

RACIONALIDADE E SOFRIMENTO: HOMENS E PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM SAÚDE

Mirian Beccheri Cortez^{1,2,□}, Zeidi Araujo Trindade^{1,3}, & Maria Cristina Smith Menandro^{1,4}

¹Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil; ²e-mail: mibecz@yahoo.com.br/
mirianbcz@gmail.com; ³e-mail: zeidi.trindade@gmail.com; ⁴e-mail: crislinasmithmenandro@gmail.com

RESUMO: Foram identificadas e analisadas as representações sociais de saúde e doença entre 218 homens adultos a fim de discutir possíveis impactos dessas em suas práticas de autocuidado. Os participantes responderam à técnica de associação livre com base nos termos indutores “saúde” e “doença”. Os dados foram tratados pelo *software* EVOC. Com base na abordagem estrutural da Teoria das Representações sociais, foram identificados os elementos considerados nucleares e os periféricos para cada termo em questão. Uma análise comparativa dos dois conjuntos nucleares (de saúde e de doença) permitiu constatar a existência de três tipos de evocações: particulares; partilhadas e opositivas. As evocações opositivas revelam representações dualistas que reforçam o binarismo saúde-doença/positivo-negativo. Analisam-se os sentimentos e sensações negativos diante do termo “doença” como abertura masculina para ações junto a usuários e profissionais de saúde que discutam o impacto da cultura masculina em crenças e práticas de atenção à saúde do homem. Enfatiza-se a importância da construção de políticas públicas e da criação de serviços favorecedores de reelaborações dessas representações masculinas de modo a atrair e manter os homens nos serviços de saúde e transformar suas práticas esporádicas/emergenciais de cuidado em rotina de atenção a si mesmos.

Palavras-chave: representações sociais, saúde, doença, masculinidade, atenção à saúde.

RATIONALITY AND SUFFERING: MEN AND HEALTHCARE PRACTICES

ABSTRACT: We identified and analyzed social representations of health and disease according to 218 adult men. We aimed to discuss possible impacts of these representations on their healthcare practices. Participants answered to free association technique based on inductive terms “health” and “disease”, presented separately. Data were organized by EVOC software. We identified, based on Social Representation Theory, nuclear and peripheral elements (of health and disease). This allowed to identify three types of evocations: particular; shared and oppositional. Oppositional associations reveal dualistic representations that reinforce binarism health-disease/positive-negative. Negative feelings and sensations evocated by the term “disease” were analyzed as a possibility to create actions among users and health professionals to discuss the impact of masculine culture on healthcare men’s beliefs and practices. We reinforce the importance of create politics and services that enable rethink these male representations so health services become more attractive to men. This

□ Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória - ES - CEP 29075-910. e-mail: mibecz@yahoo.com.br; mirianbcz@gmail.com

way, men may be able to turn their sporadic/emergencial healthcare into regular attention to themselves.

Keywords: social representations, health, disease, masculinity, healthcare.

Recebido em 09 de Dezembro de 2015 / Aceite em 09 de Maio de 2017

Saúde e saúde do homem

Neste estudo, parte-se do reconhecimento da complexidade do conceito de saúde tomando-se em consideração fatores físicos mentais e sociais implicados na sensação de bem-estar. Acrescenta-se a tal perspectiva a compreensão de Canguilhem (1990) e outros autores (Coelho & Almeida Filho, 2002; Silva, 2005) que discutem saúde (e também doença) como possibilidades de manifestação de modos de vida, que se difeririam apenas por graus de intensidade, perspectiva que se contrapõe à visão dualista dessas concepções.

