

Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina

Brigido Vizeu Camargo

Universidade Federal de Santa Catarina – SC, Brasil

Pedro Humberto Farias Campos

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – GO, Brasil

Tatiana de Lucena Torres

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN, Brasil

Giovana Delvan Stuhler

Universidade Federal de Santa Catarina – SC, Brasil

Maria Eliane Liégio Matão

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – GO, Brasil

Resumo

O objetivo do presente estudo foi caracterizar os comportamentos de risco e de prevenção, conhecimentos e crenças relacionadas à saúde e ao cuidado, considerando aspectos de vulnerabilidade masculina, para homens de diferentes grupos etários nas cidades de Florianópolis/SC e Goiânia/GO. Trata-se de um estudo multicêntrico de natureza exploratória, descritiva e comparativa, do tipo de levantamento de dados. Utilizou-se questionário semiestruturado e autoadministrado em situação coletiva. As respostas foram analisadas através de estatística descritiva e relacional, as questões abertas e de evocação livre foram analisadas por meio de classificação hierárquica descendente, análise de correspondência e análise lexicográfica, respectivamente. Os resultados indicam que, para os homens, é importante manter hábitos saudáveis (cuidados com alimentação e atividade física), porém, a prática não acompanha o posicionamento dos mesmos, e, em Goiânia, esta dissonância é mais evidente. Para os participantes, sobretudo adolescentes, a juventude se apresenta como proteção, de forma que este homem não necessita de cuidados e se sente onipotente. Entre as cidades de Goiânia e Florianópolis, houve mais aproximações do que distanciamentos nos resultados, mas, entre os grupos etários as diferenças são substanciais. Conclui-se que ações de promoção em saúde masculina devem considerar a rede social do homem, em especial a família.

Palavras-chave: Saúde, Homem, Representações sociais, Vulnerabilidade.

Social representation of health and care: a multicenter study of male vulnerability

Abstract

The aim of this study was to characterize risks and preventions behaviors, knowledge and beliefs about health and care, considering aspects of male vulnerability, for men of different ages groups in Florianópolis/SC and Goiânia/GO. This study is multicenter exploratory, descriptive and comparative, of the data collection type. Questionnaires semi-structured was used and self-administrated in

Endereço para correspondência: Brigido Vizeu Camargo. Av. Salvador Di Bernardi, 505, ap. 1.102. São José/SC. Brasil. CEP 88101-260. Emails: brigido.camargo@yahoo.com.br / tltorres@cchla.ufrn.br. Telefone: +55 48 37219067.

Projeto financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (SCTIE-DECIT).

collective situation. The answers were analyzed into descriptive and relational statistics, the open questions and free recall were analyzed using descending hierarchical classification, correspondence and lexical analysis, respectively. The results show that for men it is important to maintain healthy habits (to take care of the diet and physical activity), nevertheless the practice does not keep the same position, and in Goiânia, this dissonance is most obvious. For the participants, especially adolescents, youth is presented as a protection, so that this man does not need to take care of himself and may feel omnipotent. Between the cities of Goiânia and Florianópolis, there were more approximations than distances onto the results, but among the age groups the differences were substantial. It can be concluded that the male health promotion actions must consider the male social networks, especially the family.

Keywords: Health, Man, Social representation, Vulnerability.

Introdução

Os homens, durante muitos anos, não foram considerados como prioridade nas políticas públicas em saúde, pelo menos, ao deixar de ser criança ou quando ainda não fosse idoso. Atualmente, muitas discussões estão ocorrendo sobre a necessidade de priorizar a saúde masculina como uma meta para as políticas públicas, fato que corroborou para o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009). A expectativa é de que a partir da mudança no enfoque dessas políticas, também ocorra uma modificação na forma como os homens lidam com a própria saúde, diminuindo as diferenças apresentadas em praticamente todos os indicadores epidemiológicos nacionais que comparam mortalidade e morbidade entre homens e mulheres (Laurenti, Mello Jorge, & Gotlieb, 2005). Além disso, há uma mudança demográfica acontecendo no Brasil apontando para um aumento do envelhecimento populacional decorrente da queda da fertilidade, da redução das taxas de mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida.

Estudar grupos e sua vulnerabilidade tem se mostrado um meio importante de aprofundar questões que caracterizem as necessidades, o risco e a prevenção, de modo que, programaticamente, essas pessoas tenham um atendimento mais efetivo e os serviços de saúde sejam mais eficientes. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi compreender os fatores concernentes ao comportamento de risco e de prevenção, conhecimentos e crenças relacionadas à saúde e ao cuidado, de forma a caracterizar aspectos de vulnerabilidade masculina, considerando homens de diferentes grupos etários das cidades de Florianópolis/SC e Goiânia/GO.

Saúde do homem, grupos etários e vulnerabilidade

O conceito de saúde como um bem-estar biopsicossocial proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é amplamente utilizado, no entanto, de acordo com Scliar (2007), a saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas, nestes significados interferem a época, o local, os valores individuais e questões sociais, políticas e culturais. De forma complementar, Badziak e Moura (2010) consideram que as definições de saúde “variam em diferentes sociedades, bem como no interior de uma mesma sociedade”, e argumentam que “é indispensável compreender o que a saúde significa e representa dentro de uma sociedade antes de elaborar uma política que vise alcançá-la” (p.70).

Caponi (2003) discute que na tentativa de superar a dicotomia saúde-doença, em que o conceito de uma seria o oposto da outra, houve uma reflexão acerca da saúde, que a referida autora intitula de reflexão filosófica. Ayres (2007) considera que é preciso superar o modelo médico, e por isso afirma que o fenômeno saúde, diferente da doença, é muito mais complexo e difícil de se identificar. Mais do que uma caracterização objetiva, a saúde perpassa o contexto social, cultural e histórico, localizado num determinado espaço e no tempo.

Muitos estudos evidenciam que os comportamentos de risco, tais como a ingestão de bebida alcoólica e tabagismo, são mais disseminados entre homens (Bastos, Bertoni, & Hacker, 2008; Courtenay, 2000). E que, em oposição, as práticas saudáveis estão mais presentes entre as mulheres (Mendoza-Sassi, Béria, Fiori, & Bortolotto, 2006), o que reflete a taxa de mortalidade menor neste grupo, embora apresente maiores índices de

morbidade e taxas de utilização dos serviços de saúde. Uma possível explicação para estas diferenças está no fato de que homens e mulheres conceituam e expressam o fenômeno da saúde de maneira distinta, o que pode ser resultado das experiências pessoais e da variabilidade social que os permeia e que são herdeiros (Pires & Mussi, 2008). Estudos recentes indicam que a perspectiva de uma saúde “medicalizada” persiste quando os cuidados se referem à saúde do homem (Schraiber et al., 2010) e indicam que o homem assume certa invisibilidade nas políticas públicas, especialmente em sua participação efetiva na busca pelo atendimento e cuidado de si e de outros (Couto et al., 2010).

