

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDRÉIA BURILLE

**Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento
crônico:**

(des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade

Porto Alegre

2012

ANDRÉIA BURILLE

**Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento
crônico:**

(des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título em Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Burille, Andreia

Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade / Andreia Burille. -- 2012.

184 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Cuidado. 2. Saúde do Homem. 3. Masculinidades. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Homens. I. Engel Gerhardt, Tatiana, orient. II. Título.

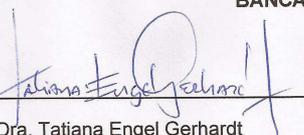
ANDRÉIA BURILLE

Itinerários terapêuticos em situação de adoecimento crônico: homens, cuidado e arranhaduras da masculinidade.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 23 de março de 2012.

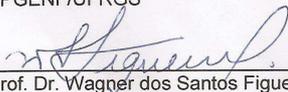
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

Membro da banca

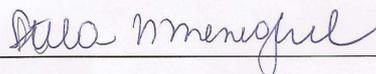
UFSCAR



Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao concretizar mais um sonho, quero agradecer a todos que fizeram parte dele, que sonharam comigo e me ajudaram a alcançá-lo!

Agradeço...

A Deus por ter me dado forças, coragem e serenidade para fazer esta caminhada.

À minha orientadora Tatiana, por dividir comigo seus conhecimentos, me ouvir, me apoiar e acreditar em meu trabalho. Obrigada por me mostrar o fascinante mundo da pesquisa e o valor do trabalho feito com amor, inspiração e dedicação. Te Adoro!

Aos meus pais que me apoiaram e acreditaram em meu sonho. Obrigada pela participação, pelas idas e vindas a Porto Alegre, pelas palavras de conforto nos momentos difíceis e pelas alegrias que dividiram comigo.

Aos meus irmãos, Evandro e Airton, pelo apoio e por dividirem de maneira desigual os nossos pais nesses últimos dois anos.

Ao Guilherme pelo carinho e incentivo... Por acreditar em meu trabalho e apoiá-lo. Muito obrigada por tudo! Sabes que te amo!

Às colegas de mestrado Joannie, Bárbara e Vanessa, pela bela amizade que construímos neste período. Dividimos momentos incríveis! Vocês me mostraram a riqueza que há nos diferentes!

Às amigas e colegas de grupo de pesquisa Deise, Eliziane, Vilma e Juliana, pessoas que encontrei e com quem me encontrei. Obrigada, Deise pela sua amizade, pelos ensinamentos e todo o apoio que me destes. Lizi, como esquecer de suas palavras certas, acalmando os corações, e da Ju, sempre enriquecendo nossos encontros com leituras magníficas e pela disposição em ajudar. Também não posso deixar de falar da Vilma, minha parceira para todas as horas, “*só mais um pouquinho e já chegamos*” (5 km pela frente) ou “*quem pega a galinha?*”.

À Graciliana, amiga e colega de grupo de pesquisa, que me apre Tatiana, abriu as portas de sua casa e muito me ensinou. Obrigada por tudo!

À senhora que me recebeu no Rincão dos Maia e suas filhas, em especial, a minha companheira de estrada.

Ao “tio” Nelson, pelo exemplo de vida e pelas palavras de incentivo.

Aos amigos daqui e de lá... Obrigada pela presença, pelas palavras, ajudas e abraços confortantes!

À Rede Governo Colaborativo em Saúde pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

À CAPES, pela bolsa de estudos que possibilitou que eu me dedicasse integralmente ao meu trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em especial, as meninas da secretaria, pelo apoio durante meu mestrado.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de cursar um mestrado público e de qualidade.

À minha banca, por aceitar o convite para participar deste momento tão especial e trazer contribuições para o trabalho.

A todas as famílias do Rincão dos Maia que me receberam em suas casas.

Aos homens que dividiram comigo suas histórias...

A todos o meu muito obrigada!

*“Num bosque dois caminhos se separavam
Fiquei lamentando não poder seguir os dois
E sendo apenas um viajante,
Fiquei muito tempo parado
Olhando para um deles tão distante quanto pude;
Então segui o outro, como sendo mais merecedor,
Porque estava coberto de mato e queria ser usado
Embora os que por lá passaram
Tenham tido a oportunidade de percorrê-lo,
Naquela manhã, ambos estavam na mesma situação
Com folhas que nenhum passo tinha pisado;
Oh! guardei o primeiro para outro dia!
Embora soubesse como um caminho leva para longe,
E duvidava que algum dia voltasse novamente.
Estou dizendo isso, suspirando....
Em algum lugar, há muito e muito tempo,
Dois caminhos se separaram em um bosque... E eu
-Eu escolhi o menos percorrido
E isso fez toda a diferença.”*

(Robert Frost, 1916)

RESUMO

Itinerários terapêuticos são caminhos que os indivíduos buscam ao se perceberem adoecidos, podendo estes serem constituídos no sistema informal, popular e profissional, em diferentes combinações. Partindo de que a escolha de buscar um ou mais sistemas de cuidado ou de simplesmente não buscá-los pode ter diversas influências, entre elas, as relacionadas ao gênero, e aliando isso ao que diversos estudos têm apontado sobre homens e o retardo na busca de cuidado, buscou-se conhecer os itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico residentes em uma comunidade rural do sul do Rio Grande do Sul. Nesse cenário articulou-se a construção social da masculinidade e o processo de adoecimento, por meio do levantamento das possíveis ações/elementos arranhadores da masculinidade. Para isso, optou-se por uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A geração de dados deu-se por entrevistas semiestruturadas, observação não participante, diário de campo e grupo focal, sendo as técnicas trianguladas para as análises. Como resultados, o estudo apresenta as concepções masculinas de saúde e doença, que por sua vez ultrapassam a barreira do biológico, considerando saúde como a harmonia entre homem e tudo que o cerca e a classificação deles sobre doenças sérias e simples, e o que fazer com cada uma delas. Com relação aos itinerários, configuraram-se dois grupos, um com homens que buscaram somente o cuidado profissional ao vivenciar a situação de adoecimento crônico, e outro, no qual os entrevistados tiveram uma busca plural de cuidados. Evidenciaram-se critérios elencados ao escolher um sistema de cuidado ou outro e uma busca quase sempre tardia, motivada principalmente pelo agravamento do problema vivenciado. Entre outros disparadores para a busca de cuidado, também foram apontados a incapacidade para o trabalho, a indicação de familiares, amigos e conhecidos, sintomas parecidos de doença de pessoa conhecida e insatisfação com sistema de cuidado buscado anteriormente. Ainda nos itinerários terapêuticos, abordam-se os momentos de silenciamento, retomando os pontos negativos e positivos de vivenciar uma situação de adoecimento crônico. Como arranhadores da masculinidade revelaram-se o pensar e falar sobre saúde e, conseqüentemente, de adoecer, buscar cuidado, depender de outro, não desempenhar as atividades cotidianas, realizar o exame de toque retal e o envelhecimento. Frente aos resultados, destaca-se a importância de estudos e discussões sobre a saúde do homem, considerando-se suas especificidades, para fomentar ações integrais, humanizadas e efetivas.

Palavras-chave: Cuidado. Saúde do Homem. Homens. Masculinidade. Doença Crônica.

ABSTRACT

Therapeutic itineraries are ways that the individuals look for when they notice sick, may be constituted by the informal, popular and professional system, in different combinations. Starting that the choice of looking for one or more care systems or simply don't look for them can have several influences, among them, the related to the gender subjects, and combining this to the several studies that have pointed about men and the retard in the care search, it has looked for to know the men's therapeutic itineraries in situation of chronic illness in a rural community of the Rio Grande do Sul. In this scenery also, the social construction of the masculinity and the illness process was listed, by the survey of the possible actions/elements scrapers of the masculinity. For that, a qualitative, descriptive and exploratory approach was opted. The generation of data was given by semistructured interviews, no participant observation, field diary and focal group, being the triangular techniques for the analyses. As results the study presents the masculine conceptions of health and disease, which in turn exceed the biological barrier, considering health as the harmony among men and everything that surrounds them and their classification about serious and simple diseases and what to do with each one of them. With relationship to the itineraries, two groups were configured, one with men that looked for only the professional care to experience the situation of chronic illness an other, in which the interviewees had a plural search of cares. Listed criterions were evidenced when choosing a care system or other and a search almost always late, motivated mainly by the aggravation of the experienced problem. Among other triggers for the care search, t also were pointed to the inability for the work, the relatives' indication, friends and acquaintance , similar symptoms of well-known person's disease and dissatisfaction with care system looked for previously. Still in the therapeutic itineraries, it is approached the silencing moments, retaking the negative and positive points of to experience a situation of chronic illness. As scrapers of the masculinity were revealed the think and to speak about health and consequently of getting sick, to look for care, to depend of other, do not carry out the daily activities, to accomplish the exam of rectal touch and the aging. Front to the results, it is out-standing the importance of studies and discussions about the man's health, being considered its specificities, to foment more integral , humanized and effective actions.

Keywords: Care. Health of the Man. Masculinity. Chronic disease.

RESUMEN

Itinerarios terapéuticos son caminos que los individuos buscan cuando se perciben enfermos, y pueden ser constituidos por el sistema informal, popular o profesional, en diferentes combinaciones. Partiendo de que la elección de buscar o no uno o más sistemas de cuidado puede tener diversas influencias, entre ellas, las relacionadas a las cuestiones de género, y sumado a eso diversos estudios apuntan a que los hombres se retrasan en buscar cuidado, se busca conocer los itinerarios terapéuticos de los hombres en situación de enfermedad crónica residentes en una comunidad rural de Rio Grande do Sul. En este escenario también se relacionó la construcción social de la masculinidad y el proceso de enfermedad, por medio de una relación de posibles acciones/elementos rascadores de la masculinidad. Para eso se optó por un abordaje cualitativo, descriptivo y de exploración. La generación de datos se dio por medio de entrevistas semi estructuradas, observación no participativa, diario de campo y grupo focal, siendo estas técnicas trianguladas para los análisis. Como resultado el estudio presenta las concepciones masculinas de de salud y enfermedad, que a su vez ultrapasan la barrera de lo biológico, considerando la salud como una armonía entre el hombre y todo lo que lo rodea y la clasificación de ellos sobre enfermedades serias o simples y qué hacer con cada una de ellas. Con relación a los itinerarios, se configuran en dos grupos, uno con los hombres que buscan solamente el cuidado profesional estando en situación de enfermedad crónica y otro, en el cual los entrevistados tuvieron una búsqueda plural de cuidados. Se evidenció una relación de criterios en la elección de uno u otro sistema de cuidado y la búsqueda casi siempre tardía, motivada principalmente por el agravio del problema. Entre otros disparadores para la búsqueda de cuidado también fue mencionada la incapacidad para el trabajo, la recomendación de familiares, amigos y conocidos, síntomas similares de enfermedad de persona conocida e insatisfacción con el sistema de cuidado buscado anteriormente. Todavía en los itinerarios terapéuticos se aborda los momentos de silencio, retomando los puntos negativos y positivos de vivir en una situación de enfermedad crónica. Como rascadores de la masculinidad se reveló el pensar y hablar sobre salud y consecuentemente el enfermarse, buscar cuidado, depender de otros, no desempeñar las actividades cotidianas, realizar el examen de tacto rectal y el envejecimiento. Delante de los resultados, se destaca la importancia del estudio y discusiones sobre salud del hombre, considerando sus especificaciones, para fomentar acciones más integrales, humanizadas y efectivas.

Palabras clave: Cuidado, Salud del Hombre. Masculinidad. Enfermedad Crónica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Os caminhos que me levaram aos entrevistados.....	49
Figura 2:	As flores, as pedras e as surpresas do Rincão dos Maia.....	62
Figura 3:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Augusto.....	83
Figura 4:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Antônio.....	85
Figura 5:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Rodolfo.....	87
Figura 6:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Carlos.....	88
Figura 7:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Oscar.....	91
Figura 8:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Benedito.....	95
Figura 9:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Nelson.....	97
Figura 10:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de João.....	102
Figura 11:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Paulo.....	105
Figura 12:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Luís.....	108
Figura 13:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Danilo.....	111
Figura 14:	Itinerário terapêutico temporal e espacial de Francisco.....	118

LISTA DE SIGLAS

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

EMATER: Associação Rio-Grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural

GESC: Grupo de Estudos em Saúde Coletiva

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

IT: Itinerário Terapêutico

PA: Pressão Arterial

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

RS: Rio Grande do Sul

SUDESUL: Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul

SUS: Sistema Único de Saúde

UFPEL: Universidade Federal de Pelotas

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

CONVENÇÕES

Os trechos em *itálico* no texto representam falas, palavras, expressões utilizadas pelos entrevistados, ou algum termo em língua estrangeira. As aspas foram utilizadas para apresentar conceitos trazidos de bibliografias consultadas ou para destacar termos.