As experiências de saúde e doença são foco de discussões tanto nas áreas da sociologia e antropologia como também da saúde (enfermagem, medicina, psicologia, terapia ocupacional...) na qual são encontrados estudos epidemiológicos, descrições de casos clínicos, estudos críticos sobre saúde pública e coletiva e estudos de caso voltados a populações específicas (trabalhadores, idosos, adolescentes, homens, mulheres, entre outros), entre outros (Couto, 2009; Figueira, Ferreira, Schall & Modena, 2009; Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

A saúde masculina é um tema bastante atual em pesquisa, ainda que não inovador. A relevância de discutir a fragilidade do homem frente aos cuidados com a saúde e enfrentamento de doenças torna essencial a compreensão das práticas de cuidado masculino com a saúde e o acesso dos homens aos serviços de saúde (Separavich & Canesqui, 2013).

Muitos ainda destacam a relação entre valores tradicionais de masculinidade e prejuízos para a saúde do homem, entendendo que doenças e necessidade de cuidados são muitas vezes ignoradas ou minimizadas por colocarem em cheque características marcantes e hegemônicas do masculino (Banks & Baker, 2013; Chikovore, et al, 2014; Couto et al, 2010; Gomes, Nascimento & Araujo, 2007; Levorato, Mello, Silva & Nunes, 2014; Medrado & Granja, 2009). Embora alguns estudos rejeitem tal perspectiva (Douglas, Greener, van Teijlingen & Ludbrook, 2013; Jeffries & Grogan, 2011) e mereçam atenção ao indicar aspectos que mobilizem os homens a favor do cuidado da saúde, a prevalência de estudos que inter-relacionam concepções e práticas tradicionais de masculinidade à menor busca por serviços de atenção à saúde por homens é notável e merece também atenção.

Dessa forma, concepções e práticas hegemônicas implicam, por exemplo, em dificuldade para expor-se a profissional do sexo feminino e sensação de submissão ao fazê-lo, ausência ou negação de sintomas, incompatibilidade de horários para consulta (Banks & Baker, 2013; Gomes et al, 2007; Schraiber et al, 2010). A percepção do homem como nem agente nem sujeito de cuidados é mais uma das consequências da cultura, cujas representações e normativas sobre o masculino afastam o homem de práticas consideradas femininas, bem como pouco valorizam ações públicas que se voltem ao cuidado desse homem.

O reconhecimento dos efeitos nocivos do afastamento masculino de práticas de cuidado levou à proposição, no Brasil, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A PNAISH especifica alguns determinantes sociais que acabam por definir a vulnerabilidade da população masculina aos agravos da saúde e traz considerações a respeito dos altos índices de morbimortalidade, ao elevado coeficiente de mortalidade masculina e à necessidade de organização e qualificação da rede de

SAÚDE E AUTOCUIDADO MASCULINOS

atenção à saúde para atender ao público masculino (Ministério da Saúde, 2008). Importa considerar que o pouco tempo de lançamento PNAISH, como observa Lopez e Moreira (2013, p. 746) revela mais do que uma negligência em relação ao extrato populacional masculino, "mas uma série de valores que reforçam quase que a não necessidade do homem cuidar de sua saúde ou ser olhado por esta perspectiva". Assim, apesar do avanço trazido pela PNAISH, a construção e efetivação de práticas adequadas de atenção aos homens precisa superar, além das dificuldades já descritas sobre o público masculino, décadas de cultura machista, falta de investimentos em estrutura física e pouca qualificação profissional (Leal, Figueiredo & Nogueira-da-Silva, 2012; Moreira, Fontes & Barboza, 2014).

Representações e Práticas Sociais

Proposto por Serge Moscovici (1961), o termo Representações Sociais (RS) designa um conjunto de fenômenos e processos relativos ao conhecimento do senso comum, ao pensamento leigo (Almeida, Santos & Trindade, 2002). As RS podem ser entendidas como conjuntos de conceitos que se articulam com as práticas sociais e que expressam as diversidades grupais. Essa articulação contribui para a produção de saberes sobre a realidade social, organização de identidades, orientação de as condutas e tornar possível a comunicação entre as pessoas. Desse modo o saber do senso comum, antes considerado um conhecimento "desarticulado", "pré-lógico" em oposição ao conhecimento científico, ganha, com o conceito de RS, o *status* de saber valioso e significativo para a construção do saber científico.