Alguns estudos explanam que comumente o tabagismo e o uso de bebidas alcoólicas iniciam-se na adolescência e acompanham a pessoa durante o seu desenvolvimento, como um comportamento de risco que limita os cuidados em saúde (Oliveira, Soibermann, & Rigoni, 2007; Falcão & Costa, 2008; Pires & Mussi, 2008).

Segundo Ayres, França-Junior, Calazans e Saleti-Filho (1999), a vulnerabilidade é constituída considerando o indivíduo-coletivo e, portanto, envolve componentes individuais, sociais e programáticos. O componente individual relaciona-se com os valores pessoais e recursos preventivos, considerando o acesso à saúde e amparo social, conforme condições de ordem cognitiva e comportamental. O componente social interliga os planos individuais aos sociais e consideram o acesso à informação ou o desenvolvimento social, por exemplo. O componente programático envolve o comprometimento, utilização de recursos, gestão e monitoramento dos programas.

A informação e o conhecimento são aspectos relevantes no estudo sobre a vulnerabilidade masculina em saúde, sendo, portanto, imprescindível compreender aspectos como: representações sociais da saúde, normas subjetivas sobre cuidado, além dos comportamentos de risco e de prevenção apresentados pelos homens.

Representações sociais e crenças normativas em saúde

O conceito de representação social (RS) apresentado por Moscovici (1978, 1981) indica que as representações reapresentam um objeto, uma qualidade, um ser, atualizando o

significado destes. As representações são estruturadas pela mediação entre sujeito e objeto, a partir da ação discursiva, a qual se manifesta por meio da linguagem “encarnada” nas práticas do cotidiano. Segundo Jodelet (2009), as representações sociais não são criadas por indivíduos isolados, mas sim compartilhadas por grupos e reafirmadas pela tradição destes grupos, onde o pensamento construído é gerido no “jogo das emoções, dos afetos, dos sentimentos, dos desejos, do imaginário, e dos fatores identitários” (p. 78) constituindo assim, a subjetividade individual e coletiva.

De acordo com a abordagem estrutural, os conteúdos de uma representação social se estruturam em elementos hierarquizados em um núcleo central e em torno deste se organizam elementos periféricos (Abric, 2003). O núcleo central é coerente e denota a homogeneidade de grupos que partilham as mesmas representações, enquanto no sistema periférico, seus elementos se organizam mais distantes do núcleo central, sendo mais concretos, acessíveis, vivos e flexíveis (Abric, 2003; Campos & Rouquette, 2003).

Entre os homens, alguns comportamentos e crenças relacionados à saúde incluem a negação da fraqueza e vulnerabilidade, a aparência de ser forte e robusto, o controle físico e emocional, a negação da necessidade de ajuda e a demonstração de comportamentos agressivos. Demonstrem domínio e hegemonia, como também reforçam o apego às crenças culturais de que os homens são mais poderosos e menos vulneráveis que as mulheres, que a estrutura dos corpos masculinos é mais eficiente e exige menos cuidados e, desta forma, é superior ao corpo feminino. Deste modo, o homem renuncia aos cuidados com sua saúde e passa a acreditar que estes não são necessários, para, assim, rejeitar o que é típico de mulher (Courtenay, 2000; Schraiber et al., 2010; Couto et al., 2010).

Método

O delineamento da presente pesquisa caracteriza-se por ser um estudo multicêntrico de natureza exploratória, descritiva e comparativa; do tipo de levantamento de dados. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado e autoadministrado em situação coletiva. As questões dividiram-se entre: (1) perguntas

sobre as características sociodemográficas dos participantes; (2) teste de evocação livre com a palavra “saúde” como termo indutor; (3) questões de múltipla escolha e dissertativas sobre saúde, cuidado em saúde, prevenção, vulnerabilidade e risco.

O presente estudo seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96), sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Goiás sob o n°. 0510.

Depois da elaboração do questionário, fases de pré-teste e do contato com as instituições, os participantes responderam ao questionário logo após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em ambos os municípios (Goiânia e Florianópolis), a coleta de dados ocorreu em instituições de educação, públicas e privadas. Responderam ao questionário homens de diferentes faixas etárias, obedecendo a critérios para cada grupo geracional. No grupo 1 (adolescentes), estudantes do ensino médio; no grupo 2 (adultos), estudantes, funcionários e professores; e no grupo 3 (idosos a partir de 60 anos), frequentadores de núcleos de estudos, universidades ou de grupos de terceira idade. A aplicação, para a maior parte dos participantes, ocorreu em situação coletiva e autoadministrada. Sobretudo para os idosos, a aplicação ocorreu em pequenos grupos, e ocasionalmente de forma individual, com auxílio dos aplicadores.

Para análise dos dados, foram considerados o grupo etário e cidade, como principais variáveis de comparação. Os dados coletados por meio de questões de múltipla escolha foram analisados por estatística descritiva e relacional, empregando-se o *software* SPSS 17.0. As respostas às questões abertas foram analisadas por meio da classificação hierárquica descendente, empregando o *software* ALCESTE e análise de correspondência binária através do *software* SPAD 7.0. Quanto à análise do teste de evocação livre, realizou-se uma análise lexicográfica considerando a frequência e a ordem média de evocação das palavras, através do *software* EVOCATION 2000 e Similitude (Vergès, Scano, & Junique, 2002).

Resultados

Participaram deste estudo 639 homens que se dividiram de forma pareada considerando a

cidade (Florianópolis e Goiânia) e o grupo etário (adolescente, adulto e idoso). A média de idade dos adolescentes foi de 16 anos e 8 meses, de 38 anos e 3 meses entre os adultos, e, entre os idosos de 67 anos e 9 meses. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as cidades [$t(637)=0,52$; $p>0,05$].