SUMÁRIO

1 PARA INICIAR NOSSA CONVERSA.....	16
2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	21
2.1 Estado da Arte.....	21
2.1.1 Masculinidade: uma identidade construída histórica e socioculturalmente.....	21
2.1.2 A busca por cuidado: atores masculinos em cena.....	26
2.1.3 Itinerários Terapêuticos: sistemas plurais de cuidados.....	35
2.2 Unindo Itinerários terapêuticos, homens em situação de adoecimento crônico e comunidade Rincão dos Maia-Canguçu/RS...	43
3 OBJETIVOS TRAÇADOS.....	47
3.1 Objetivo Geral.....	47
3.2 Objetivos Específicos.....	47
4 O CAMINHO DA PESQUISA: ENTRE PEDRAS, FLORES E SURPRESAS.....	48
4.1 Cenário e atores.....	50
4.2 Para dar voz aos atores.....	52
4.3 Contando o passo a passo da pesquisa.....	54
4.3.1 A primeira visita à comunidade Rincão dos Maia.....	54
4.3.2 O teste piloto dos instrumentos.....	54
4.3.3 A inserção na comunidade e realização da primeira etapa.....	55
4.3.4 A segunda etapa e os momentos de silenciamento.....	57
4.3.5 Terceira etapa e o até logo à comunidade.....	58
4.4 Revelando as flores, as pedras e as surpresas encontradas no caminho.....	59
4.5 Processo de análise e redação do texto.....	62
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	65
5.1 Concepções de saúde e doença: discursos masculinos em pauta.....	65
5.1.1 “Saúde é muito mais... É o bem-viver de pessoa”.....	66
5.1.2 Doença é a coisa mais terrível.....	69

5.1.2.1 <i>Doenças Sérias e Simples: Quais são? O que fazer com elas?</i>	75
5.2 Caminhos de homens	79
5.2.1 Homens que buscaram o cuidado profissional.....	79
5.2.2 Homens com itinerários plurais.....	92
5.3 Analisando os itinerários terapêuticos e a situação de adoecimento crônico	116
5.3.1 Os sistemas de cuidados no período de agudização.....	116
5.3.1.1 <i>Todos os sistemas</i>	116
5.3.1.2 <i>Conexões com os serviços de saúde: o sistema profissional de cuidado a partir da perspectiva do usuário</i>	120
5.3.2 Disparadores para o cuidado no período de agudização.....	132
5.3.3 “Maresia e Ressaca” no período de silenciamento.....	134
5.3.4 O apoio e o cuidado na vivência de uma situação de adoecimento crônico.....	143
5.4 Homens e saúde: discutindo as arranhaduras da masculinidade	146
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	159
APÊNDICE A – Termo de Esclarecimento e Consentimento Livre Pós-Esclarecimento.....	170
APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista Semiestruturada.....	171
APÊNDICE C – Roteiro para Observação.....	172
APÊNDICE D – Diário de Campo.....	174
APÊNDICE E – Convite para o Grupo Focal.....	175
APÊNDICE F – Roteiro para o Grupo Focal.....	176
APÊNDICE G – Genogramas dos Entrevistados.....	177
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Projeto-Base da Pesquisa.....	182
ANEXO B – Localização geográfica do Município de Canguçu.....	183
ANEXO C – Declaração para utilização dos dados da pesquisa “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise de fluxos e utilização de serviços de saúde”.....	184

1 PARA INICIAR NOSSA CONVERSA

Antes de iniciar nossa conversa sobre o estudo aqui proposto, gostaria de me contextualizar no tema¹ e contar como surgiu meu interesse em pesquisas com enfoque em atores masculinos. O desejo de trabalhar o tema da saúde do homem surgiu durante minha caminhada acadêmica, na qual conheci realidades e situações que me fizeram refletir acerca do adoecer, sendo as pessoas em situação de adoecimento crônico as que mais me sensibilizaram, em virtude de apresentarem uma doença de curso prolongado, incurável, associada a deficiências e incapacidades que geram profundas transformações no cotidiano.

Nesses contextos², percebi que o modo de ver a doença, de enfrentá-la e, conseqüentemente, de buscar cuidado se diferenciava entre homens e mulheres. Desse modo, compreendi a importância de se considerar o gênero ao pensar ações que visem promover a saúde e senti-me motivada a ampliar meus conhecimentos acerca do tema. Interesse que também foi fortalecido com meu ingresso no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS) e com a realização de meu trabalho de conclusão de curso intitulado “Conhecendo as mudanças no cotidiano de homens com câncer: um olhar sobre a perspectiva de gênero”.

A partir dessas vivências tornou-se para mim um desafio conhecer as conexões entre homens e saúde, e para isso venho me dedicando desde 2009. Por ser um tema recente, ainda há lacunas quando se fala das relações estabelecidas entre ser homem, cuidado com a saúde e masculinidade. Assim, a possibilidade de conhecer tais conexões tem me impulsionado a seguir realizando estudos nos quais cada vez mais homens tenham vez, voz e, por que não dizer, mais visibilidade no Campo da saúde.

¹ Para o momento em que conto minha inserção no tema optei por usar a primeira pessoa do singular.

² Atuei com usuários com câncer através dos projetos de pesquisa “Sistemas de cuidado nas condições crônicas dos clientes oncológicos e suas famílias” (2009); “Perfil do cliente oncológico de um Ambulatório de Radioterapia da Universidade Federal de Pelotas-UFPel” (2007-2008); “Intervenções de enfermagem com clientes oncológicos em um Ambulatório de Radioterapia da UFPel (2007-2008)”. Também com usuários com problemas renais no projeto de pesquisa “Conhecimento dos clientes renais crônicos e suas famílias sobre insuficiência renal crônica, terapias dialíticas e transplante renal (2007-2009)” e no projeto de extensão “Internato em Nefrologia” (2007, 2008, 2009). Projetos vinculados à Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem.

Contextualizando o estudo

Os itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico que residem no meio rural são aqui apresentados. Para isso, esta investigação buscou conhecer as concepções de saúde e doença, os disparadores para busca de cuidado, os sistemas de cuidados acionados, as redes de apoio no adoecimento, as práticas adotadas e abandonadas no cotidiano pós-adoecer, entre outros elementos, que posteriormente serão discutidos.

Neste cenário, também se tornou relevante relacionar a construção social da masculinidade, em especial para este estudo o modelo heteronormativo, e o processo de adoecimento, uma vez que a manutenção de papéis, atitudes e formas de agir atribuídas aos homens pode influenciar na escolha de buscar ou não cuidado. Assim, ao adotar a expressão “arranhaduras da masculinidade”³, parte-se do pressuposto que buscar cuidado em saúde aproxima os homens de um espaço de representações de feminilidade, danificando sua masculinidade. Acredita-se que tal fato precisa ser considerado, já que repercute na saúde e pode influenciar trajetórias masculinas.

A masculinidade, numa perspectiva de gênero, pode ser definida como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade do ser homem, por meio de atitudes e comportamentos que devem ser seguidos por aqueles que desejam receber o certificado de masculinidade e não serem questionados e nem vítimas de estigma por parte daqueles que compartilham dessas prescrições (OLIVEIRA, 2004). Dentre os distintos modelos de masculinidades, aquele que consegue ser mais apreciado, ter maior legitimidade e se apropriar de outros modelos, reunindo maior poder, pode ser considerado hegemônico. Tal modelo, heterossexual e normativo, idealmente estabelecido e dificilmente seguido por todos os homens, consiste numa referência que, ao mesmo tempo, se impõe e se relaciona com os modelos alternativos ou submissos (CECCHETTO, 2004; GOMES et al., 2008).

³ O termo “Arranhaduras da Masculinidade” é de autoria de Romeu Gomes, o qual utiliza este termo para referir-se ao exame de toque retal como arranhador da masculinidade (Gomes et al, 2008). Neste estudo, considera-se que a masculinidade é arranhada pela busca de cuidado em geral, seja ele oferecido pelo sistema profissional, popular ou informal.

Esta pesquisa faz parte de um projeto-base intitulado “Sistemas locais de saúde, determinantes sociais e itinerários terapêuticos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis” (GERHARDT, 2008a)⁴ e se encontra inserida na linha de pesquisa Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva.

Justifica-se a inserção do estudo na linha de pesquisa a partir da intenção de realizar uma avaliação em saúde por meio da construção dos itinerários terapêuticos de homens que vivenciam uma situação de adoecimento crônico. Busca-se aqui dar voz aos usuários. Sobre isso, Gerhardt et al. (2009) pontua que, mesmo diante de inovações, nas quais os serviços tentam identificar as necessidades dos usuários, observa-se nas práticas avaliativas a não centralidade do usuário a partir do que ele pensa e vive, mas a partir de como esse serviço o vê. Está presente a lógica do serviço e não a do usuário. Desse modo, enfatiza que as práticas avaliativas precisam levar em conta dimensões subjetivas e não apenas indicadores de desempenho, pois estes dificilmente dão conta da complexidade da vida cotidiana e das suas repercussões na saúde.

Para a construção do estudo partiu-se do pressuposto que os itinerários terapêuticos são influenciados não somente pelas percepções e conhecimentos dos indivíduos, mas também pelas condições econômicas, sociais, ambientais e culturais experienciadas por eles. Assim, o indivíduo pode optar por buscar cuidado no sistema que achar mais adequado para a situação vivenciada ou mais acessível a ele, por exemplo.

Sabe-se que os indivíduos que residem em comunidades rurais apresentam maiores dificuldades funcionais e geográficas para acessar os serviços de saúde, pois em sua maioria, as comunidades não estão cobertas por programas e unidades de atenção básica, restando como opção para acessar o cuidado oferecido pelo sistema profissional o deslocamento até o meio urbano. No entanto, reconhece-se que a assistência oferecida pelos serviços de saúde representa apenas uma forma de cuidado, sendo que existem diversas outras formas (benzedeiças, uso de chás, práticas espirituais), as quais são consideradas aqui como não sendo melhores, nem piores, simplesmente diferentes.

⁴ Mais detalhes no Anexo A.

Assinala-se que, em uma situação de adoecimento, os indivíduos podem transitar por diferentes sistemas de cuidado em busca da solução ou amenização do problema de saúde experienciado, conformando assim os itinerários terapêuticos. Também cabe salientar que esta busca por cuidado em situação de adoecimento crônico sofre transformações com o passar do tempo, sendo amenizada nos períodos de silenciamento da condição e intensificada e pluralizada em momentos de agudização.

Outro aspecto a ser considerado é que a situação de adoecimento crônico impõe várias modificações no cotidiano da pessoa acometida. Ao pesquisar homens em tratamento radioterápico, Burille (2009) evidenciou que estes passam a vivenciar uma série de limitações físicas, psicológicas e sociais. Entre as mudanças geradas pela situação de adoecimento crônico, as alterações relacionadas à imagem corporal, à sexualidade e à vida social foram apontadas pelos participantes como as mais difíceis de enfrentar. Nesse contexto, foi trazida como categoria principal resultante dos achados a identidade que a sociedade atribui ao homem, como ser forte, capaz, decidido, corajoso, provedor, sendo que o fato de que não conseguir manter esse ideal de masculinidade constituiu um fato marcante para os entrevistados.

Nessa mesma pesquisa, observou-se que alguns dos entrevistados, apesar de terem consciência de que sua saúde se encontrava debilitada, não buscaram auxílio no momento, deixando para procurar por cuidado somente quando a situação já estava agravada (BURILLE, 2009). Esse achado vai ao encontro de outros estudos, os quais comprovam que os homens adentram predominantemente no sistema de saúde em níveis de média e alta complexidade, o que tem como consequência o agravamento da patologia devido ao retardo no atendimento (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEREDO, 2005).

Diante desse cenário surgiram questionamentos: O que leva homens a não buscarem ajuda antes? Será que eles adotam outras formas de cuidado que não são reconhecidas pelos serviços de saúde? Será que só a agudização dispara a busca por cuidado? Quem os auxilia nesse momento? Há questões de gênero envolvidas? Seriam prescrições sociais que impediriam a busca de cuidado? Questionamentos estes para os quais tentei buscar respostas nos itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico.

Além deste capítulo introdutório, a dissertação conta com mais cinco capítulos. Nos Capítulos 2 e 3 apresento a construção do problema de pesquisa e os objetivos que foram buscados pelo estudo. No capítulo seguinte é trazido o caminho metodológico da pesquisa e compartilhadas as dificuldades, alegrias e surpresas do pesquisar homens no meio rural.

O Capítulo 5 traz os tópicos analíticos e descritivos da pesquisa. Na sessão 5.1 as concepções de saúde e doença dos homens em situação de adoecimento crônico são discutidas, assim como a classificação das doenças em sérias e simples é apresentada. Nos itens 5.2 e 5.3 é desenvolvido o tema central do estudo – os itinerários terapêuticos e suas múltiplas faces –, sendo seguidos da sessão 5.4, na qual apresento as arranhaduras da masculinidade.

As considerações finais compõem o Capítulo 6 e fazem um resgate do que foi proposto e o que foi alcançado. Também nesse capítulo final são trazidas algumas das possíveis contribuições da pesquisa e sugestões para outros estudos com enfoque no tema da saúde do homem.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Neste capítulo, os elementos para a contextualização teórica são apresentados.

2.1 Estado da Arte

Neste item os seguintes tópicos são desenvolvidos: Masculinidade: uma identidade construída socioculturalmente; A busca por cuidado: atores masculinos em cena; Itinerários Terapêuticos: sistemas plurais de cuidados. Realiza-se nos dois primeiros tópicos uma revisão sobre a temática da masculinidade e saúde do homem. No último tópico apresenta-se a contextualização dos sistemas de cuidado e dos fatores que podem influenciar na trajetória. É introduzido ainda um panorama das condições crônicas de saúde e apresentada a distinção entre situação e condição, noções relevantes para este estudo. Com relação às redes sociais, aborda-se o papel destas ao longo do adoecer.