A Abordagem Estrutural, utilizada neste estudo, foi desenvolvida por Abric (1998), sendo centrada nos processos cognitivos e na estrutura das RS. O trabalho com a abordagem estrutural das TRS permite, entre outras análises, identificar e discutir os aspectos mais tradicionais, e por isso centrais de um dado objeto representado, bem como os elementos que, periféricos, organizam-se em acordo com práticas e contextos pessoais e mesmo culturais. De acordo com essa abordagem, o núcleo central e os elementos periféricos são entendidos como componentes da RS, que é regida por um duplo sistema no qual cada parte assume uma função específica e complementar à outra (Almeida, 2005). O núcleo central apresenta os elementos mais estáveis da representação, ao passo que os elementos periféricos estão diretamente relacionados ao contexto estudado. Esses elementos ancoram a representação na realidade (função de concretização) e assumem um papel essencial na adaptação da representação ao contexto social (função de regulação). Além disso, funcionam também como um sistema de defesa do núcleo central, na medida em que permitem o aparecimento de elementos contraditórios (função de defesa) (Abric, 1998; Almeida, 2005).

A utilização da Teoria das RS para examinar o binômio saúde-doença sob a perspectiva de homens justifica-se pelo fato de possibilitar a compreensão de seus significados, considerando-se o contexto e suas condições de produção. Assim, diante da importância dos processos representacionais para a compreensão das práticas masculinas e da necessidade de produção de conhecimentos que instrumentalizem a elaboração de políticas públicas que favoreçam o autocuidado masculino, objetivamos identificar e analisar as RS de saúde e doença entre homens adultos e discutir possíveis impactos dessas em suas práticas de autocuidado.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 218 homens com idades entre 18 e 60 anos de idade e variadas escolaridades.

Material

Foi utilizado um roteiro semiestruturado contendo questões abertas e de associação livre (Abric,1998), cujos termos indutores era “saúde” e “doença”.

Procedimento

Os homens entrevistados foram contatados com base na conveniência de acesso aos mesmos. Inicialmente, foi obtida a permissão dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e garantia do anonimato dos entrevistados. Em seguida, foram realizadas as entrevistas individuais. As respostas às questões abertas foram gravadas. As evocações foram anotadas manualmente pelo entrevistador. Neste trabalho as análises e discussões dizem respeito às evocações induzidas pelos termos “saúde” e “doença”.

Organização e análise dos dados

Os dados foram analisados com o auxílio do software EVOC (Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations), que organiza os elementos evocados segundo os critérios de frequência e ordem de evocação. A análise do programa dispõe os dados em quatro quadrantes, sendo que no primeiro encontram-se as palavras ou expressões primeiramente evocadas e com maior frequência de aparição. Tal organização dos dados permite, com base na proposta estrutural das RS, analisar cada quadrante como uma parte da estrutura da RS, o primeiro relacionado ao núcleo central dessa e os demais quadrantes compostos por elementos periféricos da RS (Siqueira et al, 2014).

Esta pesquisa atendeu às normatizações éticas da Resolução 016/2000 do Conselho Federal da Psicologia (Brasil, 2000).

RESULTADOS

Os resultados estão descritos em três figuras geradas com base nos resultados da análise do EVOC. Com relação às duas primeiras destacamos já de início que de acordo com a perspectiva estrutural de Abric (1998), os elementos do núcleo central de uma RS são encontrados no primeiro quadrante à esquerda. A discussão dos dados é apresentada na seção seguinte. Na Figura 1, a seguir, constam as expressões evocadas pelo termo indutor "saúde", já distribuídas em quadrantes que organizam os termos em acordo com frequência e ordem de evocação.