No que se refere à escolaridade, verificou-se que, 89,8% dos adolescentes tinham o ensino fundamental completo, 7,4% destes apresentavam o ensino médio completo, e, 2,8% cursavam o ensino superior. Entre os adultos, 17,2% tinham o ensino fundamental completo, 30,6% tinham o ensino médio completo, e, 52,2% apresentavam o ensino superior também completo. No grupo etário de idosos, 31,6% tinham ensino fundamental completo, 29,2% ensino médio, e, 39,2% ensino superior.

A situação socioeconômica dos participantes, indicada pela renda familiar dos mesmos, é equivalente entre as cidades, considerando os dois primeiros grupos etários (adolescentes e adultos). Entre os adolescentes [$\chi^2(3)=0,91$; $p>0,05$] e os adultos [$\chi^2(3)=6,61$; $p>0,05$] não houve associação significativa entre estas duas variáveis. No entanto, entre os idosos, observaram-se diferenças relevantes, a proporção daqueles que apresentam renda familiar de oito salários mínimos ou mais é bem maior em Florianópolis (76,6%) do que em Goiânia (50%). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre cidade de residência e renda familiar neste grupo etário, e esta associação apresentou uma força regular [$\chi^2(3)=21,02$; $V=0,31$; $p<0,001$].

Considerando-se o grupo etário, a cidade e com quem reside, a maior parte dos adolescentes das duas cidades (Florianópolis e Goiânia) mora com os pais (respectivamente 95,1% e 82,3%). Quanto aos adultos e idosos, também em relação às duas cidades, a maior parte mora com o cônjuge (respectivamente 63,9% e 69,1%). Entre os adultos, quase 40% dos participantes de Florianópolis moram também com os filhos, e este mesmo fato ocorre com metade dos participantes de Goiânia. Entre os idosos, além de morarem com o cônjuge, mais da metade dos participantes de Goiânia moram com os filhos (51,9%), fato proporcionalmente mais restrito na cidade de Florianópolis (32,4%). Em Goiânia, a proporção de idosos que moram sozinhos, com outros familiares mais distantes ou com outras pessoas não familiares é bem

menor do que em Florianópolis (respectivamente 14,8% e 23,6%).

Considerando o tipo de serviço de saúde utilizado pelos participantes dos diferentes grupos etários, em Florianópolis os adultos utilizam mais os serviços de saúde pública (53,2%) do que o serviço particular (46,8%). No entanto, adolescentes e idosos de ambas as cidades utilizam mais planos de saúde do que o SUS. Houve uma fraca associação entre grupo etário e serviço de saúde utilizado para os participantes de Florianópolis [$\chi^2(2)= 10,41$; $V=0,18$; $p<0,05$], indicando que, nesta cidade, a utilização do serviço de saúde público pelos adultos se destacou dentre os demais grupos.

Nos três grupos etários, a alimentação saudável e fazer exercícios regulares foram considerados pela maioria dos participantes como cuidados de saúde. Embora os adolescentes relatem que fazer exercícios regulares é importante para se cuidar da saúde (81,6% em Florianópolis e 64,9% em Goiânia), quando questionados sobre o quanto os mesmos efetivamente praticam exercícios, proporções menores afirmaram que realizam este tipo de atividade regularmente (69,9% em Florianópolis e 54% de Goiânia). Entre os adultos, não há diferença na realização de atividade física, tanto em Florianópolis, quanto em Goiânia, aproximadamente 1/3 dos participantes declara fazer atividade regularmente (35,8% e 37%, respectivamente). Houve uma associação com força regular entre a prática de atividade física e o grupo etário, tanto em Florianópolis [$\chi^2(4)= 30,14$; $V=0,21$; $p<0,001$], quanto em Goiânia [$\chi^2(4)= 13,51$; $V=0,20$; $p<0,01$], isto porque em ambas as cidades os idosos se destacam nesta prática.

Observa-se ainda, entre todos os grupos etários, a compreensão de que ir ao médico quando se está doente consiste num importante cuidado de saúde. E ainda entre os adultos e idosos, a realização de *check-up* médico de forma periódica foi considerado também um cuidado com a saúde para a maior parte dos participantes destes grupos, e à medida que estes homens envelhecem, torna-se mais comum a realização de tais exames periódicos.

Em relação à fonte de informação sobre cuidados com a saúde, para adolescentes e adultos de ambos os locais, a família possui papel fundamental na comunicação de tais cuidados, fato que não ocorre com os idosos de Florianópolis, uma vez que estes declararam

receber informações principalmente dos profissionais de saúde. Ou seja, o papel da família é atenuado na medida em que a pessoa envelhece, e simultaneamente o papel do profissional de saúde é destacado enquanto fonte de informação sobre cuidados com a saúde.

Quando os participantes consideraram as crenças normativas sobre o cuidado em saúde, verificou-se que, para os mesmos, sua família percebe como importante: (a) cuidado com alimentação e realização de atividade física; (b) realização de avaliação médica anualmente; e, (c) tomar remédios quando estiver doente. A grande maioria dos três grupos etários e das duas cidades afirmou que o cuidado da saúde pelos homens significa, em primeiro lugar, que os mesmos se preocupam consigo.

Além disso, novamente fica evidente o papel da família como transversal ao autocuidado masculino em saúde, pois, além do tempo disponível para as ações de prevenção, principalmente o estímulo e incentivo da família promovem o comportamento preventivo masculino.

As crenças normativas sobre a consulta médica regular originaram o conteúdo textual submetido à análise fatorial de correspondência binária (AFC) pelo SPAD 7.0, considerando como variáveis ativas: cidade, grupo etário, tipo de serviço de saúde utilizado, percepção sobre crenças familiares de cuidados masculinos em saúde, frequência à consulta de saúde, prática de exercícios físicos e cuidados de saúde. As variáveis apresentaram as seguintes modalidades: (a) cidade (Florianópolis e Goiânia); (b) grupo etário (adolescente, adulto e idoso), e, (c) serviços de saúde (público/SUS e privado/plano de saúde).

O Phi² total da análise foi de 0,042 e 14 fatores foram extraídos, sendo que os cinco primeiros fatores explicam aproximadamente 70% da porção de inércia. O primeiro fator foi o mais representativo na AFC, pois explica sozinho 31,74% da variância, com autovalor de 0,013. O segundo fator explica 13,56% da proporção de inércia, com autovalor de 0,005.

A Figura 1 mostra a representação gráfica dos dois primeiros fatores no plano cartesiano. O primeiro fator apresenta as dimensões: com importância X sem importância e o segundo fator apresenta as dimensões: dispensável X normal. As palavras que contribuíram para o fator 1 estão sublinhadas, as palavras em itálico contribuíram para o fator 2, as palavras

sublinhadas e em itálico contribuíram para os dois fatores; e as palavras com fonte maior são as modalidades de variáveis.