2.1.1 Masculinidade: uma identidade construída socioculturalmente

As diferenças entre homens e mulheres foram, por muito tempo, consideradas incontestavelmente inscritas na natureza, isto é, no corpo biológico (CECCHETTO, 2004). Os papéis familiares, sociais e profissionais, por séculos, permaneceram distintos e condicionantes das práticas de socialização (SILVA, 1999). Tais papéis, aprendidos desde a infância através de padrões, comportamentos e atitudes, eram apropriados para cada sexo e deveriam ser seguidos (MACHADO, 2008). Assim, a construção social do feminino e do masculino foi-se impondo como própria da natureza e imutável (SILVA, 1999).

No entanto, surge com o feminismo moderno, nos anos de 1970, a constatação de que as relações de gênero variam de cultura para cultura e de época para época. Assim, a masculinidade deixou de ser algo evidente e, por conseguinte, inquestionada, passando a ser discutida cada vez mais (CECCHETTO, 2004). Sobre isso, Araújo (2008) afirma que a história política e acadêmica das feministas, gays e

lésbicas teve influência direta na forma como as ideias sobre masculinidades se construíram ao longo das últimas décadas.

Destaca-se que os termos “sexo” e “gênero” foram, e por muitos autores ainda são, utilizados indiscriminadamente. Entretanto, cabe pontuar que o termo “sexo” refere-se às características biológicas pré-determinadas de homens e mulheres. Já gênero é uma categoria utilizada para apontar as características que são socialmente construídas e que estão ligadas ao que é masculino e feminino. Tais características que definem o ser homem e o ser mulher variam com o passar do tempo e em cada sociedade, portanto pode-se de dizer que as masculinidades e feminilidades estão em constante transformação (OLIVEIRA, 2004).

Ao falar de masculinidades e feminilidades, torna-se pertinente trazer o conceito elaborado por Joan Scott (1995), que define gênero como uma construção social sobreposta a um corpo sexuado, alimentada com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. Desse modo, o gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade.

Numa perspectiva de gênero, a masculinidade pode ser definida como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade do ser homem, por meio de atitudes e comportamentos que devem ser seguidos por aqueles que desejam receber o certificado de masculinidade e não serem questionados e nem vítimas de estigma por parte daqueles que compartilham dessas prescrições (OLIVEIRA, 2004). Dentre os diversos modelos de masculinidade, alguns são mais valorizados e exaltados, enquanto que outros são desprezados e subordinados, no mesmo contexto (CECCHETTO, 2004). Nesse sentido, Vance (1995) afirma que foi a partir do construtivismo social que o gênero pôde ser percebido por meio de significados culturais e de relações de poder que o constroem.

Entre os distintos modelos de masculinidades, aquele que consegue ser mais apreciado, ter maior legitimidade e se apropriar de outros modelos, reunindo maior poder, pode ser considerado hegemônico. Tal modelo, idealmente estabelecido e dificilmente seguido por todos os homens, consiste numa referência que, ao mesmo tempo, se impõe e se relaciona com os modelos alternativos ou submissos. No modelo de masculinidade hegemônica, destacam-se como eixos

estruturantes a dominação e a heterossexualidade (CECCHETTO, 2004; GOMES et al., 2008).

Cabe destacar que, no contexto dos *men's studies*, a noção de masculinidade hegemônica emerge como alternativa para se examinar as relações de poder entre os sexos. Nessa visão, ocorre a divisão crucial entre uma masculinidade hegemônica e várias subordinadas que lhe servem de contraponto e antiparadigma. Assim, na tentativa de se conferirem uma masculinidade socialmente valorizada, certos grupos masculinos negam outras versões de homem, transformando-as em duvidosas e desprezíveis. São excluídos dessa legitimidade hegemônica os homossexuais e alguns heterossexuais que ocupam posições de menor prestígio na estrutura social e econômica (CECCHETTO, 2004).

Connell (1995), ao examinar os diversos modelos de masculinidade disponíveis salienta que as relações estabelecidas podem ser de hegemonia, de aliança e/ou marginalização, e que tais relações permitem compreender como ocorre a sociodinâmica das masculinidades, não só entre heterossexuais, mas também em relação a homossexuais, segundo os padrões nas sociedades ocidentais, excluídos do círculo de legitimidade.

Com relação aos eixos estruturantes da masculinidade hegemônica, enfatiza-se que existe um senso comum que atribui à identidade masculina a imagem de um ser forte, capaz, protetor, decidido e corajoso. Essas atribuições estão enraizadas em muitas culturas, nas quais a educação dos meninos segue padrões de oposição entre os gêneros, uma vez que são orientados para serem provedores e protetores, e também eles aprendem desde cedo a suportar suas dores físicas e emocionais sem chorar (WHO, 2000; BRAZ, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Ao mesmo tempo, na socialização dos meninos, a violência também é estimulada pela educação, já que são ensinados a revidar em situação de agressão e incentivados a praticar esportes em que a violência está presente e é aceita (BRAZ, 2005). Dessa forma, o padrão de masculinidade é idealizado por meninos e homens não pelo desejo de serem viris, e sim pelo medo de serem vistos como afeminados (SABO, 2002). Pode-se então dizer que meninos são historicamente criados para aprenderem a serem homens.

Ao trabalhar com homens por meio da técnica de grupo focal, Machado (2008) propôs uma dinâmica com brinquedos para os participantes. Para isso, deixou vários brinquedos na sala e pediu que eles escolhessem alguns. Ao observar as escolhas, percebeu que bolas de futebol e de gude, assim como pipas e jogos de mesas foram selecionados, e bonecas, panelinhas e ursos de pelúcia sequer tinham sido tocados por eles. Sobre isso, o autor acrescenta que os brinquedos de meninos estimulam a competitividade, a virilidade e a racionalidade. Já os brinquedos de meninas estimulam sentimentalismo, cuidar do outro e a afetividade, características que devem ser negadas por homens.

Esta distinta socialização iniciada na própria família institui diferenças hierarquizadas entre homens e mulheres (OKIN, 2008), pois desde a infância começa a ser passado que meninas devem cuidar e que meninos, a exemplo do pai, devem atuar fora de casa. Outro fato que também necessita ser refletido pela sociedade é que, se uma menina pede para ganhar um carrinho, não é recriminada por isso, mas, se um menino pede aos pais uma boneca ou gosta de brincar com panelinhas, este é vítima de chacota e sua masculinidade passa a ser questionada.

Assim, a família, a escola e a sociedade como um todo vão sujeitando o indivíduo para que ocupe o lugar – de homem ou de mulher – que lhe cabe no espaço social. Dentro dessa lógica, estrategicamente, os meios de comunicação de massa, especialmente a televisão, assim como os brinquedos, os jogos eletrônicos, cinema, música, etc. formam um conjunto de procedimentos pedagógicos que vão educando, subliminarmente, meninos e meninas a incorporarem os gêneros masculino e feminino (SANTOS, 2010).

Korin (2001) sugere que o desejo e a capacidade de cuidar desaparecem durante a socialização, que impõe que o homem necessita ter qualidades masculinas como autonomia, força, racionalidade, repressão das emoções, sucesso e poder. Além disso, esse autor ressalta que os homens, muitas vezes, se encontram divididos entre os papéis atribuídos pela sociedade e as suas necessidades. Se decidirem realizar seu papel masculino prescrito pelo social, suas necessidades ficam insatisfeitas, resultando em condutas compensadoras, agressivas e de risco, que os predispõem à doença, lesões e morte, e inclusive causam danos às pessoas que os rodeiam. Ao serem satisfeitas as suas necessidades, mas não as expectativas da sociedade, o homem pode ser considerado pouco homem pelos outros ou, inclusive, por si mesmo. Todavia, a de

se pontuar que se na saúde ocorrem conseqüências desvantajosas, em outras dimensões da vida social, os homens são muito mais privilegiados e mais valorizados que as mulheres.

Assinala-se que, em uma sociedade estruturada pelo gênero, o não cumprimento de papéis sociais atribuídos à figura masculina pode desencadear sentimentos de inferioridade e sensação de não pertencimento ao universo masculino. Porém, ao mesmo tempo, manter este ideal de masculinidade que é ensinado desde a infância é um fator de risco para os homens, pois condutas viris os predispõem a violências, acidentes e ao adoecimento (BRAZ, 2005; BRASIL, 2008). Nesse contexto, também cabe destacar a existência de certo “silenciamento” em torno da manutenção desta identidade atribuída aos homens, o que por sua vez acaba influenciando e, por que não dizer, dificultando na hora de buscar por cuidado, enfim, em “ser assistido”, já que foram criados para assistir e prover.

Outro ponto importante a ser discutido é que existem diversos preconceitos e discriminações contra o gênero feminino, no entanto, há que se reconhecer a sua existência contra o masculino. Carimbam-se homens como fortes e mulheres como seres frágeis e isto os define como indivíduos, marcando a sua subjetividade. Entre os preconceitos mais comuns em relação aos homens pode-se assinalar o fato de serem vistos como seres fortes em função da dimensão emocional e física, o que implica em não serem assistidos e cuidados. Também existe um receio masculino com relação à manipulação de suas partes íntimas por práticas diagnósticas, tendo em vista que isso pode violar sua condição de heterossexual (BRAZ, 2005).

Na grande maioria das vezes este preconceito contra o gênero masculino aparece de forma clara, uma vez que a adoção de certas condutas implica em serem chamados de “mulherzinhas” (BRAZ, 2005). Um exemplo dessa colocação pode ser evidenciado pela procura por cuidado, atitude que não parece desmerecer as mulheres, ao contrário dos homens. Dessa forma, evidencia-se que o gênero influencia na conduta e nos hábitos de vida masculinos, produzindo não apenas modos de vida, mas, também, maneiras de adoecer e morrer (BRAZ, 2005; BRASIL, 2008). Sobre esses riscos oferecidos pelos papéis sociais, Braz (2005) ainda aponta que a mulher paga com a desvalorização de seu papel social e o homem com sua vida.

Assim, partindo de que o gênero influencia nos modos de viver saudável e na maneira de lidar com o adoecer, torna-se necessário compreender e adequar práticas que oferecem risco à saúde dos homens.

2.1.2 A busca por cuidado: atores masculinos em cena

Ao construir um panorama sobre a saúde do homem no Brasil, observa-se que esse tema foi pouco discutido em contraposição ao tema da saúde da mulher. Parece que os homens permaneceram invisíveis para o setor saúde por um longo tempo, sendo apenas recentemente vistos como indivíduos que, assim como mulheres e crianças, também adoecem. Tal fato gera questionamentos: será que até então homens adoeciam menos ou este tema nunca tinha recebido a atenção necessária por parte da sociedade? Entre as duas hipóteses, acredita-se que a segunda é mais explicativa, mas ainda assim é injustificável.

Foi na década de 70 que se iniciaram os primeiros debates sobre o tema da saúde do homem no país. Essas discussões se caracterizavam por relacionar o modelo hegemônico de masculinidade a déficits e/ou agravos à saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006). No entanto, o avanço das discussões deu-se somente após a incorporação das relações de gênero como determinantes do processo de saúde/doença e do reconhecimento da saúde como um direito dos homens brasileiros (BRASIL, 2008).

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, a assistência deve ser equitativa, no entanto, existe uma lacuna com relação às ações e práticas que priorizem os homens. Sobre isso, Korin (2001) e Braz (2005) mencionam que nas últimas décadas ocorreu um intenso movimento em função de atividades em prol das mulheres, inclusive na área da saúde, mas não houve um desenvolvimento paralelo para os homens, sendo que apenas recentemente este tema passou a ser motivo de pesquisas, políticas e debates.

Portella et al., (2004) salienta a importância de se reconhecer o déficit significativo nos estudos sobre homens e afirma que, por terem sempre estado em situação de poder, os homens raramente foram colocados como objeto de reflexão e problematização tal como foram as mulheres, sendo este o motivo da disparidade entre os estudos de gênero.

Com intuito de suprir as lacunas na assistência à saúde da população masculina, em agosto de 2008 o Ministério da Saúde, juntamente com gestores do Sistema Único de Saúde, com a sociedade científica e civil e com agências de cooperação internacional, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a qual traduz um longo anseio da sociedade em reconhecer que os agravos e danos do sexo masculino constituem sérios problemas de saúde pública (BRASIL, 2008).

A PNAISH apresenta como principal objetivo a promoção de ações de saúde que irão possibilitar melhor compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos cenários socioculturais e político-econômicos. Traz uma abordagem que busca respeitar os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, de forma que contribuam para aumentar a expectativa de vida e reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a política também busca oferecer subsídios para a reflexão dos determinantes e condicionantes da saúde masculina, resguardando a consideração da necessidade de ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, além da recuperação e reabilitação da saúde. Visando também acolher os homens nas unidades básicas de saúde, a PNAISH propõe uma aliança com a Política Nacional de Atenção Básica para a promoção de estratégias de humanização em saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2008).

Ao falar sobre atores masculinos e políticas públicas de saúde, Araújo (2008) refere que muitas das construções sociais da masculinidade são nocivas à saúde mental e física dos homens, daí a necessidade de se pensar e repensar uma política pública com foco na integralidade de atenção. E mais, a autora ainda afirma que não basta reconhecer que o homem tem direito a saúde, é preciso dar condições para que esses direitos sejam alcançados.

O lançamento de uma política voltada para a população masculina representa um avanço do Sistema Único de Saúde, uma vez que por meio dessa ação reconhece-se e, ao mesmo tempo, reforça-se a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. Acredita-se que com a estruturação e consolidação da PNAISH será possível ofertar à população masculina um atendimento que melhor contemple as necessidades de saúde.