SAÚDE E AUTOCUIDADO MASCULINOS

		Média da Ordem de Evocação				
		<i>Inferior a 2,8</i>		<i>Superior ou igual a 2,8</i>		
		Frequência	<i>Ordem</i> <i>Evocação</i>	Termo evocado	Frequência	<i>Ordem</i> <i>Evocação</i>
Média de Frequências	Termo evocado					
Superior ou igual a 25	Bem-estar	85	2,035	Atividade física	8	4,000
	Corpos	25	2,520	Boa alimentação	69	2,928
	Cuidado	48	2,500	Felicidade	32	3,063
	Definições de saúde	25	2,520	Problemas no Sist. Público de saúde	35	2,800
	Essencial	27	2,481	Vitalidade	30	3,400
	Hospital	30	2,600			
	Prevenção	34	2,618			
	Profissionais de saúde	27	2,296			
	Vida	26	2,462			
	Inferior a 25	Doença	19	2,421	Equilíbrio	12
Qualidade de Vida		18	1,778	Higiene	13	3,308
				Medicação	16	3,313
				Saúde Pública	12	2,917
				Sono	12	4,000
				Tranquilidade	14	3,571

Figura 1.

Evocações de “Saúde” organizadas pelo programa EVOC

No 1º quadrante constam elementos positivos (bons sentimentos e qualificações) e práticos (cuidados, prevenção) bem como referências a aspectos orgânicos/concretos (corpo, hospital, profissionais de saúde), padrão esse que parece se repetir na maioria dos quadrantes. Como elementos negativos, identificamos *problemas no sistema público de saúde*, no 2º quadrante e *doença* no 3º quadrante.

A Figura 2, apresentada a seguir, ilustra o resultado da questão de evocação referente ao termo indutor “doença”.

EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “DOENÇA”							
Média da Ordem de Evocação							
<i>Inferior a 2,8</i>			<i>Superior ou igual a 2,8</i>				
Termo evocado	Frequência	Ordem Evocação	Termo evocado	Frequência	Ordem Evocação		
Média de Frequências	Superior ou igual a 16	DTS	30	2,000	Limitação	34	3,235
		Definições de doença	25	2,280	Medicação	34	2,971
		Doenças/sintomas	97	2,742	Preocupação	41	2,829
		Dor	40	2,775	Problemas no Sist. Público de Saúde	17	3,765
		Fraqueza	42	2,643	Profissional de Saúde	27	3,185
		Hospital	35	2,629			
		Mal estar	44	2,432			
		Morte	50	2,600			
	Inferior a 16	Ruim	37	2,027			
		Sufrimento	24	2,417			
		Tristeza	63	2,413			
		Acamado	9	2,444	Descuido	15	3,067
		Cuidados	10	2,700	Desequilíbrio	7	3,429
		Dependência	9	2,778	Falta de saneamento	13	3,000
		Medo	13	2,154	Gastos financeiros	13	3,462
		Problemas Saúde	15	2,200	Isolamento	12	3,917
	8	2,250	Má alimentação	9	3,000		
	9	2,667	Prevenção	11	3,545		
			Recuperação	13	4,308		
			Transmissão	8	3,250		
			Tratamento	13	3,231		

Figura 2.

Evocações de “Doença” organizadas pelo programa EVOC

Observamos que o 1º quadrante desta Figura agrega diversos elementos negativos (sentimentos ruins, denominações de doenças e sintomas) padrão esse que se repete nos quadrantes seguintes. Como elementos negativos ou neutros, identificamos *hospital, profissionais de saúde, saúde, prevenção e tratamento*.

A fim de discutirmos as representações de saúde e doença a partir das possíveis relações de oposição e complementaridade que elas carregam, apresentamos, na Figura 3, uma organização dos elementos que compõem os núcleos centrais das RS de saúde e doença. Nota-se que os elementos evocados pelos dois termos indutores puderam ser organizados a partir de uma maior ou menor semelhança em seus sentidos. Dessa forma, foram construídos três grupos: opositivos (termos contrários e complementares), particulares (associado a um único termo) e partilhados (elemento presente para ambos os termos).