No fator 1, observa-se uma oposição dos adolescentes em relação aos adultos e aos idosos, além da contraposição de fazer e não fazer *check-up*, considerando-se as cidades e o serviço de saúde. No referido fator, a primeira dimensão se refere à perspectiva de que a maioria das pessoas deve ir ao médico periodicamente, de outro lado, na segunda dimensão ir ao médico quando não se está doente é uma loucura e o normal é procurar um médico quando realmente precisar, descaracterizando a importância das consultas preventivas. Porém, para os usuários do serviço particular, ir ao médico é normal, mas é necessário ter dinheiro para pagar esse serviço de forma periódica e preventiva. Para esses participantes o certo é fazer exames periódicos para prevenir às doenças.

Pode-se observar, na Figura 1, que no lado esquerdo superior, os elementos que retratam as

condutas preventivas localizam-se próximos no plano fatorial (prevenir, certo, fazer, necessário, viver), assim como ficam próximos ainda das modalidades referentes à cidade (Goiânia) e serviço de saúde utilizado (plano de saúde/particular). Ainda na parte superior, aparecem os elementos: “dinheiro, exames, pessoal, perder, preocupação”, indicando como essa perspectiva mais favorável aos cuidados de saúde envolvem as pessoas que podem pagar por um plano de saúde.

Na parte inferior direita, se destacam os participantes de Florianópolis que acreditam que os homens que frequentam consultas médicas sem estarem doentes são pessoas estimuladas pela família e que têm hábitos saudáveis, mas não fazem *check-up* de forma periódica e utilizam de forma prevalente o SUS. Ainda no plano inferior, alguns elementos (problema e besteira) indicam que este serviço é procurado apenas quando existe um problema de saúde.

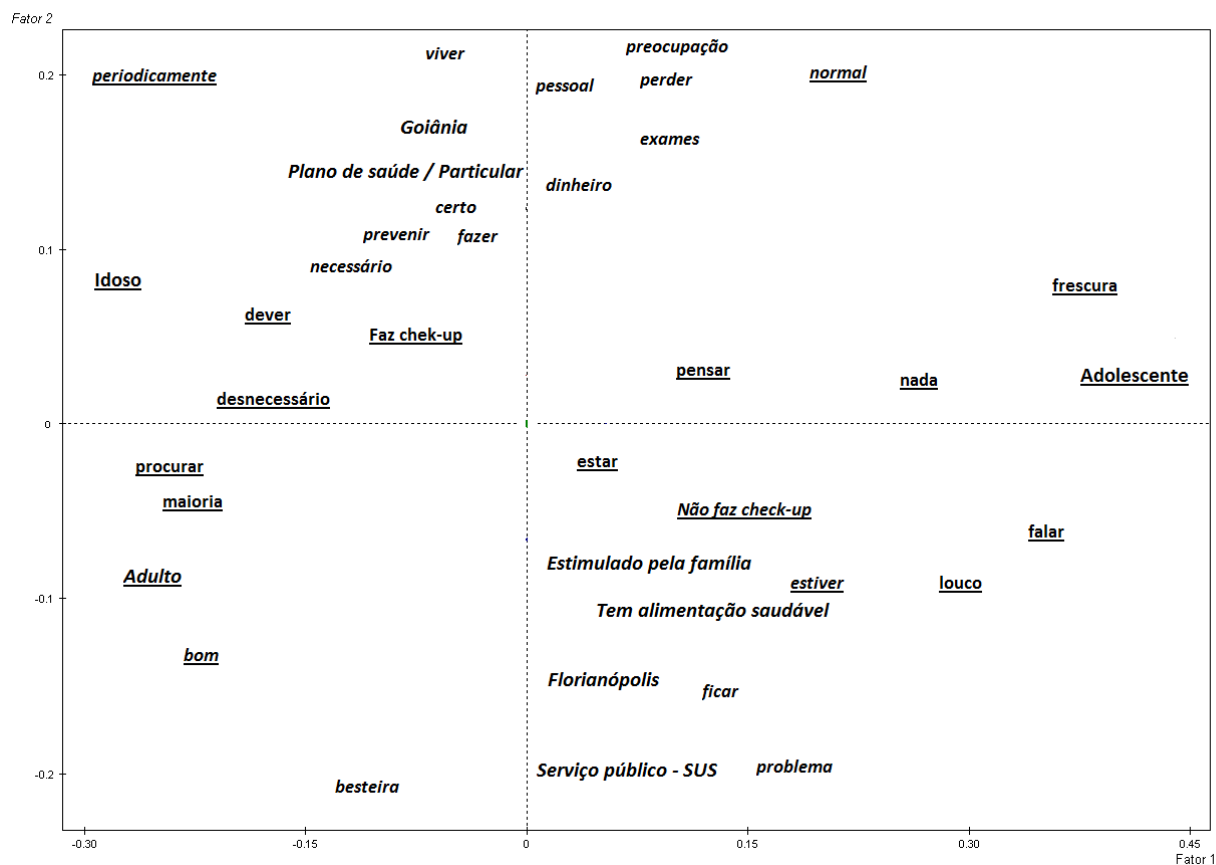


Figura 1 - Representação gráfica do plano fatorial 1x2 da análise de correspondência (palavras X elementos).

Os adolescentes parecem não possuir nenhuma crença constituída sobre o assunto, quando afirmam que não pensam nada, mas também falam que é uma “frescura” ou que se trata de uma loucura. Os adultos apresentam uma posição mais favorável, representada no gráfico pelos elementos: “procurar, maioria, bom”, mas também aparece o elemento “desnecessário”. O idoso faz *check-up* de forma periódica e acredita que procurar o serviço de saúde sem estar doente é necessário e até um dever.

Família e cuidados com a saúde

Um *corpus* constituído a partir das respostas sobre os ensinamentos familiares nos cuidados em saúde foi submetido à análise de classificação hierárquica descendente (CHD), por meio do *software* Alceste.

A análise encontrou 6.379 ocorrências de palavras sendo 1.094 formas distintas, a frequência média foi de seis palavras para cada forma, as palavras consideradas na análise foram aquelas com 12 ou mais ocorrências. Este *corpus* foi dividido em 629 unidades de contexto elementares (UCE) e destes 536, ou seja, 85,21% do total de UCE foram considerados na classificação hierárquica descendente (CHDs). Através da Figura 3, pode-se visualizar o dendograma com as classes obtidas.