Aproximando-se mais da temática da saúde do homem, evidencia-se que a redução da mortalidade masculina sempre foi mais lenta e menor do que a observada no sexo feminino; como resultado, a vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005). Segundo a Tábua de Mortalidade do IBGE⁵ - 2008, a esperança de vida ao nascer da população de ambos os sexos no Brasil passou de 69,66 anos para 72,86 anos, indicando que um brasileiro nascido no ano de 2008 esperaria viver 3 anos a mais que aquele nascido em 1998. Este aumento na esperança de vida observado na última década foi semelhante entre os homens e as mulheres, o que fez com que a diferença entre os sexos se mantivesse constante no período, sendo a esperança de vida ao nascer das mulheres 7 anos maior que a dos homens (IBGE, 2009; IBGE, 2011).

Destaca-se que a maior diferença de indicadores de mortalidade entre os sexos se situa em torno dos 20 anos e após os 60, quando os homens adoecem e morrem mais. Em relação às possíveis causas para esses indicadores, os pesquisadores se dividem em duas vertentes. Alguns autores, como Pinheiro et al. (2002), acreditam que as diferenças no risco de adoecer variam de acordo com o estilo de vida, fatores genéticos e com a biologia. Porém estão surgindo trabalhos que apontam para a forma como é estruturada a subjetividade masculina e sua possível ligação com a morbimortalidade (BRAZ, 2005; GOMES et al., 2008).

Estudos comparativos de homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente do que as mulheres (COURTENAY, 2000; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005;).

Não há dúvida de que existem alguns determinantes biológicos para as heterogeneidades encontradas nos indicadores de mortalidade, no entanto, não se pode deixar de considerar os determinantes culturais, tais como os atravessamentos de gênero que se fazem presentes na vida cotidiana de homens e mulheres. Nesse sentido, torna-se revelante que essa questão seja incluída nas discussões sobre planejamento e execução das políticas públicas de saúde, quando estas priorizarem a promoção de comunidades saudáveis.

⁵ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Além de serem mais vulneráveis às doenças graves e crônicas, os homens, diferentemente das mulheres, não buscam os serviços de atenção primária, e acabam adentrando no sistema de saúde nos níveis de cuidado ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem por consequências o agravamento da patologia gerado pela demora na busca por cuidado e a determinação de maior ônus para o sistema de saúde (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005; FAVORITO et al., 2008; BRASIL, 2008).

Alguns trabalhos têm revelado que homens e mulheres apresentam comportamentos e representações distintas no que se refere à saúde. Em geral, as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens (PINHEIRO et al., 2002; SILVA; ALVES, 2003; LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005), tendem a declarar mais as suas doenças, consumir mais medicamentos e se submetem a mais exames, como também avaliam pior seu estado de saúde (SILVA; ALVES, 2003). Destaca-se que as motivações pela busca por cuidado também se diferem entre os sexos: as mulheres vão mais aos serviços de saúde com intuito de realizar exames de rotinas e ações preventivas, já os homens procuram auxílio por motivo de doença (PINHEIRO et al., 2002).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, Courtenay (2000) observou que os homens estão mais propensos à adoção de crenças e comportamentos que oferecem riscos à saúde e são menos predispostos a participarem de ações que visem à promoção da saúde e à longevidade. Para o autor, as crenças e os comportamentos representam uma forma que os homens encontram para demonstrar sua masculinidade, o que por sua vez acaba repercutindo na saúde.

Homens tendem a sofrer mais acidentes ocupacionais, tais como: acidentes ofídicos, intoxicações por produtos químicos industriais e pesticidas. Também apresentam mais doenças de notificação compulsória, lideram o consumo de álcool e de outras drogas e predominam em relação às mulheres no caso de deficiência mental, auditiva e física (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005). Talvez uma explicação para isso se encontre no mercado de trabalho, pois atividades que oferecem mais estes riscos, ainda são exercidas em sua grande maioria, por homens.

Com relação à sobremortalidade masculina que transcende a violência, aponta-se que homens são mais vulneráveis à violência, seja como autores, seja como vítimas (BRASIL, 2008). No Brasil e em outros países do mundo, mais de 80%

dos atos considerados violentos atingem indivíduos do sexo masculino. Entre os homens, os mais jovens são as principais vítimas e agentes da violência (IBGE, 2011). Tais dados permitem refletir sobre o uso natural e intrínseco de armas quanto dos corpos para guerrear e matar-se entre si. Obviamente, a arma é também um signo de virilidade, pois contém toda uma simbologia viril que se afirma na identidade masculina (CECCHETTO, 2004).

Quanto ao perfil de mortalidade, as causas externas correspondem à primeira causa de morte masculina entre homens na faixa etária entre 25 a 59 anos. A seguir, como segunda causa de mortalidade vêm as doenças do aparelho circulatório e os cânceres, sendo que esse perfil se repete em relação à morbidade (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005; BRASIL, 2008). Tais achados remetem que embora as causas externas constituam um importante impacto na mortalidade masculina, principalmente para os homens mais jovens, quando excluídas das taxas de morbimortalidade, observa-se um destaque para as condições cardiovasculares.

Com relação aos tratamentos para doenças crônicas ou de longa duração, homens, em sua grande maioria, apresentam menor adesão, visto que esses tratamentos necessitam de empenho, e em algumas situações exigem a modificação de hábitos de vida. Esse cenário também é evidenciado nas ações de promoção e prevenção à saúde, que requerem, em geral, mudanças comportamentais (BRASIL, 2008).

Assinala-se que muitos dos agravos de saúde poderiam ser evitados, caso os homens utilizassem com regularidade os serviços de atenção primária. Enfatiza-se que a resistência em procurar esses serviços não aumenta apenas a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional dos homens e de suas famílias (BRASIL, 2008).

Ao investigar as razões para a não procura masculina dos serviços de saúde, estudos evidenciaram diversas justificativas que podem ser alocadas em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras institucionais e socioculturais (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008).

Entre as barreiras socioculturais, encontra-se a associação do homem como provedor. Tal concepção ainda está enraizada no imaginário social, fazendo com que as preocupações dos homens sejam direcionadas para o trabalho e para o

sustento da casa e da família, deixando em segundo plano os cuidados com a saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008). Pontua-se que a justificativa do trabalho para não buscar cuidado precisa ser considerada, porém cabe salientar que as mulheres também estão inseridas no mercado de trabalho e nem por isso deixam de frequentar os serviços de saúde. Esse comportamento distinto entre homens e mulheres, ambos inseridos no mercado de trabalho, reforça a relação entre gênero e cuidado com a saúde.

Outro ponto que se constitui como fator determinante pela não procura por cuidado por parte dos homens é o pensamento mágico de que “são invulneráveis”. Aliado a isso, encontra-se o medo de descobrir que sua saúde se encontra fragilizada, o que gera sentimento de repulsa aos serviços de saúde, levando os homens a se afastarem dos mesmos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008). Por estes e outros fatores, a busca por cuidado vai ficando em segundo plano no cotidiano masculino.

O adoecer é considerado um sinal de fragilidade para os homens que não reconhecem essa situação como um processo inerente à sua própria condição biológica. Além disso, o cultivo do pensamento mágico de que nunca irão ficar doentes faz com que os homens se sintam invulneráveis e, conseqüentemente, se exponham mais, e assim tornam-se vulneráveis, pois suas práticas atentam e impedem a função de autocuidado (SABO, 2002; BRAZ, 2005; MEDRADO et al., 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008).

Um estudo realizado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) revelou que os homens reconhecem que procuram menos os serviços de saúde ao serem comparados com as mulheres, sendo que as justificativas mais presentes nos relatos giraram em torno de um único argumento: os papéis atribuídos à identidade masculina. Para os autores o ser homem estaria associado à força, coragem e virilidade, características incombináveis com a demonstração de sinais de fraqueza e de medo, que podem ser representados pela procura por cuidado. Nessa concepção, procurar ajuda colocaria em risco a masculinidade e aproximaria os homens das representações de feminilidade.

Outras dificuldades apontadas para o menor acesso dos homens aos serviços de saúde são a timidez e a vergonha da exposição de seu corpo perante o profissional de saúde, seja ele homem ou mulher. As mulheres são ensinadas a cuidar de seu corpo e de sua saúde, desde a adolescência quando a menina passa

a vivenciar tabus sociais, como, por exemplo, a menstruação (SILVA, 1999). Diferentemente, os homens não foram acostumados a se expor a esses profissionais (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO; 2007) e nem tiveram seus corpos tomados pelas estratégias de controle e disciplina reprodutiva como as mulheres (SCHRAIBER, 2008).

Talvez a relação mais próxima das mulheres com os serviços de saúde esteja relacionada aos fatores culturais e sociais, pois cabe às mulheres acompanharem crianças, adolescentes e idosos nos atendimentos, bem como realizar pré-natal e coletas de exames ginecológicos (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005). Se os homens são educados para serem cuidados pelas mulheres, parece ser incoerente ensiná-los a cuidar de si mesmos. Assim, pode se dizer que ser homem é não ter que cuidar de ninguém, nem de si mesmo (PORTELLA et al., 2004).

Com relação às barreiras institucionais, expressa-se que os serviços de saúde geralmente são percebidos como espaços feminilizados, frequentados principalmente por mulheres e compostos por equipes de profissionais, em sua grande maioria, de mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Ao observar os serviços oferecidos em Unidades Básicas de Saúde, evidencia-se a inexistência de programas ou atividades direcionadas, especificamente, para a população masculina (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005; FIGUEIREDO, 2005). Tais constatações justificam a sensação de não pertencimento aos espaços de saúde que é expressa pelos homens. Além disso, as estratégias de comunicação ali estabelecidas privilegiam as ações de saúde para crianças, mulheres e idosos (BRASIL, 2008).

Também é preciso considerar que os serviços de saúde, na maioria das vezes, possuem horários de funcionamento que não atendem as demandas masculinas por coincidirem com o horário de trabalho (BRAZ, 2005; ARAÚJO; LEITÃO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Acresça-se a isso a demora do atendimento, que faz com estes homens percam o seu dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (SCHRAIBER, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Nesse contexto, as questões econômicas entram em pauta, uma vez que muitos homens não buscam atendimento particular por falta de poder aquisitivo compatível com o custo desse atendimento, e ao mesmo tempo não podem buscar cuidado pelo

Sistema Único de Saúde em virtude da demora e dos horários dos serviços que são disponibilizados.

Pinheiro et al. (2002) referem que existe um número elevado de homens internados em situação grave. Os mesmos autores relatam que os homens tendem a procurar mais os serviços de emergência, pronto atendimentos e farmácias para obter soluções para seus problemas de saúde. Talvez a preferência em utilizar esses serviços esteja relacionada com a forma de atendimento dos mesmos, os quais responderiam mais objetivamente às demandas. Nesses locais os homens seriam atendidos mais rapidamente, sem filas e sem marcar consultas médicas, e teriam mais facilidade de expor seus problemas (FIGUEIREDO, 2005).

Para superar muitos dos elementos que compõem a barreira sociocultural, torna-se necessário desconstruir no imaginário masculino a concepção de que procurar os serviços de saúde não é coisa de homem e que buscar cuidado “arranha” a masculinidade. Por outro lado, é indispensável que os serviços de saúde sejam organizados para atender as demandas trazidas por essa população e que busquem contemplar as diversidades de ser homem.

Pontua-se que para se promover melhor acolhimento dos homens nos serviços de saúde, não é necessário mudanças nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres nos serviços de saúde e nem a criação de serviços especializados para os homens. Porém, é essencial uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam eles homens ou mulheres (FIGUEIREDO, 2005). Quando menciona-se mudanças de postura prática, entende-se que não são necessários novos programas somente dirigidos para a população masculina, mas sim promover ações educativas que vão além de informar sobre violência, doenças sexualmente transmissíveis e direitos sexuais e reprodutivos, para dar conta da complexidade do cuidado à população masculina.

Enfatiza-se que os serviços de saúde podem construir estratégias assistenciais para melhor atender às diferentes necessidades masculinas, mas para isso torna-se cada vez mais imprescindível dar voz aos próprios homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007) e envolvê-los em atividades que visem promover ações de saúde. Pensa-se que profissionais de saúde, ao reorganizarem suas ações no cotidiano de trabalho, adotando para isso uma postura inclusiva, possibilitarão que os sujeitos masculinos sintam-se pertencentes aos espaços de saúde.

Paralelamente, os serviços de saúde também precisam reconhecer os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

Em sua obra “O buraco e a avestruz: a singularidade do adoecer humano”, Castiel (1994, p.13) desenvolve a idéia de que, *em geral, os pesquisadores não se sentem atraídos a se exporem a situações arriscadas em suas pesquisas*. O que explicaria a resistência por parte dos pesquisadores em se aventurar em territórios ainda não desbravados, por isso em algumas áreas do saber científico ainda existem lacunas.

O reconhecimento de que existem poucos trabalhos que se dedicam a examinar a masculinidade é um aspecto ressaltado pelos antropólogos como uma característica da constituição do próprio campo do gênero (CECCHETTO, 2004). Em uma breve retrospectiva da construção dos estudos de gênero e de pesquisas com homens, Leal e Boff (1996) salientam a dificuldade de incorporar sujeitos masculinos como objeto de investigação. Nesse contexto, as autoras afirmam que ainda hoje temos uma forte concentração dos estudos sobre homens abordando a sexualidade, cultura popular e classe operária, sendo os dois últimos temas ligados ao âmbito das ciências sociais.