SAÚDE E AUTOCUIDADO MASCULINOS

RELAÇÃO ENTRE OS ELEMENTOS	TERMOS INDUTORES	
	SAÚDE	DOENÇA
Opositivos	Bem-estar, vida, essencial	Mal-estar, morte, ruim
Particulares	Corpo, cuidados, profissionais da saúde, prevenção	doença-sintomas, tristeza sofrimento, dor, fraqueza
Partilhados	Hospital	Hospital

Figura 3.

Grupo de elementos do primeiro quadrante dos termos indutores saúde e doença

DISCUSSÃO

Corpo são, Mente sã – Evocações do termo indutor SAÚDE

Como descrito anteriormente, os elementos do núcleo central das RS são encontrados no primeiro quadrante à esquerda das figuras. Observamos, na Figura 1, que no caso do objeto "saúde" os elementos *bem-estar* (físico e mental), *corpo* e *cuidados* indicam a representação de saúde ancorada em uma perspectiva tradicional, próxima daquela trazida pela OMS (bem-estar como característica da saúde e modo de se negar a doença). Os elementos *cuidados*, *prevenção*, *hospital* e *profissionais da saúde*, parecem sinalizar um reforço da visão médica-organicista da saúde, relacionada às práticas, instituições e profissionais ligados ao sistema de saúde, focando, então, a questão orgânica, fisiológica do indivíduo.

Considerando os grupos de elementos identificados pela análise, observamos que apesar da saúde ser representada em suas dimensões física e psicológica apenas o organismo é foco de cuidados. Isso fica evidente ao notarmos que os mecanismos de cuidado citados diante do termo indutor "saúde" incluem a instituição hospitalar e os profissionais associados a ela, predominantemente médicos e enfermeiros. Alguns elementos periféricos observados no segundo quadrante, como *atividade física* e *boa alimentação*, reforçam tal análise. Essa compreensão marcadamente orgânica parece ser construída desde o início de nossa socialização e se manter ao longo da vida adulta (Mendonça, Menandro & Trindade, 2011; Hemmi, Conceição & Santos, 2015).

O destaque dado aos elementos exercício físico e alimentação, podemos indicar que, ao menos a princípio, a saúde é pensada com uma responsabilidade individual na medida em que depende majoritariamente do autocuidado e não da atenção e do acompanhamento por meio de instituições de saúde. É possível que, por essa razão, estudos recentes identifiquem poucas práticas preventivas (*check up*, exames de rotina, por exemplo) e de autocuidado junto ao público masculino (Banks & Baker, 2013; Chicovore et al., 2014; Couto et al, 2010). Exatamente devido à persistência desse dado, é interessante destacar mais uma vez que alguns estudos têm identificado práticas de atenção e cuidado de homens de diferentes idades (Douglas et al., 2013; Jeffries & Grogan, 2011) que indicam práticas masculinas de cuidado com a saúde e, com isso, abrem espaço para discussões com relação a mudanças em concepções e práticas de masculinidade.

No terceiro quadrante da Figura 1, observamos o elemento *doença* sendo evocado diante do termo indutor "saúde", o que demonstra tanto oposição como complementaridade entre os elementos. Assim, a saúde é explicada pela doença (pela ausência desta). A maioria dos elementos evocados indica a saúde como algo positivo e valorizado e mesmo necessário, essencial, sendo que a saúde estaria, assim, ligada a um sistema de saúde eficaz, e ao mesmo tempo a aspectos individuais tais como exercícios e alimentação. No entanto, alguns elementos são evocados com alguma negatividade, como *problemas no sistema de saúde*. Essa expressão refere-se a evocações que nomeiam problemas estruturais e ao atendimento

oferecido pelo sistema de saúde vigente (filas, dificuldade de marcar consulta, falta de medicamentos e de profissionais, dentre outras questões), indicando uma avaliação crítica em relação a este e também demanda por melhorias.