De acordo com os conteúdos das classes, verifica-se que os ensinamentos da família em relação aos cuidados sobre saúde envolvem primeiramente os cuidados básicos de higiene corporal (Classe 3), os comportamentos de risco que devem ser evitados, (bebida alcoólica, tabaco ou drogas) (Classe 6), que se contrapõe aos cuidados efetivos sobre saúde (prevenção e atendimentos médicos) (Classe 4), as práticas saudáveis, como alimentação adequada e atividade física regular (Classes 5 e 1), além dos cuidados com a higiene dos alimentos (Classe 2).

A classe 6 (Comportamentos de risco) representa 20,15% dos segmentos de texto do *corpus* analisado e envolve os comportamentos de risco que devem ser evitados como um dos ensinamentos mais consistentes realizados pela família.

A classe 4 (Consulta médica quando necessária) foi característica de adolescentes, de participantes que tinham situação socioeconômica relativa à renda familiar de quatro a oito salários mínimos, e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Procurar o médico quando necessário foi caracterizado pelos participantes como um dos ensinamentos abordados pela família, para os mesmos é preciso procurar o médico como uma forma de prevenção, além de tomar remédios quando necessário, no entanto, a procura pelo serviço médico ainda está ligada às doenças e a presença de sintomas.

A classe 5 (práticas saudáveis) apresentou a contribuição dos adultos de forma predominante. Esta classe evidenciou os comportamentos preventivos associados à saúde como cuidados repassados pela família. Para se ter uma vida saudável, considerou-se que é preciso manter uma alimentação adequada e fazer exercícios.

De certa forma, a classe 1 (Cuidados com alimentação e atividade física) complementa a classe 5 (práticas saudáveis), pois ambas retratam o que fazer para se ter saúde. No entanto, na classe 1 o corpo passa a ser o centro dos cuidados. Um corpo saudável é reflexo da atividade física e da prática de esportes, aqui fica claro, que para os participantes a atividade física seria promotora muito mais de saúde do que da estética ou do embelezamento do corpo. O conteúdo da classe indica que os participantes entendem a prática de atividade física como um ensinamento repassado pela família, principalmente o incentivo para realizações de práticas esportivas. Os adolescentes e as pessoas de situação socioeconômica referente à classe média alta estiveram mais associados a esta classe.

A classe 2 (Cuidados de higiene) de certa forma complementa a classe 3 (Higiene com o corpo), pois ambas caracterizam a higiene como ensinamento familiar. As pessoas associadas a esta classe são aquelas com condição socioeconômica mais alta. Nesta classe, os participantes retratam uma preocupação da família quanto aos cuidados com a alimentação, com a limpeza e higienização dos alimentos, uma vez que estes podem ser “transmissores” de doenças.

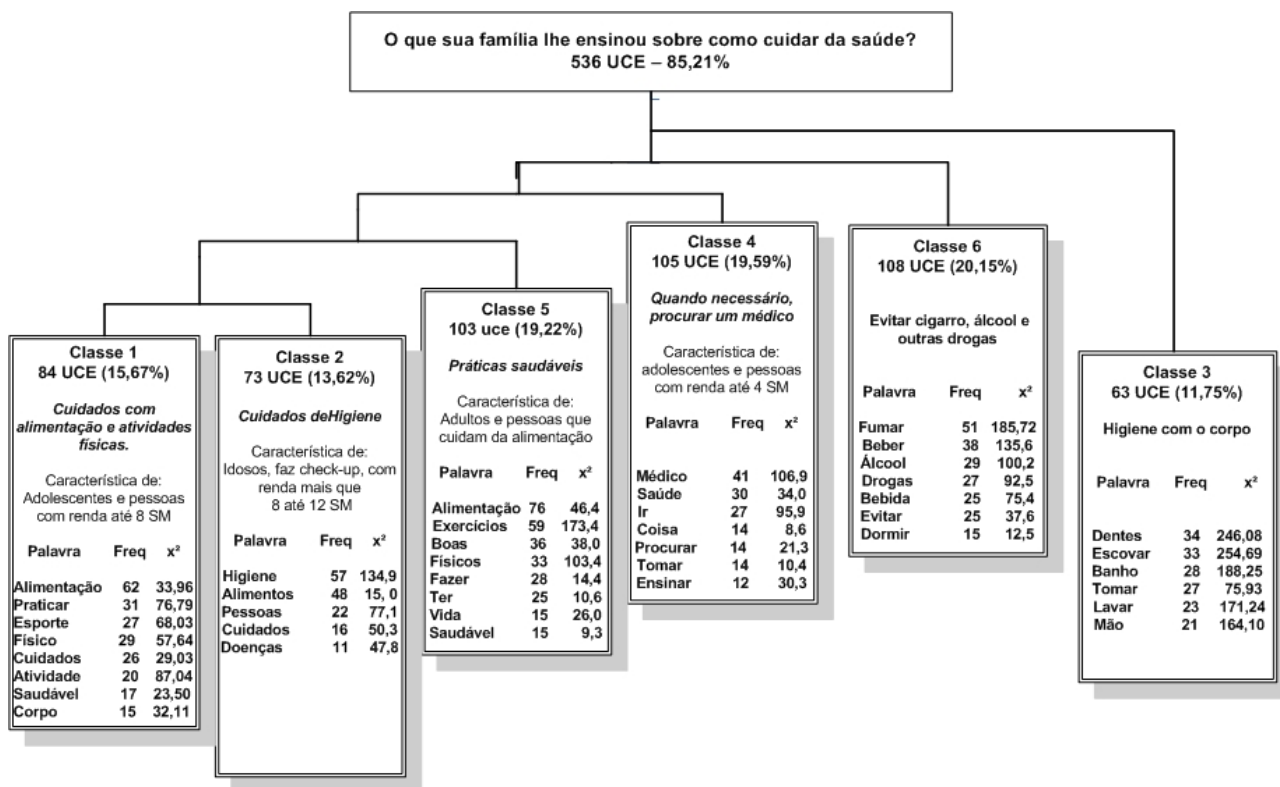


Figura 2 - Dendrograma da CHD do corpus ensinamentos familiares sobre cuidados em saúde.