Ao refletir sobre a produção científica na temática da saúde do homem, Gomes (2003) salienta a necessidade de realização de estudos em diferentes estratos sociais e profissionais, para que estes possibilitem ancorar o debate num campo empírico e, a partir disso, ocorra maior produção de conhecimentos que possam instrumentalizar as práticas de saúde.

Frente a esses aspectos, torna-se essencial que, no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, os homens não sejam vistos apenas como indivíduos dotados de corpos de sexo masculino e, sim, como sujeitos em exercício da masculinidade (SCHRAIBER, 2008). E mais, no atendimento das necessidades de saúde da população masculina, os profissionais precisam e é necessário que resguardem as diferenças (BRASIL, 2008), pois só assim a atenção ao homem será pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, sobretudo na integralidade. Para tanto, é necessário mencionar a importância da inclusão deste tema nos currículos dos cursos da saúde, pois muitas instituições de ensino somente desenvolvem disciplinas voltadas para a saúde da mulher e da criança.

Ao finalizar este tópico do estado da arte não se pode deixar de realizar uma crítica com relação às abordagens de cuidado aqui explicitadas. Ao buscar materiais com enfoque no cuidado masculino não foram evidenciadas abordagens que utilizassem outras formas de cuidado a não ser aquele desenvolvido classicamente pelos serviços de saúde. Tal enfoque também é valorizado na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Reconhece-se aqui a importância deste cuidado prestado pelos profissionais de saúde, no entanto, enfatiza-se também a importância de se realizar outras abordagens que contemplem as formas de cuidado presentes no sistema informal e popular, que muitas vezes, não são reconhecidas pelo sistema profissional de saúde.

2.1.3 Itinerários Terapêuticos: sistemas plurais de cuidados

Ao identificar que sua saúde se encontra debilitada, idealiza-se que o indivíduo busque compreender de diferentes maneiras esse acontecimento e também procure alternativas para solucionar a situação. Esta trajetória em busca da solução para seu problema de saúde pode contemplar estratégias de cuidado oriundas do indivíduo, de sua família e de pessoas que convivem com ele (vizinhos, amigos, colegas de trabalho), saberes e práticas que não atendem às racionalidades científicas e serviços de saúde, legitimados com profissionais, conformando assim itinerários terapêuticos.

A investigação dos itinerários terapêuticos permite conhecer como as pessoas adoecem e quais são os sistemas de cuidado formais e informais mobilizados por elas na busca de cuidado. Ao mesmo tempo, apontam como o sistema de saúde organiza e oferece o cuidado profissional, proporcionando ações e práticas que podem ser ou não resolutivas e integrativas aos que buscam esta forma de cuidado.

Complementando, Gerhardt (2007) destaca que o estudo dos itinerários terapêuticos apresenta os múltiplos fatores presentes nas dinâmicas cotidianas, pois o mesmo possibilita a compreensão do enfrentamento das situações de saúde e doença, que se modelam a partir do contexto em que os indivíduos vivem, bem como dos aspectos econômicos, sociais e culturais que organizam a vida coletiva e a vida biológica, resultantes de um espaço de ação e interação social. É nesse cenário que as pessoas estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais,

as quais direcionam as práticas terapêuticas e auxiliam no enfrentamento de situações cotidianas (GERHARDT et al., 2009).

A busca por cuidado tem no itinerário terapêutico uma configuração de um plano concreto, de estratégias e projetos que se ancoram no tratamento e na busca pelo alívio do sofrimento vivenciado. Tal reflexão implica em dizer que não se pode deixar de incluir nessa análise as emoções, os interesses e as atitudes circunstanciais, até porque não se trata de um plano projetado *a priori*, mas sim de um conjunto de significados presentes nas ações inerentes às experiências vividas concretamente pelos indivíduos em interação (PINHEIRO; JUNIOR, 2009).

Assim, adota-se a definição de Gerhardt et al. (2009, p.291), a qual desenvolve a idéia de que itinerários terapêuticos (IT) são:

[...] as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes - sob a forma de redes sociais formais e informais - e da resolutividade obtida. Destaca-se que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição.

Gerhardt et al., (2009, p.292) ainda destaca que:

[...] o itinerário terapêutico enquanto ferramenta teórico-metodológica se constitui em uma prática avaliativa centrada no usuário capaz de revelar a complexidade das dinâmicas cotidianas nas quais os indivíduos se inserem.

Para Pinheiro e Junior (2009), compreender os ITs requer um movimento analítico retrospectivo capaz de conferir coerência entre as ações realizadas muitas vezes de forma fragmentada, que, no entanto, fundamentam os diferentes processos de escolhas e decisões. Analisar tais ações significa, também, considerar os discursos por elas produzidos e não dissociá-los, sob o risco de cometermos falsas dicotomias e dilemas epistemológicos, que reduzem a interpretação apenas aos resultados alcançados, ou seja, à resolutividade ou não, atingida na trajetória realizada, dissociando esses processos do mundo social.

Ainda com ênfase nos itinerários terapêuticos, é importante destacar que na maioria dos estudos são ressaltados itinerários médicos ou trajetórias assistenciais que correspondem à sequência de recursos de cuidados profissionais acionados desde o aparecimento de um problema ou doença até a sua cura, estabilização ou morte (NOVAKOSKI, 1999). No entanto, reconhece-se que existem diferentes formas de cuidados, não somente os cuidados ofertados pelo sistema de saúde profissional, e que precisam ser consideradas, pois fazem parte do cotidiano dos indivíduos.

Com relação aos sistemas de cuidado, Helman (2009) os classifica em setores informal, popular e profissional. Cada um desses possui características distintas, sendo que o indivíduo pode se utilizar deles individualmente ou realizar combinações. Pontua-se que a situação de adoecimento e a simbologia e ela associada, entre outros fatores, é que vai determinar qual é o setor mais adequado para se alcançar a solução ou para amenizar o problema vivenciado.

O setor informal, segundo Helman (2009), é constituído pelo domínio leigo. Nesse sistema, os cuidados de saúde se iniciam logo após o reconhecimento do desconforto, que podem ser automedicação, tratamento indicado por pessoas próximas, atividade de cura na igreja e grupo de autoajuda, bem como consulta com pessoas leigas que tenham experiência com problemas de saúde. Esse sistema concentra os cuidados prestados pela família, na qual as mulheres são as principais provedoras.

Já o setor popular é formado por curandeiros, espiritualistas, clarividentes, dentre outros, que, na maioria das vezes, compartilham os mesmos valores culturais e visão de mundo da comunidade em que estão inseridos. Esses atores se utilizam de modos familiares para explicar a saúde e a doença e a sua relação com o mundo social e natural. Nesse contexto, é importante frisar que os cuidados oferecidos por esse setor podem oferecer risco, em especial se o curandeiro não está familiarizado com o funcionamento social das comunidades ou se este utiliza práticas que atentem à saúde (HELMAN, 2009).

Os profissionais de saúde, regulamentados por leis, constituem o setor profissional. De acordo com Helman (2009), esse setor desfruta de certo prestígio e poder para interrogar, medicar, indicando, algumas vezes, medicamentos que oferecem risco à saúde, assim como pode privar as pessoas de liberdade e convívio familiar, ao ser diagnosticada uma infecção ou doença que precise de internação

hospitalar. No entanto, esse recurso nem sempre está disponível devido ao número reduzido de profissionais e à concentração destes em centros urbanos.

A natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, se diferencia de um indivíduo a outro e pode variar em um mesmo indivíduo entre um episódio de doença e outro. Dessa forma, o processo de escolha de um sistema de cuidado está sujeita a questionamentos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde e envolve variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas, entre outras. Tais escolhas podem ocorrer de forma simultânea e em cascata, de tipo exclusivo (apenas um sistema) ou tipo misto (contempla mais de um sistema), pois não existe um padrão único e pré-definido de busca terapêutica (GERHARDT, 2010).

Entre os elementos que podem disparar ou não a busca por cuidado se encontram as concepções de saúde e doença. Segundo Helman (2009), as concepções de saúde e doença variam entre as pessoas, famílias, grupos e classes sociais. Para esse autor, a saúde vai muito além da ausência de sintomas desagradáveis, ela está relacionada a aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Já, para falar sobre doença, Helman se utiliza de teorias leigas que denotam concepções abrangentes para explicar o funcionamento do corpo e as diversas causas de mal-estar.

Adentrando nas concepções de saúde e doença, na sociedade existe um sistema de classificação que permite que o indivíduo se autorrefira como doente ou não. Além disso, entre as características que remetem ao adoecer é realizada uma classificação das doenças, sendo que estas podem ser consideradas simples ou sérias. Dessa forma, se a doença vivenciada for considerada séria, será exigida a mobilização de estratégias diferenciadas.

Ao analisar itinerários terapêuticos de doenças reconhecidas como leves, Novakoski (1999), Roesse (2005) e Souza (2005) evidenciaram que a primeira escolha de cuidado era oferecida pelo setor informal, por meio de automedicação; caso os sintomas não aliviassem, o setor profissional era acionado, seguido pelo setor popular. Já, no caso de doenças consideradas graves, a primeira escolha era o setor profissional.

Os achados citados vão ao encontro do trabalho realizado por Oliveira (1998) com homens e mulheres em idade fértil, em quatro vilas de Porto Alegre. Ao pesquisar o que era considerado doença pelos participantes, o autor evidenciou nos

relatos uma classificação das doenças em simples e sérias. Assim gripe, diarreia, tosse eram consideradas doenças simples e não requeriam auxílio de profissionais da saúde para serem superadas, já dor no peito, sangramento eram sinais de uma doença séria e indicativos de que era preciso procurar ajuda nos serviços de saúde. Desse modo, dependendo da classificação da doença, as estratégias mobilizadas pelo doente e sua família eram distintas, podendo abranger desde o uso de chás, benzedeiros, até a ida em centros de atendimento em saúde.

A adoção de cuidados não tem se legitimado somente no saber biomédico, mas também em saberes diversos, influenciados pelo contexto em que ocorrem. Não existem regras que determinem o que fazer e quando fazer. Desse modo, alguns itinerários terapêuticos se aproximam mais do modelo biomédico, enquanto que outros transitam em instâncias pautadas no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso (MALISKA; PADILHA, 2007).

Alves e Souza (1999) assinalam que em sociedades complexas modernas, os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde, pois se deparam com uma multiplicidade de escolhas oferecidas por uma gama de serviços terapêuticos. Tais serviços se apoiam em diferentes métodos e premissas para explicar as aflições dos indivíduos.

Nesse cenário, Gerhardt (2007) relata que a escolha por determinada prática em saúde sofre influência de diversos fatores, e dentre eles destacam-se: idade, sexo, categoria social, profissão, etnia, família e interação social. As características do problema enfrentado também podem ser determinantes na escolha, assim como o entendimento do que significam a doença e a disponibilidade dos serviços, traduzidos no acesso, vínculo e qualidade. Ainda, a autora destaca que cada escolha terapêutica possui vantagens e desvantagens e que estas são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo (GERHARDT, 2006).

Reportando-se novamente ao estudo dos itinerários terapêuticos, assinala-se que as condições crônicas oferecem cenário para conhecer os diferentes sistemas de cuidados que conformam os ITs. Por serem incuráveis, demandam cuidados continuados e prolongados, cuidados estes que podem ser intensificados em momentos de agudização e amenizados em períodos de silenciamento (BELLATO, et al., 2009).

Um aspecto que precisa ser salientado é que as condições crônicas compreendem um amplo grupo de agravos, no qual se incluem as doenças crônicas, assim como seqüelas e mutilações. Fazem parte desse grupo ainda as incapacidades estruturais, como, por exemplo, amputações, cegueira e transtornos das articulações (OMS, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam a principal causa de adoecimento e morte em adultos, em todas as regiões do mundo. Das mortes causadas por doenças crônicas quase metade ocorre precocemente, em pessoas com menos de 70 anos, sendo que um quarto das mortes é de pessoas abaixo dos 60 anos de idade.

Sobre isso, Cesse e Freese (2006) apontam que as DCNTs representam um ponto importante a ser trabalhado na saúde, uma vez que são responsáveis por incapacidades que resultam em diminuição significativa de força de trabalho e acompanhamento de saúde contínuo. Assim, torna-se de suma importância que o crescimento do número de pessoas acometidas por doença crônicas seja previsto, compreendido e que se tomem atitudes em relação às mesmas, sem esquecer que tais limitações não são exclusividade apenas das doenças crônicas e, sim, das condições crônicas de maneira geral.

Outro ponto merece destaque, tendo em vista que este estudo utiliza o termo “situação de adoecimento crônico” é a diferença entre situação e condição. Segundo Raynaut (2006), condição é tudo aquilo que se impõe aos atores sociais na qualidade de “dados”, sejam eles materiais (como condições econômicas, habitacionais, prenúncio de um agente patologizante) ou imateriais (igreja, associação comunitária, relações interpessoais). A noção de situação diz a respeito à posição singular que um indivíduo, uma família ou um grupo ocupa em relação a este universo referencial. Desse modo, a situação é a transformação da condição, por meio da interação entre as condições existentes e empenho dos atores sociais, que podem reagir ou não a elas, tentar modificá-las e interpretá-las, reconfigurando a realidade com sua atuação.

