2000a). *Boys in the Picture*. Genebra: World Health Organization. Obtido em 25 de outubro de 2009 do World Wide Web:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.8.pdf).
- WHO – World Health Organization. (2000b). *Qué ocurre con los muchachos?: Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*. Genebra: World Health Organization. Obtido em 25 de outubro de 2009 do World Wide Web:  
[http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADO\\_L/saludchicosesp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADO_L/saludchicosesp.pdf).

Recebido em 27/01/2010  
 Reformulado em 10/10/2010  
 Aprovado em 16/02/2011

Sobre os autores:

**Adriano Roberto Afonso do Nascimento** é doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2004) e docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Zeidi Araújo Trindade** é Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1991). Docente do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

**Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento** é doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2006) e docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>1</sup>EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations*): considerando os critérios de frequência (FR) e de ordem média de evocação (OME), esse *software* permite a identificação dos principais componentes de dada representação, possibilitando também a descrição de sua organização. Os quadros produzidos pelo *software* EVOC propõem a organização dos elementos evocados em 4 quadrantes: a) o primeiro quadrante agrupa os elementos do núcleo, ou seja, aqueles que possuem maior frequência e ordem de evocação. Nesse quadrante, encontram-se os elementos mais estáveis da representação, entendidos como articuladores do conjunto de elementos evocados; b) o segundo quadrante representa a periferia mais próxima da representação e é caracterizado pela alta frequência dos seus elementos. Nele, encontramos aqueles elementos que tanto podem estar se aproximando da condição de nucleares quanto se afastando dessa condição já a tendo ocupado; c) o terceiro quadrante, que agrupa elementos com baixa OME, pode representar a segunda periferia da representação ou ser indicativo da existência de um subgrupo de entrevistados que possui uma representação social diferente sobre o objeto em questão; d) por fim, o quarto quadrante apresenta os elementos mais contextuais da representação, possuindo, portanto, um caráter mais transitório e mais adaptativo ao contexto imediato de utilização da representação pelos sujeitos.