Vulnerabilidade masculina e comportamentos de risco

Quando questionados sobre alguns comportamentos de risco, como a ingestão de bebida alcoólica e o uso de tabaco, os números indicam um predomínio em todos os grupos etários de um comportamento restritivo em relação ao consumo de tais substâncias.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a maior parte dos adolescentes de ambas as cidades (Florianópolis e Goiânia) afirma que não costuma ingerir bebidas alcoólicas (respectivamente 56,3% e 47,8%); no entanto, um número expressivo de adolescentes afirma beber quinzenalmente ou semanalmente (respectivamente 30% e 40%).

Pouco mais de 30% dos adultos e quase 60% dos idosos alegaram não beber; mas acompanhando os dados dos adolescentes, quase 40% dos adultos e pouco mais de 20% dos idosos bebem semanalmente. Com relação ao tabagismo, 8,8% dos participantes de Florianópolis e 11% de Goiânia se consideram fumantes, sendo válido ressaltar que este número não inclui as pessoas que pararam de fumar (8,6% dos adolescentes, 21,6% dos adultos e 69,8% dos idosos).

Ao verificar a relação do consumo de cigarros considerando o grupo etário, constatou-se que houve associação estatisticamente significativa e com força regular na cidade de Florianópolis [$\chi^2(2)=17,85$; $V=0,27$; $p<0,001$]; diferente da cidade de Goiânia [$\chi^2(2)=0,04$; $p>0,05$], onde não houve associação entre as variáveis mencionadas. Isto se deve ao fato de haver, em Florianópolis, proporcionalmente, um maior número de fumantes no grupo etário dos adultos do que entre os adolescentes e idosos; coisa que não se verifica em Goiânia.

Representações sociais da saúde

A partir da questão de evocação livre através da palavra indutora “saúde”, buscou-se caracterizar as representações sociais da saúde para os homens dos três grupos etários nas cidades pesquisadas. Primeiramente, obteve-se 1.619 evocações com 247 palavras diferentes e uma frequência média de aproximadamente sete evocações.

A tabela 1 apresenta o diagrama com os quadrantes classificados de acordo com a frequência e ordem média de evocação de palavras. Foi utilizado o dobro da frequência

mínima (4) como critério para a apresentação de um elemento na tabela, a frequência intermediária para distinguir elementos com frequência alta e baixa foi 16 e a ordem média de evocação foi de 2,9.

No quadrante superior esquerdo, que apresenta os elementos mais frequentes e mais importantes, indicando os elementos que podem fazer parte do núcleo central, destacam-

se os elementos: alimentação, bem-estar, exercício físico, hospital e vida que juntos constituem 35% das evocações. Enquanto os elementos alimentação, exercício físico, bem-estar e vida se relacionam com os comportamentos preventivos e promoção de saúde, o elemento hospital se relaciona com uma perspectiva curativa e medicalizada da saúde.

Tabela 1 - Diagrama de quadrantes segundo frequência e ordem média de evocação.

		OME < 2,9		OME ≥ 2,9		
		F	OME	Elemento	F	OME
<i>f</i> ≥ 16	Alimentação	193	2,37	Médico	89	2,91
	Bem-estar	113	2,40	Remédio	74	3,20
	Exercício físico	92	2,55	Cuidado	64	2,90
	Hospital	91	2,89	Alegria	60	3,13
	Vida	78	1,74	Lazer	45	3,73
	Doença	69	2,56	Trabalho	41	3,07
	Esporte	65	2,64	Família	34	3,20
	Felicidade	54	2,81	Paz	25	3,00
	Higiene	46	2,82	Dinheiro	21	3,71
	Disposição	40	2,67	Sexo	21	3,33
	Prevenção	39	1,94	Morte	21	3,71
	Saudável	34	2,79	Atendimento	20	2,95
	Qualidade de vida	29	2,06	Longevidade	20	3,40
	Tranquilidade	29	2,69	Exame	18	4,00
	Importante	19	2,15	SUS	16	3,25
	Plano de saúde	18	2,88	Amor	16	3,31
Descaso	18	2,61				
<i>f</i> < 16	Fila	15	2,86	Qualidade	15	3,33
	Preocupação	13	2,84	Prazer	15	3,66
	Necessário	10	2,50	Posto de saúde	14	3,21
	Tudo	10	2,30	Proteção	14	3,35
	Mau atendimento	9	2,11	Educação	13	2,92
	Vigor	9	2,33	Força	13	3,15
	Respeito	9	2,77	Segurança	12	3,08
	Tratamento	9	2,00	Dificuldade	11	3,27
	Precariedade	8	2,50	Dormir bem	11	4,00
	Fundamental	8	1,00	Satisfação	10	3,40
	Dor	8	2,50	Enfermeiro	10	3,70
				Consulta	10	2,90
				Capacidade	10	3,10
				Caminhar	10	3,60
				Atividade	10	2,90
				Cura	9	3,11
			Vergonha	9	3,22	
			Academia	8	3,12	
			Caos	8	3,25	
			Confiança	8	3,87	
			Evitar fumar	8	3,37	

O quadrante superior direito, denominado de primeira periferia, apresenta os elementos evocados que se relacionam com o aspecto curativo e com aspectos mais funcionais da saúde, como o profissional de saúde, a medicação e os exames. No entanto, em meio a estes elementos, outros elementos relacionados a uma questão mais subjetiva e individual também aparece no referido quadrante, a exemplo, do amor, paz, alegria. E ainda associada às condições socioeconômicas e ao tipo de serviço de saúde utilizado. Na periferia mais distante, aparecem elementos relacionados aos problemas no serviço de saúde. Para visualizar a organização da representação social, foi realizada uma análise de similitude. Essa análise de coocorrência permitiu a visualização da organização da representação a partir da força com que os elementos se ligaram uns aos outros. Como é possível observar na Figura 3, houve uma separação dos elementos alimentação e bem-estar.

O elemento “bem-estar” envolve um aspecto mais subjetivo da representação social da saúde e que se relaciona com a “vida, alegria e envelhecimento”. Ao passo que “tratamento” se vincula ao “médico”, que se vincula aos “hospitais” e à “doença”, constituindo uma rede que envolve o aspecto curativo relacionado ao tratamento de doenças. Por fim, aparecem juntas as palavras: “higiene, cuidado e lazer”, todas ligadas à palavra “alimentação”,

envolvendo o aspecto preventivo da saúde, como diretrizes para se ter ou manter a saúde.

O elemento alimentação articula tanto palavras que indicam o aspecto preventivo da saúde, como seu aspecto curativo. Verifica-se também que “alimentação” aparece vinculada fortemente ao “esporte”, que foi uma palavra característica dos adolescentes.