Assim, a situação de adoecimento crônico pode ser definida como:

[...] um processo através do qual o indivíduo confere significados socialmente reconhecidos a suas disfunções ou a seu estado patológico, em outras palavras, se caracteriza como aquela onde as necessidades em saúde remetem a um processo histórico e social, construído a partir do cotidiano dos atores (GERHARDT, et al., 2009,p. 296).

Além de se constituir uma prática eficaz de avaliação centrada no usuário, os itinerários terapêuticos mostram o papel das redes sociais no momento em que se vivencia uma situação de adoecimento. Ao mesmo tempo, e complementarmente, a análise das redes sociais permite descobrir as lógicas, possibilidades e escolhas mobilizadas ao longo dos ITs (GERHARDT et al., 2009).

Segundo Gerhardt et al. (2009) compreender a densidade e a intensidade das relações, das mediações e das trocas presentes nas redes sociais permite caracterizar de forma mais decisiva os itinerários terapêuticos e as múltiplas práticas que o compõem. E acrescenta que a mobilização de recursos sociais possui caráter dinâmico e em algumas vezes é transitória.

Riquinho (2009) refere a existência de estratégias não reconhecidas pelos serviços de saúde que motivam os indivíduos a buscar cuidados. Tais estratégias podem estar relacionadas ao estabelecimento de vínculos com redes sociais de apoio dentro da comunidade ou à mobilidade em busca de práticas e de serviços que satisfaçam às necessidades de saúde.

Sobre isso, Acioli (2006) assinala que os indivíduos vêm desenvolvendo movimentos, muitas vezes imperceptíveis, mas que compreendem experiências construídas a partir de sua lógica de ação, as quais podem ser identificadas na consolidação de redes, no movimento e nas práticas cotidianas. Para isso, é importante conhecer as maneiras de fazer desse coletivo, identificando as práticas relacionadas direta e indiretamente às suas experiências com a saúde e a doença, pois estas podem apontar um caminho para a incorporação de novos olhares na lógica dos serviços de saúde.

As redes de apoio representam a construção de suporte pelos indivíduos, resultando de processos de troca de dádivas e de ações de reciprocidades em registros múltiplos e diferenciados (circuito das afetividades, das mobilizações coletivas por direitos e circuitos das solidariedades reflexivas em torno de ideias

comuns). Elas servem de suporte para a circulação de bens materiais e simbólicos que contribuem para diferenciar e singularizar o todo social em partes crescentemente complexas, como as classes, os grupos e os indivíduos (MARTINS, 2009).

Riquinho (2009), ao construir as redes sociais de moradores de uma comunidade rural, evidenciou que os recursos circulantes na rede social são predominantemente mobilizados por elos familiares e de vizinhança, procurando atenuar os problemas sentidos e expressos, tanto em relação à reprodução física, como social. As relações familiares são constituídas por fortes laços de pertencimento e sociabilidade; quando a família se apresenta fragilizada, normalmente por sua estrutura de tamanho reduzida, os vizinhos a integram. Sua principal atuação ocorre na entreaajuda, seja para as atividades de labor, durante a plantação e colheita, no acompanhamento de hospitalização ou ainda no aluguel do carro para levar até a cidade, nas situações de doença.

Ao estudar duas comunidades pobres na cidade de Paranaguá, Gerhardt (2006) observou que as mulheres eram as que mais desencadeavam redes de apoio por meio das relações familiares e de vizinhança, assim como redes de solidariedade organizadas em torno das igrejas, as quais, muitas vezes, por ausência do Estado, ocupam esse espaço por meio de programas sociais, ao mesmo tempo em que transmitem sua visão de mundo. Portanto, a ajuda fornecida não é gratuita, ela tem um preço, seja em termos monetários ou em termos de fidelidade.

Considera-se que o conhecimento por parte dos profissionais de saúde dos diferentes sistemas de cuidados, inclusive daqueles que apresentam explicações que fogem das racionalidades médicas, vem contribuir para que tenham um melhor entendimento das necessidades de saúde expressas pelos usuários. Neste mesmo contexto, o estudo da formação das redes de apoio social, do modo como ocorrem a inserção e a participação das pessoas na sociedade, de uma forma geral, pode trazer subsídios para a compreensão dos processos vividos e das estratégias utilizadas para superá-los. Todavia, acredita-se que para alcançar tais objetivos é importante que os profissionais estejam capacitados e dispostos a ouvir, perceber e reconhecer as diferenças culturais dos indivíduos, e que através do diálogo alcancem uma relação de cumplicidade, sem que o conhecimento de um seja anulado em prol do outro.

2.2 Unindo Itinerários terapêuticos, homens em situação de adoecimento crônico e comunidade Rincão dos Maia-Canguçu/RS

Canguçu situa-se no sul do estado do Rio Grande do Sul (RS), possui 51.447 habitantes, sendo que, destes, 65,60% residem em áreas rurais (BRASIL, 2000). O município é dividido em 120 localidades que constituem cinco distritos. É conhecido por possuir o maior número de minifúndios do estado e por apresentar situação agrária marcada pela grande incidência de parceiros e de arrendatários, e uma ocorrência menor de proprietários. Os agricultores trabalham em pequenas áreas, desenvolvendo agricultura familiar de subsistência bem diversificada. Entre os produtos cultivados, destacam-se o fumo, o pêssego, o feijão e milho, e na pecuária a criação de gado de corte e leiteiro. Ali também existem 16 assentamentos recentes, nos quais residem 450 famílias (VERDUM et al., 2008).

A comunidade rural Rincão dos Maia, cenário deste estudo, possui uma população de 814 pessoas e 241 famílias (RIQUINHO, 2009), localiza-se num terreno acidentado no primeiro distrito, distante 12 km da sede do município. Na localidade, concentra-se o maior número de pequenos estabelecimentos familiares de Canguçu. As famílias de agricultores dedicam-se ao cultivo da matéria-prima para a indústria de doces e conservas ou trabalham integradas às empresas fumageiras. Com relação à estrutura, encontram-se ali uma escola de ensino fundamental, um posto de saúde, uma igreja católica e uma evangélica, além de uma sede comunitária, sendo esta conquistada com o esforço da sociedade local e com o auxílio do poder público (FIALHO, 2005).

Antigamente, as terras da localidade constituíam uma estância de sesmaria, a qual pertencia à família dos Maia, motivo pela qual foi nomeada. No passado, as condições de vida dos habitantes da comunidade eram precárias, famílias numerosas, práticas agrícolas incipientes, casas de pau a pique, com chão batido e com cobertura de capim santa-fé ou telhas sem forro faziam parte do cotidiano da localidade (FIALHO, 2005).

Segundo relatos, as pessoas que ali residiam quase não tinham roupas, e utilizavam-se da brasa como estratégia para se manterem aquecidas, uma vez que o clima da região, além de apresentar baixas temperaturas, é muito úmido, o que torna a sensação térmica de frio marcante. Eram reconhecidos com facilidade pelas

peças da cidade ou de outras localidades, em função de seu tipo físico (subnutridos), pela forma de vestir, pelos gestos e pela fala, pelos comportamentos violentos e brigões, configurando à localidade o apelido de “Rincão do Pulgado” (FIALHO, 2005).

A partir do final da década de 70, a situação da comunidade começou a melhorar influenciada pelo Programa de Desenvolvimento de Comunidade pela Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul (SUDESUL) passou a ser aplicado no município. Esse programa visava reduzir as desigualdades sociais das populações carentes que residiam no meio rural por meio do planejamento participativo, possibilitando que tivessem acesso às atividades produtivas e proporcionando, assim, melhoria na qualidade de vida. Porém, nem todas as famílias do Rincão dos Maia aderiram ao programa, portanto existe uma diversidade de situações de vida na localidade (FIALHO, 2005; RIQUINHO, 2009).

Considerando que ao perceber que sua saúde se encontra debilitada, os indivíduos se mobilizam para buscar cuidados, construindo um itinerário terapêutico singular que pode ter influências sociais, geográficas, culturais, econômicas e de experiências já vivenciadas pelo próprio indivíduo ou por pessoas conhecidas dele, a investigação dos ITs mostra-se relevante para o Campo da saúde. Nesse sentido, a construção dos itinerários terapêuticos, além de possibilitar conhecer os sistemas de cuidado acionados pelo indivíduo, as motivações que dispararam a busca, as redes sociais que se fizeram presentes no momento de adoecimento, também permite avaliar como o sistema de saúde profissional tem se organizado para atender quem os procura.

As populações rurais, em muitos municípios, ainda se encontram desassistidas pelo sistema profissional de saúde, tendo que se deslocar até a área urbana em busca desta forma de cuidado. Em Canguçu não é diferente, o município conta com 27 estabelecimentos de saúde, todos localizados na área urbana, embora mais de 60 % de sua população resida em áreas rurais. Esses serviços se encontram distribuídos em cinco centros de saúde, 13 postos de saúde, duas clínicas especializadas, um hospital geral, cinco unidades de apoio diagnose e terapia, e uma unidade de vigilância em saúde, sendo que 21 realizam atendimento de demanda espontânea, um atende serviço por demanda referenciada e cinco por demanda referenciada e espontânea (GERHARDT et al., 2008).

Até final de 2008 os moradores do Rincão dos Maia tinham atendimento na própria comunidade, pois a mesma possuía um posto de saúde que foi construído em parceria com o poder público e com as pessoas que lá residiam. Os profissionais que ali atuavam eram contratados pela associação comunitária, que mantinha um convênio com a prefeitura do município. Ao cessar o convênio, os profissionais deixaram de atender na comunidade e esta passou a receber atendimento do posto itinerante ou unidade móvel que percorre as comunidades rurais. Assim, a comunidade recebe a cada 15 dias a visita de uma equipe de saúde. No entanto, essa modalidade de serviço não consegue atender à demanda da população, restando como única alternativa a busca por este tipo de cuidado na cidade.

A escolha dessa comunidade para analisar os itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico se deve à pesquisa *“A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural”*⁶, pois, evidenciaram-se na comunidade altos índices de doenças crônicas, sendo mais referidos problemas cardiovasculares, seguidos dos mentais e comportamentais, osteomusculares, endócrinos e metabólicos e respiratórios (RIQUINHO, 2009). Esses dados demonstram que a transição epidemiológica vem atingindo indivíduos residentes na zona rural e urbana sem distinção, sendo esta uma questão que precisa ser considerada ao se pensar na promoção de comunidades saudáveis.

Constatou-se que os itinerários terapêuticos construídos pelos seus moradores eram plurais, diversos, podendo contemplar o sistema informal, popular e profissional (RIQUINHO, 2009). A autora também aponta que uma das principais dificuldades das pessoas que residem no meio rural é acessar os serviços de saúde, pois estes estão localizados em sua grande maioria no meio urbano. A oferta reduzida de transporte coletivo nesses lugares faz com que as pessoas criem estratégias, como ir a pé ou endividar-se com um vizinho que tenha carro para ir até esses serviços.

Considera-se que a distância do centro urbano e conseqüentemente dos serviços de saúde, possa contribuir significativamente para que moradores da comunidade não busquem assistência nos serviços de saúde ou utilizem outras

⁶ RIQUINHO, Deise Lisboa (2009). Dissertação desenvolvida dentro do projeto “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise de fluxos e utilização dos serviços de saúde”, coordenado pela professora doutora Tatiana Engel Gerhardt.

formas de cuidado para superar ou amenizar o problema vivenciado. No entanto, acredita-se que há outros elementos também envolvidos nas escolhas de buscar tais formas de cuidado além do cuidado profissional, ou de simplesmente não buscar cuidado, como, por exemplo, as escolhas ou papéis de gênero, principalmente em sujeitos masculinos, para os quais adoecer e buscar auxílio pode arranhar sua masculinidade.

Frente ao exposto, foram traçadas as seguintes questões de pesquisa:

Quais são as concepções de saúde e doença de homens em situação de adoecimento crônico que residem nessa comunidade?

Quais foram os caminhos percorridos por eles ao perceberem-se adoecidos?

Quais foram os disparadores para a busca de cuidado?

Quais atores e elementos constituíram suas redes de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento da situação crônica?

Quais ações/elementos/dispositivos são consideradas (os) por estes homens como possíveis “arranhadores” da masculinidade?

3 OBJETIVOS TRAÇADOS

3.1 Geral

Analisar os itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico residentes na comunidade rural Rincão dos Maia, Canguçu/Rio Grande do Sul.

3.2 Específicos

Com o intuito de cumprir o objetivo geral deste projeto de pesquisa, são descritos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as concepções de saúde e doença de homens em situação de adoecimento crônico residentes nessa comunidade rural;
- Descrever e analisar os itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico, identificando os dispositivos disparadores da busca por cuidado e as redes de apoio mobilizadas nos períodos de agudização e de silenciamento da situação crônica;
- Analisar as mudanças no cotidiano desses homens devido ao adoecimento e as situações arranhadoras da masculinidade.

4 O CAMINHO DA PESQUISA: ENTRE PEDRAS, FLORES E SURPRESAS⁷

“Aqueles que embarcam numa vida de diálogo com a experiência humana deveriam abandonar todos os sonhos de um fim tranquilo de viagem. Toda a sua felicidade se encontra na própria jornada” (BAUMAN, 2011).