De um modo geral, observa-se inicialmente que os resultados corroboram diversos dos encontrados Mendonça e colaboradores (2011) e Hemmi, Conceição e Santos (2015), tendo sido identificados tanto aspectos relacionados a uma concepção de saúde mais subjetiva e relacionada a sensação de bem-estar, com também relacionada a práticas preventivas mais orgânicas, de cuidado pessoal (alimentação, esportes, sono) ou interventivas/curativas que envolvem terceiros (hospital, profissionais de saúde).

A doença como a “não-saúde” - Evocações do termo indutor DOENÇA

Os resultados advindos da análise dos termos evocados pelo termo indutor “doença”, revelam demonstram que tal termo é avaliado negativamente pelos participantes tanto na dimensão física como na psicológica. Observa-se, na Figura 2, que a maioria dos elementos evocados é negativa, podendo ser considerados neutros ou positivos apenas os termos: *hospital, profissional de saúde, tratamento, prevenção e saúde*.

A análise dos elementos do 1º quadrante à esquerda indica que o núcleo da representação de doença está ligado às enfermidades (*DST, definições de doença*), seus sintomas (físicos, principalmente) e a algumas consequências psicológicas (*tristeza, sofrimento*). O elemento DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) destacou-se como central da RS de doença e é um dos focos da discussão de grande parte dos estudos sobre saúde (Gomes e Nascimento, 2006). Isso permite afirmar que a doença masculina remete principalmente à saúde sexual masculina, o que mantém a produção e reprodução de um discurso em que a principal doença a ser evitada pelo homem é aquela sexualmente transmitida. A história recente da AIDS, juntamente com a força da mídia e das campanhas sobre uso de camisinha são fatores históricos e sociais relevantes para compreendermos essa centralidade. Além disso, o fato da sexualidade e da atividade sexual serem aspectos centrais na própria constituição do masculino também é fator que desperta e centraliza esse elemento.

Os elementos presentes na periferia mais próxima (2º quadrante), explicitada no segundo quadrante, podem ser discutidos considerando três grupos temáticos: 1) consequências de estar doente (limitação, preocupação); 2) “problemas no sistema público de saúde” (avaliação crítica acerca das políticas públicas voltadas a este setor) e 3) profissionais e ações que estão ligados ao tratamento desses problemas/doenças (medicação, profissionais da saúde).

No terceiro e quarto quadrantes estão os elementos relacionados às consequências do adoecer e às práticas que podem evitar ou causar a doença. As expressões relacionadas à inatividade (acamado, limitação, dependência) revelam a preocupação que muitos homens têm de ficar doentes e de que esta doença venha a atrapalhar suas atividades laborais (Gomes et al, 2007; Mendonça & Menandro, 2010).

A presença de elementos ambíguos na zona periférica (*descuido, dependência, problemas, cuidados, saúde, e recuperação*) é, seguindo a Teoria das RS, um processo do fenômeno próprio da representação. Conforme a abordagem estrutural, a ambiguidade é mais explícita nos elementos periféricos, que são mais flexíveis e passíveis de mudança e estão relacionados de forma mais contextual ao meio social de inserção dos sujeitos. Assim, essa dinâmica poderia sustentar a centralidade das representações de doença, pois o núcleo central é formado por elementos negativos, e na periferia encontram-se elementos tanto negativos como positivos, visto que se referem aos efeitos de estar doente, aos cuidados e ao que é necessário para não ficar doente.

SAÚDE E AUTOCUIDADO MASCULINOS

Análise Comparativa dos elementos nucleares de saúde e de doença

Na Figura 3, a oposição entre as evocações de saúde e doença revela representações dualistas desses objetos entre os entrevistados, reforçando o binarismo saúde-doença/positivo-negativo, percebido como condições distintas da vida. O elemento *hospital* apresentou-se posicionado no primeiro quadrante para ambos os termos, o que nos permite concluir que este espaço é uma importante referência institucional para a temática saúde/doença. Podemos inferir que, ao se evocar hospital diante do termo “saúde”, a relação estabelecida ocorre em termos de cuidados, enquanto que a evocação desse mesmo elemento diante do termo indutor “doença” pode aproximá-lo de questões referentes ao tratamento da doença.