Na intenção de realizar uma comparação dos elementos da representação social da saúde considerando a cidade e grupo etário, foram realizadas análises para verificar a relação entre as variáveis de acordo com as palavras evocadas, classificando assim, as palavras características de cada grupo e aquelas relacionadas com ambos os grupos.

Quando se comparam as evocações considerando os grupos etários, verifica-se que os adolescentes se destacam. As maiores diferenças envolvem as palavras: “doença, esporte, remédio e hospital”, em relação às palavras: “qualidade de vida, trabalho, família, prevenção e cuidado” mais evocadas pelos adultos.

Os adolescentes representam a saúde no âmbito curativo, mas também relacionada com o esporte e não com a atividade física. Além disso, o “trabalho” se distancia do adolescente e se aproxima do adulto, revelando o quanto este grupo relaciona a saúde com a produtividade laboral, e quanto o poder trabalhar se relaciona à manifestação de saúde e até mesmo com a qualidade de vida.

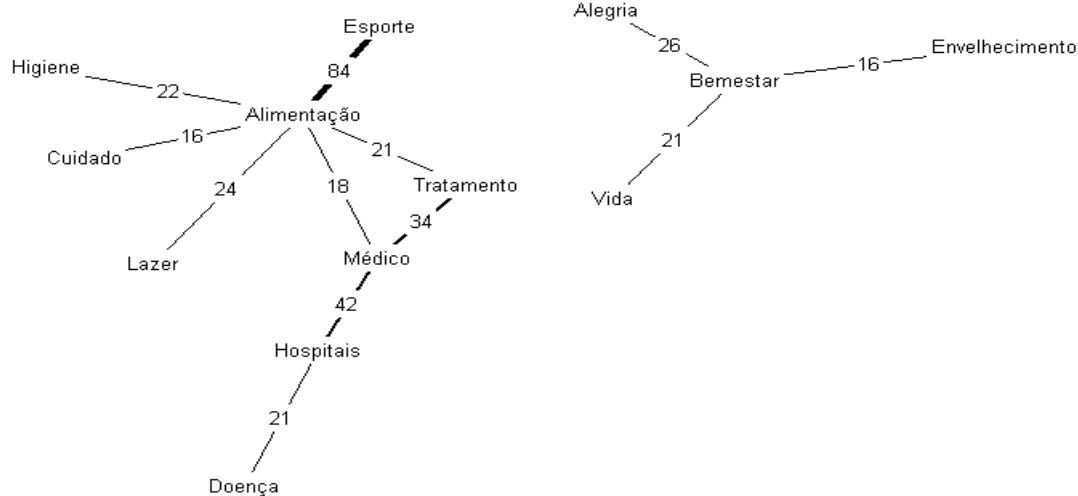


Figura 3 - Conexão entre elementos da representação social da saúde.

Discussão dos resultados

Independentemente da cidade onde reside, a maioria dos homens considera que uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física constituem cuidados importantes para a saúde. Observou-se também que uma grande parcela dos homens revela que só procura o médico quando está doente. Este dado corrobora os achados de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), que indicam a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais como a farmácia e o pronto-socorro, por serem mais rápidos e acessíveis.

Parece existir certa dissonância entre o que se acredita que são os cuidados de saúde e aqueles efetivamente praticados. Embora todos os grupos tenham sinalizado para a necessidade de manutenção de hábitos saudáveis (cuidados com alimentação e prática regular de atividade física), a prática não acompanha o posicionamento dos mesmos, sendo que, em Goiânia, esta dissonância é ainda mais evidente.

O consumo de bebida alcoólica e o tabagismo são considerados como principais fatores de risco à saúde (Oliveira et al., 2007; Bastos et al., 2008), mas neste estudo o número de fumantes e o uso sistemático de bebida alcoólica foram abaixo do que o encontrado em outros estudos (CDC, 2003; RIPSAs, 2008; OMS, 2008). Isto pode, em parte, ter relação com as campanhas que buscam influenciar as pessoas através do poder da informação, difundindo através da mídia impressa, televisiva e até eletrônica, os problemas de saúde advindos do uso do tabaco e o risco de segurança que o consumo de bebida alcoólica e a direção de um automóvel podem causar. Atualmente, especialmente o fumar tem sido uma prática recriminada pelas normas sociais, ao passo que, muitas vezes, a bebida alcoólica é incentivada na mesma proporção. Essa mudança de comportamento pode se enquadrar no que W. Stroebe e M. S. Stroebe (1995) denominam de modificação através de incentivos relevantes, como os econômicos ou legais.

Torna-se relevante considerar o número de ex-fumantes em ambas as cidades, especialmente entre os idosos de Florianópolis, o que remete ao argumento, já colocado, de que parece estar ocorrendo de forma gradativa uma mudança de comportamento relacionado ao consumo destas drogas lícitas. Também foi

possível observar, independente da cidade de residência, uma relação inversa entre o tabagismo e a prática regular de atividade física. Os fumantes praticam menos atividade ou são sedentários. Além disso, os fumantes parecem procurar com menor frequência o médico para consultas preventivas. Essas variáveis juntas permitem inferir que o tabagismo, além de ser um risco à saúde, inibe práticas saudáveis como a atividade física e a realização de consultas preventivas.

Para adultos e adolescentes, a família é a principal fonte de informação sobre cuidados em saúde, mas para os idosos, os profissionais de saúde assumem essa função. Entretanto, a família assume um papel central, na informação, incentivo ao autocuidado masculino, adoção de comportamentos preventivos e abandono de comportamentos de risco.

Para a maioria dos participantes, o autocuidado masculino significa uma autovalorização, e muito desse comportamento está relacionado com o estímulo dado pela família. Esses dados servem de indicativos sobre os meios de trabalhar a saúde masculina, uma vez que estudos já demonstraram que o homem se torna mais vulnerável às doenças, porque desempenha um papel social hegemônico de autossuficiência, chamado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) de “amarras culturais”; em que o homem é visto como ser viril, invulnerável e forte, de forma que procurar os serviços preventivos de saúde poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança.

Os significados e crenças compartilhadas sobre saúde evidenciam essa “saúde masculina”, que, diferentemente da feminina, envolve autossuficiência. As crenças normativas sobre cuidado em saúde evidenciam diferenças entre os adolescentes em relação aos adultos e idosos. Para os primeiros, cuidar da saúde principalmente através de consultas e exames preventivos é desnecessário. Especialmente os usuários do SUS não realizam avaliações médicas periódicas.