No dia em que entrei em campo dei-me por conta que a frase de Zigmund Bauman, autor pelo qual possuo grande admiração, trazia um ensinamento que eu levaria para sempre. A ideia da pesquisa como um caminho tranquilo estava começando a ser desconstruída e em seu lugar passei a ver a pesquisa como um caminho com pedras, flores e muitas surpresas. Ao usar tal metáfora, busco mostrar que, assim como os caminhos de um jardim, a pesquisa também traz a alegria e a beleza das flores, dificuldades como as pedras que encontramos no decorrer da caminhada e temos que retirar, e coisas que nos surpreendem. E mais, percebi naquele momento que, se tivermos a sensibilidade de refletir sobre nossa caminhada, perceberemos que a felicidade está, sim, na trajetória.

Bom, mas antes de contar meu itinerário de pesquisa na comunidade do Rincão dos Maia, gostaria de colocar alguns aspectos metodológicos que são necessários para melhor contextualizar o estudo em questão. Como cada itinerário terapêutico é único, pois é traçado por um indivíduo singular, era preciso trabalhar com uma abordagem metodológica que permitisse ir além do que é visível. Um entendimento aprofundado da realidade a ser investigada teria que ser alcançado e, para isso, optou-se por trabalhar com pesquisa qualitativa, pois, segundo Minayo (2008), qualquer investigação que vise um estudo mais amplo não pode ficar restrita apenas a números.

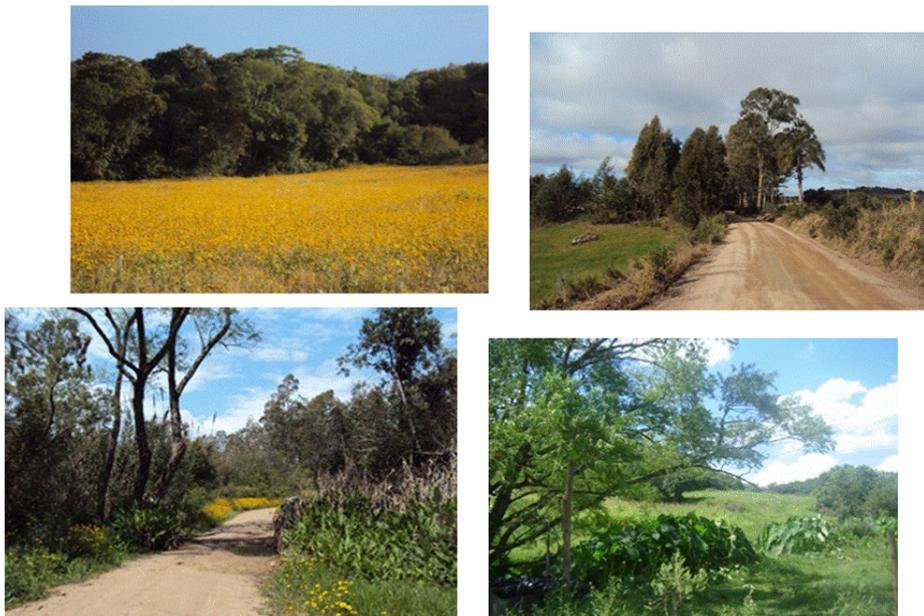
Por considerar seu objeto de estudo de forma integral, ou seja, um ser humano que ocupa lugar na sociedade, que pensa e sente com todas as suas complexidades e particularidades, o cenário das pesquisas qualitativas é o cotidiano e as experiências de senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos atores que as vivenciam, e assim é possível contemplar relações interpessoais, sentimentos e emoções (MINAYO, 2008).

⁷ Neste capítulo optei por apresentar minhas experiências e escolhas na primeira pessoa do singular.

Desse modo, ao perseguir significados, princípios atuantes nas relações sociais, elementos constitutivos e constituintes de sistemas culturais, os estudos qualitativos tendem a oferecer interpretações, resultando em proposições acerca da realidade social, cujo uso cabe aos próprios indivíduos que a constituem a definir e praticar (RAMOS, 2007).

Já a observação, o registro e a análise de fatos que envolvem homens situação de adoecimento crônico, sem intervir sobre eles, conferiram ao estudo um caráter descritivo e o levantamento de informações com a finalidade de conhecer melhor esse fenômeno, percebê-lo de outras maneiras e descobrir novos caminhos, o que caracteriza a pesquisa também como exploratória (CERVO; BERVIAN, 1996; SEVERINO, 2007).

Figura 1: Caminhos do Rincão dos Maia que me levaram até os entrevistados.



Fonte: Grupo de Pesquisa que atuou na comunidade Rincão dos Maia, 2011.

4.1 Cenário e atores

Como mencionado na construção do problema de pesquisa, a realização de outros estudos, em especial de Riquinho⁸ (2009), na comunidade do Rincão dos Maia⁹, Canguçu/Rio Grande do Sul, possibilitou que esta fosse cenário¹⁰ para conhecer os itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico. Após decidir realizar a pesquisa na comunidade, havia uma decisão importante a ser tomada: como se iria localizar os possíveis participantes do estudo? Para isso, solicitei autorização à autora para acessar o banco de dados da pesquisa “A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural” (RIQUINHO, 2009).

A partir da construção de um novo banco de dados com homens em situação de adoecimento crônico, residentes na comunidade do Rincão dos Maia, evidenciei um maior número de sujeitos masculinos alocados no grupo de problemas cardiovasculares. Considerando isso, aliado à diversidade de situações ali presentes e tendo em vista que as condições cardiovasculares correspondem à segunda causa de morbidade e mortalidade masculina, ficando atrás somente das causas externas, optei por trabalhar com esse universo.

Assim, decidi que os critérios para participar do estudo seriam: ser homem, residir na comunidade no Rincão dos Maia, ser maior de 18 anos, autorreferir-se portador de um problema cardiovascular, podendo este ser acompanhado de outra condição crônica ou não, apresentar condições de comunicação verbal, aceitar o uso de gravador e permitir que os resultados obtidos pelo estudo pudessem ser publicados em meios científicos.

Tendo em vista os critérios estabelecidos, parti com a intenção de trabalhar com todo o universo que compunha o critério de “problemas cardiovasculares”, o que correspondia um total de 20 homens, no entanto, isso não foi possível, pois nem todos atendiam os critérios pré-estabelecidos. Dos 20 possíveis participantes, os seguintes resultaram em exclusão: não podiam se comunicar em função de sequelas

⁸ RIQUINHO, Deise Lisboa. A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. 2009.213f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

⁹ Ver Anexo B.

¹⁰ Mais detalhes sobre esse cenário na construção do problema de pesquisa.

dos problemas cardiovasculares (2); não foi encontrado em casa na primeira etapa de campo, embora tivessem sido realizadas três tentativas (1); havia falecido de acidente de carro (1); não residia mais na comunidade (1); não referiu condição crônica (1); e não foi possível dar continuidade às entrevistas da segunda etapa, em virtude de tentativas de visitas sem sucesso (2). Excluídas as situações relatadas, o grupo pesquisado totalizou 12 homens.

Com relação ao número de entrevistados, é importante destacar que o estudo proposto não buscou representatividade numérica e sim um aprofundamento da temática estudada (MINAYO, 2008).

No quadro a seguir apresenta-se uma breve caracterização dos homens entrevistados:

Quadro1: Perfil dos homens em situação de adoecimento crônico participantes da pesquisa

Nome	Idade	Escol *	Ocupação	Vive com	Temp. adoec. **	Condição Referida
Augusto	70	4º s.	Agricultor/ Aposentado	Esposa e neto	10 anos	Problemas de coração; Hipertensão
Antônio	70	3ª s.	Agricultor/ Aposentado	Esposa e filho	5 anos	Hipertensão
Francisco	75	6ª s.	Aposentado	Esposa e irmã	2 anos	Hipertensão
Rodolfo	45	3ª s.	Agricultor/ Diarista	Esposa, enteado e sogra	10 anos	Hipertensão
Nelson	65	Analfa beto	Agricultor/ Aposentado	Irmãs	30 anos	Problemas de coração/ chagas; Problema de intestino
Carlos	80	1ª s.	Aposentado	Esposa, filho, nora e netos	1 ano	Problemas de coração
Oscar	58	2ª s.	Agricultor	Esposa e filho	20 anos	Hipertensão; Dermatite
Luis	52	3ª s.	Agricultor	Esposa e filha	15 anos	Hipertensão; Gastrite, depressão
Danilo	59	4º s.	Aposentado	Esposa e filho	20 anos	Hipertensão; Câncer de próstata, problema de coluna, diabetes
Benedito	62	1ª s.	Aposentado	Esposa, mãe e sobrinha	8 anos	Problemas de coração/Hipertensão Depressão
João	56	3ª s.	Agricultor/ Aposentado	Esposa, filha, genro e	3 anos	Problemas de coração/Hipertensão Problema de

				netos		próstata/Diabetes
Paulo	76	Analfabeto	Aposentado	Esposa	10 anos	Hipertensão; Reumatismo

Escolaridade*

Tempo de Adoecimento **

Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

4.2 Para dar voz aos atores

Apoiando-me na citação de Mason (1996), pontuo que o pesquisador precisa trabalhar arduamente para encontrar dados nas fontes que escolheu e não simplesmente ir à busca de dados que já estejam prontos. Portanto, a pesquisa qualitativa implica em mais do que uma técnica prática ou procedimento para a obtenção de dados, ela envolve também um processo de geração de dados com atividades intelectuais, analíticas e interpretativas.

Pode-se ver 'pessoas' como fontes de dados no sentido de que estas são repositórios de conhecimento, provas, experiências que são relevantes para a pesquisa. Todavia, pode haver uma gama mais extensa de métodos para tratarmos da geração de dados entre pessoas: pode-se observá-las, falar com elas, coletar produtos gerados por elas, como diários, fotos e assim em diante. Neste sentido, suas fontes de dados são lugares ou fenômenos que, acredita-se possam gerar dados e seus métodos de geração de dados são as técnicas e estratégias utilizadas para tal (MASON, 1996.p.35).

Partindo dessas idéias, assinalo que a geração de dados deste estudo ocorreu a partir de entrevistas semiestruturadas, diário de campo, observação não participante e grupo focal, sendo algumas dessas técnicas utilizadas no decorrer das três etapas da pesquisa, que serão detalhadas neste capítulo. Acredito que a junção desses diferentes instrumentos mostrou-se pertinente, na medida em que o estudo dos itinerários terapêuticos é complexo e possui inúmeras particularidades, que não poderiam ser apreendidas com somente uma técnica de geração de dados.

As entrevistas semiestruturadas obedecem a um roteiro de questões abertas e fechadas, permitindo ao pesquisador maior abrangência do assunto investigado. Parte-se de questionamentos prévios, conforme as questões de pesquisa, e permite que, a partir das respostas do participante, criem-se novos questionamentos, o que por sua vez gera o enriquecimento das informações (TRIVINOS, 1987). Desse modo, as entrevistas são interações sociais que possibilitam ao pesquisador aprofundar e complexificar o tema investigado, bem como buscar a completude dos

dados, em vez do tipo de padrões superficiais que, por exemplo, são oferecidos pelos questionários (MASON, 1996).

Ao falar da técnica de grupo focal, Babour (2009) afirma que qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando as interações de grupo. Para a autora, a realização de grupos focais é uma estratégia atraente para aqueles que de uma forma são isolados ou para os que anseiam uma oportunidade de falar com outras pessoas que se encontrem na mesma situação que eles, principalmente se estes não possuem ou não frequentam grupos de apoio, pois, a partir da junção, eles podem se sentir encorajados a dividir suas experiências a partir de outras vivências.

Com relação ao uso do diário de campo, assinala-se que este é instrumento de registros de dados do pesquisador. Além de serem descritos no diário os eventos, conversas, surpresas encontradas, esse instrumento tende a ser mais abrangente, registrando também análises e interpretações do pesquisador frente ao que foi vivenciado (ROESE et al., 2006). Já a observação não participante busca fazer uma descrição mais detalhada e precisa dos fenômenos a serem apreendidos. Para isso, o pesquisador presencia o fato, sem intervir sobre ele, tem o papel de expectador. No entanto, o pesquisador deve ter claro que informações são relevantes para atingir seu objetivo, utilizando para isso um plano de observação (GERHARDT, et al., 2009).

Cabe destacar que em todas as etapas o estudo obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os entrevistados foram assegurados por meio do Termo de Esclarecimento e Consentimento Pós-Esclarecimento (APÊNDICE E), do título e dos autores da pesquisa, dos objetivos, benefícios e riscos sociais da mesma. Também foram assegurados o anonimato das informações fornecidas e o livre acesso aos dados e resultados alcançados, bem como o direito de obter resposta a qualquer pergunta ou dúvida e de desistir do estudo a qualquer momento. A presente proposta, como integrante do projeto de pesquisa “Sistemas locais de saúde, determinantes sociais e itinerários terapêuticos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis”, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), com o Parecer de aprovação nº. 2008077 (ANEXO A).

4.3 Contando o passo a passo da pesquisa

4.3.1 A primeira visita à comunidade Rincão dos Maia

Ao seguir viagem, um sentimento único surgiu em mim, ao mesmo tempo em que me encontrava ansiosa para conhecer a comunidade que tanto li e ouvi nas discussões acadêmicas, tinha certo receio de não ser bem recebida pelos moradores ou de não me sentir à vontade na comunidade. Entre uma curva e outra, estes sentimentos se misturavam e minha ansiedade aumentava, mas estava feliz, pois o primeiro passo estava sendo dado (Diário de Campo 1).