É possível a compreensão de que o grupo de elementos contrários reflete a oposição/complementaridade das representações dos próprios termos “saúde” e “doença” que, ao mesmo tempo em que se negam, precisam do outro para se fazer presentes. Por outro lado, os elementos particulares evocados em cada termo parecem sinalizar diferentes modos com que os homens percebem e agem diante da saúde e da doença. Por exemplo, os conteúdos particulares “corpo, cuidados, profissionais da saúde e prevenção” refletem uma atitude concreta e racional diante da saúde, ao passo que, ao serem apresentados ao termo “doença”, os homens não apenas descreveram sintomas concretos, mas trouxeram aspectos subjetivos pautados principalmente nos sentimentos que emergem diante dessa condição.

A expressão de sentimentos e sensações negativos (*medo, fraqueza*) e de vulnerabilidade diante da doença, geralmente relacionada ao feminino e negada pelos homens é um dado interessante. O reconhecimento e a expressão desses sentimentos são importantes por poderem servir de base para ações junto a usuários e profissionais do sistema público de saúde que coloquem sob foco de discussão o impacto dos preceitos culturais hegemônicos de masculinidade em suas crenças e práticas de atenção e de desatenção à saúde. Além disso, torna-se possível o fortalecimento de atitudes que promovam, como observam Separavich e Canesqui (2013, p. 425), o retorno a uma "concepção de 'masculino universal'" que, "abstraído das relações de poder e dominação existentes na socialização dos sexos" possibilita ao homem assumir-se como sujeito de cuidados.

O reconhecimento da importância de cuidados e atenção a aspectos físicos e emocionais bem como as referências sobre sentimentos de sofrimento e vulnerabilidade diante da doença indicam abertura para o fortalecimento de ações e intervenções que valorizem o autocuidado e a preocupação com a saúde masculina, junto aos homens e também junto aos profissionais de saúde. Além disso, é importante deixar claro que as concepções tradicionais e machistas de masculinidade que afastam os homens dos serviços de atenção à saúde, prejudicam os atendimentos (Separavich & Canesqui, 2013; Schraiber et al., 2010) e geram atraso em diagnósticos e tratamentos podem ser remediados por meio campanhas educativas que desvinculem o cuidado de si como uma prática indicativa de fraqueza, sendo antes prática consciente e positiva de busca por qualidade de vida.

A análise e discussão das representações sociais é exemplo de importante contribuição que a Psicologia Social pode oferecer à Psicologia da Saúde para a compreensão de como homens constroem conhecimentos e desenvolvem práticas sobre saúde e doença. De um modo geral, saúde e doença se mostraram representados na forma de oposição: bom/essencial e ruim, respectivamente, sendo consideradas condições principalmente orgânicas, que carregam e influenciam as condições psicológicas.

Pensar as representações sociais de saúde e doença como construídas a partir de uma conjuntura cultural, política, social e econômica, permite considerar a PNAISH, como um possível indutor de mudanças de práticas e de ações políticas e sociais que, ainda hoje reproduzem valores que negligenciam o público masculino. Há ainda um percurso muito longo a ser percorrido para que homens se engajem, sem preconceitos, em ações de autocuidado e cuidado com a saúde, mas ao expressarem seus medos e receios, demonstram que, mesmo de modo reticente, reconhecem a necessidade de atenção e, mesmo que

ainda de modo tímido, começam a buscá-la. Acrescenta-se a confiança de que atitudes mais ativas na busca de cuidados estejam aos poucos sendo construídas, como pesquisas já citadas descreveram.