As representações sociais da saúde para os homens evidenciam quatro perspectivas: (a) preventiva, (b) curativa/medicalizada, (c) subjetiva, e, (d) funcional. A primeira evidencia os comportamentos preventivos e hábitos saudáveis, a segunda uma visualização dos serviços, especialmente focados no hospital e na medicação, a terceira evidencia a saúde

enquanto condição de bem-estar e qualidade de vida, por último, a perspectiva funcional indica a saúde enquanto equipamento de prestação de serviços, sejam públicos ou privados, que demandam custo, tempo, ausência no trabalho e caracterizam a dimensão econômica como demarcador do acesso à saúde.

A vulnerabilidade masculina se caracteriza pela inconsistência entre a perspectiva de saúde como prevenção, atualmente incentivada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, e a perspectiva de saúde pautada na medicalização (curativo) e nas características funcionais (poder econômico e acesso ao trabalho). Somando-se a isso, o cuidado é atribuído pelo homem à família, em especial às mães, que são fonte de informação sobre cuidados e “cuidadoras por essência”. Aos homens, em especial aos adolescentes e adultos jovens, resta seguir as expectativas de um contexto cultural e social muitas vezes perverso: o jovem como plenitude de força, virilidade e invulnerabilidade, que percebe o cuidar de si mesmo ou do outro como um atributo que não lhe cabe ou não lhe identifica.

Conclusões

O presente artigo teve por objetivo compreender as representações sociais da saúde, crenças normativas sobre cuidado e comportamentos preventivos e de risco apresentados por homens adolescentes, adultos e idosos, residentes em duas cidades de regiões distintas: Florianópolis e Goiânia. Para este homem percebido como viril, invulnerável, e voltado ao trabalho; os cuidados de saúde são minimizados e protelados para uma fase mais tardia do seu ciclo de vida. Para os participantes, sobretudo os adolescentes, a juventude se apresenta como uma proteção, de forma que este homem não necessita de cuidados e se sente onipotente diante do risco à própria saúde.

Entre as cidades de Goiânia e Florianópolis, houve mais aproximações do que distanciamentos nos resultados, no entanto, é importante continuar realizando estudos multicêntricos por apresentarem estas possibilidades de comparação. Entre os grupos etários, as diferenças são substanciais. Diante disso, torna-se necessário evidenciar, além das diferenças de gênero, também as diferenças etárias e de geração, numa perspectiva de que o jovem se sente menos vulnerável e o idoso

encontra-se mais acessível aos profissionais de saúde.

Uma política pública voltada para a promoção da saúde masculina deve considerar as concepções leigas dos protagonistas, como sua rede social, em especial a família, para modificar a perspectiva do homem “produtivo e eficiente” para a perspectiva do “homem saudável”. Esta pesquisa indica que as concepções dos homens sobre cuidados com a saúde estão mudando lentamente e que, em consequência disso, os comportamentos também se modificam. Sobretudo a família aparece como um ponto unificador entre as gerações.

Referências

- Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In P. H. F. Campos & M. C. da S. Loureiro. (Orgs.), *Representações sociais e práticas educativas*. (pp. 37-57). Goiânia: UCG.
- Ayres, J. R. C. M. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, 17(1), 43-62.
- Ayres, J. R. C. M., França-Junior, I., Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In R. M. Barbosa, & R. Parker. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder* (pp. 49-72). RJ: IMS/UERJ SP: Editora 34.
- Ayres, J. R. C. N., França-Junior, I., Calazans, G. J., Saletti-Filho, H. C. (2005). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências* (pp. 117-139). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Badziak, R. P. F., & Moura, V. E. V. (2010). Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *R. Saúde Públ. Santa Cat.*, 3(1), 69-79.
- Bastos, F., Bertoni, N., & Hacker, M. A. (2008). Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista Saúde Pública*, 42 (supl 1), 109-117.

- Brasil, Ministério da Saúde (1996). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- Campos, P. H. F., & Rouquette, M. L. (2003). Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(3), 135-145.
- Caponi, S. (2003). A saúde como abertura ao risco. In D. Czeresnia (Org.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência* (pp. 55-77). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2003). *Behavioral risk factor surveillance system: prevalence data, tobacco use - 2003*. United States. Recuperado em 11 de Novembro de 2008, de <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss>
- Courtenay, W. H. (2000, Abr./Jun.). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc. Sci. Med.*, 50(10), 1.385-1.401.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Nogueira da Silva, G. S., 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), 257-70.
- Falcão, T. J. de O., & Costa, I. do C. C. (2008). O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. *J. Bras. Pneumol.*, 34(2), 91-97.
- 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(2), 565-574.
- Jodelet, D. (2009). Contribuição das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In M. Lopes, F. Mendes, & A. Moreira (Coords.), *Saúde, educação e representações sociais*. Coimbra: Formasau.
- Laurenti, R., Mello Jorge, M. H. P., & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.
- Mendoza-Sassi, R. A; Béria, J. U., Fiori, N. S., & Bortolotto, A. (2006). Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Revista Panamericana del Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*, 20(1), 22-28.
- Moscovici, S. (1978). *La psychanalyse son image et son public* (2ª ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. In J. P. Forgas (Org.), *Social cognition: Perspectives on everyday understanding* (pp. 181-209). London: Academic Press.
- Oliveira, M., Soibelman, M., & Rigoni, M. (2007). Estudo de crenças e expectativas acerca do álcool em estudantes universitários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 421-433.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008). Epidemia global de tabagismo. Recuperado em 10 de Outubro de 2010, de http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf
- Pires, C. G. da S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(sup 2), 2257-2267.
- RIPSA (2008). *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações* (2ª Ed.). Recuperado em 11 de novembro de 2008, de www.ripsa.org.br/fichaIDB/record.php?node=D.26&lang=pt

- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. R., Pinheiro, T. F., Machin, R. et al. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária aos cuidados dos homens. *Cad. Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). Para além da persuasão: a modificação do comportamento de saúde. In W. Stroebe & M. S. Stroebe, *Psicologia social e saúde* (pp. 73-108). Lisboa: Instituto Piaget.
- Vergès, P., Scano, S., & Junique, C. (2002). *Ensembles de programmes permettant l'analyse des évocations*. Aix en Provence: Université Aix en Provence (Manual).

Enviado em Dezembro de 2010

Aceite em Março de 2011

Publicado em Julho de 2011