Para finalizar, ressalta-se a importância de implementação de ações e intervenções que favoreçam a construção e fortalecimento de políticas públicas e serviços contextualizados com a realidade e as expectativas masculinas. Dessa forma entendemos ser possível atrair e manter esse público ainda hoje visto como afastado e difícil visando transformar suas práticas de cuidado esporádicas/emergenciais em uma rotina de atenção a si mesmo.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

AGRADECIMENTO

Agnes Bonfá Drago; André Mota do Livramento, Eduardo Coelho Ceotto, Elisa Avelar Merçon de Vargas e Juliana Brunoro de Freitas

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das RS. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de Representações Sociais*. Goiânia: AB.
- Almeida, A. M. O. (2005). Pesquisa em RS: Proposições teórico-metodológicas. In M. F. Santos & L. M. Almeida. *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais*. Alagoas: UFAL/UFPE.
- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S., & Trindade, Z. A. (2002). Representações e práticas sociais. *Temas em Psicologia*, 8, 257-267.
- Banks, I & Baker P. (2013) Men and primary care: improving access and outcomes. *Trends in Urology & Men's Health*, 4(5), 39-41.
- Brasil. (2000). *Resolução 016/2000 do Conselho Federal da Psicologia. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Brasília
- Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. (M. T. R. C. Barrocas & L. O. F. B. Leite, trans.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Chikovore, J., Hart, G., Kumwenda, M., Chipungu, G. A., Desmond, N., & Corbett, L. (2014). Control, struggle, and emergent masculinities: a qualitative study of men's care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi. *BMC Public Health*, 14, 1053. doi: 10.1186/1471-2458-14-1053
- Coelho, M. T. A. D. & Almeida Filho, N. de. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciência, SaúdeManguinhos*, 9(2), 315-333.
- Couto, M. T. (2009). Sexualidade masculina, gênero e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 675-677.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R. Shraiber, L. B. & Figueiredo, W. S. (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.
- Douglas, F. C., Greener, J., van Teijlingen, E., & Ludbrook, A. (2013). Services just for men? Insights from a national study of the well men services pilots. *BMC Public Health*, 13, 425. doi: 10.1186/1471-2458-13-425

SAÚDE E AUTOCUIDADO MASCULINOS

Figueira, T. R., Ferreira, E. F, Schall, V. T. & Modena, C. M. (2009). Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Revista de Saúde Pública* 43(6), 937-943.

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.

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), 1-18.

Hemmi A.P.A., Conceição, J.A., Santos D.D.M. (2015) Representações Sociais de homens sobre saúde e doença: contribuições para o cuidado. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 5(1), 1457-1468.

Jeffries, M., Grogan, S. (2011) 'Oh, I'm just, you know, a little bit weak because I'm going to the doctor's': young men's talk of self-referral to primary healthcare services. *Psychology & Health*, 27(8), 898-915. doi: 10.1080/08870446.2011.631542.

Leal, A. F.; Figueiredo, W. S. & Nogueira-da-Silva, G. S. (2012). O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2607-2616.

Levorato, C. D., Mello, L. M., Silva, A. S., & Nunes, A. A. (2014) Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1263-1274.

Lopez, S. B., Moreira, M. C. N. (2013) Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 743-752.

Medrado, B. & Granja, E. (2009). Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. *Psicologia & Sociedade*; 21(1), 25-34.

Mendonça, V. S. & Menandro, M. C. S. (2010). O cuidado com a própria saúde: Representações e práticas de futuros profissionais da saúde. *Revista Eletrônica de Psicologia Política*, 8, 116-127.

Mendonça, V. S; Menandro, M. C. S. M. & Trindade, Z. A. (2011) Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. *Revista de Estudos Sociais*, 38, 155-164

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília, DF.

Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: Press Universitary de France.

Schraiber, L. B., Gomes, R. & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17.

Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin R., Silva, G. S. N & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.

Separavich, M. A., Canesqui, A. M. (2013). Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade*, 22(02), 415-428.

Silva, L. B. de C. (2005). A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia- UFF*, 17(1), 79-92.

Siqueira, B. P. J, Teixeira, J. R. B, Valença, Neto P. F, Boery, E. N., Boery, R. N. S. O., Vilela, A. B. A. (2014) Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, 18(4), 690-696.