Como falo em meu primeiro diário de campo, embora eu já tivesse lido artigos e trabalhos acadêmicos e muito ouvido falar da comunidade Rincão dos Maia, a primeira visita ao meu local de estudo aconteceu em 20 de novembro de 2010. Nesse dia, saí cedo de casa, acompanhada de uma pesquisadora do GESC, que estava retornando à comunidade para realizar uma nova pesquisa. Seguimos rumo a Canguçu. Chegamos cedo à cidade, almoçamos e logo após nos dirigimos à comunidade, pois haveria um culto na igreja católica e nós iríamos participar deste momento, e depois conversar com os moradores que ali se encontravam.

Nesse encontro apresentamos nossos estudos e buscamos nos informar de um possível local onde pudéssemos nos hospedar no decorrer da pesquisa. Percebi nos moradores que ali estavam curiosidade e interesse sobre as nossas pesquisas e com relação à escolha da comunidade. Estes também se mostraram muito prestativos a nos ajudar a encontrar uma residência que pudesse nos acolher. Saí da comunidade com expectativas positivas e o desejo de retornar logo para realizar minha pesquisa.

4.3.2 O teste piloto dos instrumentos

Mas, antes de iniciar a pesquisa na comunidade do Rincão dos Maia, senti a necessidade de testar os instrumentos e ver se estes estavam respondendo aos objetivos do estudo. Para isso, optei por realizar um teste piloto em uma comunidade rural do Município de Roca Sales/RS, nas duas primeiras semanas de janeiro de 2011. A escolha desse município deu-se pela presença de familiares que ali residem, sendo este um ponto facilitador da logística do trabalho.

Na ausência de um banco de dados disponível no qual pudesse localizar homens em situação de adoecimento crônico, residentes no meio rural, optei por selecioná-los pelos universos familiares, uma prática muito utilizada em pesquisa social, na qual pessoas conhecidas do pesquisador indicam outras a serem entrevistadas, que, por sua vez, indicam outras pessoas conhecidas (MINAYO, 2008). Seguindo a metodologia citada, foram convidados a participar das entrevistas quatro homens que atendiam os critérios do estudo.

No decorrer do ensaio foi possível perceber desconfiança com relação às minhas intenções, sendo isso superado com o passar dos dias e com a interação com o entrevistado e sua família. Um dos pontos que avalio positivamente foi o fato de eu possuir experiências prévias com o meio rural, facilitando a interação e conseqüentemente a formação de vínculos. Outro ponto que considerei importante foi a aproximação com as esposas dos entrevistados, o que desencadeou sentimentos de confiança e conseqüentemente laços de amizade. Entre as conversas formais e informais no pátio, na lavoura, na cozinha, foram se descortinando informações e uma primeira noção do que eu iria encontrar ia se revelando. No tempo em que permaneci em Roca Sales, contei com o auxílio de meu pai, que me levou até as residências mais afastadas, que possuíam caminhos desconhecidos e ou terreno acidentado.

Após o término do ensaio, realizei uma breve análise das entrevistas, diários de campo e das observações. Tendo em vista que os resultados encontrados foram considerados satisfatórios, realizei pequenas modificações nos instrumentos, visando torná-los mais claros e concisos. Sobre essa vivência, gostaria de salientar que, embora a realização do teste piloto não seja uma etapa obrigatória da pesquisa, considero que pode trazer contribuições significativas para o pesquisador, uma vez que permite melhor preparação para lidar com as questões e entraves que possam surgir no decorrer da pesquisa.

4.3.3 A inserção na comunidade e realização da primeira etapa

Após a realização do teste piloto, era chegada a hora de entrar em campo. Saí de Porto Alegre, local onde residia, rumo a Pelotas, para depois pegar uma segunda condução até Canguçu, onde fui recebida por uma amiga e colega de grupo de pesquisa, que já estava realizando sua pesquisa na comunidade, e por

Dona Maria¹¹, uma senhora que residia no Rincão dos Maia que nos acolheu em sua casa durante todo o tempo em que estivemos em coleta e, mais tarde, também acolheu outras colegas nossas que foram fazer suas pesquisas lá.

Mas por que residir na comunidade? A opção por residir na comunidade durante todo o trabalho de campo veio em função do desejo de estar mais próxima do dia a dia daqueles que eu iria entrevistar e também em função da distância da comunidade e dos poucos horários de transporte coletivo existentes para a cidade, fato que tornaria o trabalho muito desgastante.

O objetivo desta primeira etapa era conhecer meus possíveis entrevistados, convidá-los para participar da pesquisa e realizar as primeiras entrevistas com foco nos períodos de agudização. Mas mais um obstáculo teve que ser superado nesse momento: as distâncias entre uma casa e outra. Como eu tinha inicialmente 20 homens para entrevistar, fazer o trajeto caminhando não seria possível, pois algumas das residências ficavam a mais de 10 quilômetros de onde eu estava residindo.

Além das longas distâncias, o sol forte do mês de janeiro também acabava por “judiar” do corpo. Diferentemente das pesquisas que antes tinha realizado, todas em meio urbano, esta oferecia novos desafios a cada dia e eu estava determinada a vencê-los um a um. Pensando na logística das entrevistas, conversei com Dona Maria sobre a possibilidade de contratar alguém para me acompanhar nas casas mais distantes e acabei contando com o auxílio de sua filha mais nova, Gabriela¹², que me levou de moto nas residências desconhecidas e distantes.

Assim, nesta primeira etapa consegui conversar com todos os possíveis participantes e realizar entrevistas com 14 homens que atenderam os critérios do estudo. Além disso, em janeiro consegui realizar minhas primeiras observações das práticas de cuidado, pois, após as entrevistas, sempre permanecia um tempo na casa dos entrevistados, conhecendo a casa, a propriedade, a família, plantas da região, chás, entre outras particularidades.

No entanto, como a pesquisa não é um caminho tranquilo, como nos fala Bauman, tive que interromper minha estadia no Rincão dos Maia mais cedo, devido a um problema dermatológico nas mãos que me afastou do campo e de todas as atividades cotidianas. Tal situação me permitiu construir um itinerário de cuidado

¹¹ Nome fictício;

¹² Nome fictício;

plural, com práticas de pessoas próximas e amigas. Também acionei o sistema popular, por meio de indicação de moradores do Rincão dos Maia que me aconselharam a ir benzer o “*cobreiro*”¹³ em uma benzedeira da comunidade.

Além disso, também tive que procurar auxílio no sistema profissional de cuidado, pois minha mão direita ficou cheia de bolhas e meu braço esquerdo cheio de hematomas. Entre idas e vindas aos serviços de saúde de Canguçu, fui orientada a retornar para casa de meus pais, pois, embora não soubesse do que eram as lesões, os profissionais que me atenderam disseram que o quadro iria evoluir, como, de fato, evoluiu.

Em casa, minhas lesões continuaram evoluindo por mais 20 dias, consultei com outros profissionais de saúde que também não souberam diagnosticar meu problema e precisei de ajuda para as tarefas mais simples, como comer, tomar banho... Passado um mês do início do aparecimento das lesões, consegui retornar à Porto Alegre e, ainda com marcas nas mãos, retomei minhas atividades. Nos dois meses seguintes realizei as transcrições das entrevistas e fiz as primeiras análises dos dados gerados.

4.3.4 A segunda etapa e os momentos de silenciamento

Com os primeiros dados analisados, evidenciei a necessidade de me aprofundar nos períodos de silenciamento da situação de adoecimento crônico e nas práticas de cuidados. Para isso, retornei à comunidade em junho. Nesta segunda estadia, consegui fazer pelo menos duas visitas para cada um dos entrevistados, com exceção de dois, que, embora houvesse tentado várias vezes, não consegui encontrá-los em casa, sendo estes posteriormente excluídos do estudo.

Nos meses em que não pude retornar para minha pesquisa de campo, construí um esboço dos itinerários de cada um dos entrevistados e de suas redes sociais e, nesta segunda inserção na comunidade, os apresentei e perguntei se eles tinham algo a acrescentar ou a retirar. Em alguns casos, apresentar o esboço permitiu que mais detalhes da situação de adoecimento viessem à tona, enriquecendo o trabalho. Também nesse período entreguei os convites para o grupo focal que pretendia realizar com todos os entrevistados, pois, como eu já havia

¹³ Termo usado popularmente para referir a lesões causadas por picadas de animais venenosos, como aranhas, cobras.

obtido as narrativas pessoais sobre a história de adoecimento crônico pelas entrevistas semiestruturadas, faltava ainda me aprofundar nas “arranhaduras” da masculinidade, tendo para isso optado por trabalhar com a técnica de grupo focal.

Um detalhe importante é que, diferentemente de janeiro, o calor não estava mais presente nas caminhadas ou andanças de moto. Nesse mês o que nos castigou foi o clima frio e úmido, característico da região nos períodos de inverno.

4.3.5 Terceira etapa e o até logo à comunidade

Com os convites entregues, retornei à comunidade uma semana antes da data marcada para o grupo, dia 25 de julho, para organizar os últimos preparativos, arrumar o local da realização do grupo e fazer uma visita a cada um dos participantes do estudo. Como havia solicitado ainda no mês de junho, pude utilizar o espaço da Associação Comunitária Rincão dos Maia, para realizar o encontro.

Infelizmente, o dia de realização do grupo estava chuvoso e frio, mas isso não foi empecilho para que eles se deslocassem até o local. Uns vieram de moto, outros de guarda-chuva e alguns conseguiram carona de conhecidos para poder participar. No total, o grupo contou com oito participantes que discutiram por mais de duas horas a situação de adoecimento crônico e os possíveis arranhadores da masculinidade. Interessante destacar que três dos quatro entrevistados que não puderam comparecer no grupo, no mesmo dia me ligaram para pedir desculpas e justificar a ausência. Em todos os momentos da pesquisa percebi um comprometimento deles para comigo e da mesma forma tentei corresponder a isso.

Para nortear a discussão, utilizei um roteiro semiestruturado com os principais pontos que gostaria de abordar com o grupo. Também nesta última etapa contei com auxílio de duas colegas do grupo de pesquisa, que gentilmente me acompanharam neste momento de finalização de geração dos dados e me auxiliaram nas discussões e logística do encontro.

A realização do grupo possibilitou a criação de um espaço de diálogo e escuta, espaço este que, segundo eles, é ausente no cotidiano, “*pois homens não costumam falar sobre saúde ou questões ligadas a elas*” (Diário de Campo 3). Tal ação foi muito valorizada por todos no decorrer da pesquisa, tanto que, neste último dia, muitos agradeceram a oportunidade de participar do estudo e poder conversar sobre coisas que não haviam conversado com ninguém antes.

Ao final desta etapa, era necessário um afastamento do campo de pesquisa, para que assim pudesse melhor me concentrar nos dados e informações que tinha gerado no tempo em que permaneci no Rincão dos Maia. Afastamento que não foi fácil para mim e acredito que nem foi para muitos deles, pois vínculos fortes se formaram no decorrer da pesquisa.

4.4 Revelando as flores, as pedras e as surpresas encontradas no caminho

Diante dessa trajetória, gostaria de dividir as alegrias, as minhas percepções, dificuldades e surpresas que encontrei no decorrer desses meses. Vou começar falando do desafio em realizar pesquisas no meio rural, que, diferentemente do meio urbano, não conta com linhas de transporte coletivo para locomoção de um lado a outro, nem táxis disponíveis. Na ausência desses meios de transporte, resta ao pesquisador percorrer as distâncias entre uma moradia e outra, que nem sempre são pequenas, de carro, ou, na ausência deste, ir a pé ou de carona, como fiz.

No decorrer das minhas visitas, várias vezes caminhei sob temperaturas elevadas no verão e amenas nos meses de inverno, andei em terrenos acidentados que, em dias de chuva, estavam cheios de barro e tínhamos que descer da moto e ir empurrando-a, por exemplo. Todavia, essa experiência me permitiu compreender melhor as dificuldades de quem reside no meio rural e precisa se deslocar, seja até um vizinho mais próximo, ou mesmo até a cidade.

A minha permanência no local de estudo permitiu que eu tivesse mais tempo para me dedicar ao trabalho de campo e que também conhecesse melhor o cotidiano da comunidade, no entanto, também teve implicações que avalio como desfavoráveis, tais como a dificuldade de estabelecer um distanciamento para redigir minhas reflexões e construir de maneira mais elaborada os diários de campo. Além disso, precisei me adaptar a uma nova rotina, distante de minha casa, dificuldade esta que foi sempre amenizada com o carinho e palavras que recebia de dona Maria e de sua filha, minha companheira de estrada Gabriela. Outro ponto positivo no decorrer da pesquisa foi poder contar com a presença das colegas do grupo de pesquisa. Com elas dividi as minhas angústias, inseguranças e alegrias, e também recebi apoio e palavras certas, em momentos certos.

Com relação ao trabalho de campo, destaco que a presença da Gabriela em algumas das entrevistas foi um ponto facilitador, pois, ao chegar nas casas, ela me apresentava e as pessoas ficavam menos desconfiadas de minha pessoa, afinal eu era um estranha e queria saber de coisas tão pessoais. Além disso, sem a ajuda dela teria sido difícil encontrar muitas das residências, que não podiam ser visualizadas da estrada, sem falar das caronas de moto.

Outro ponto que considero positivo foi o vínculo que estabeleci com as esposas dos entrevistados. Quando iniciei a pesquisa eu sabia que, por ser mulher, poderia causar desconforto nas esposas ao querer conversar com seus maridos, então, procurei desde o início explicar meu objetivo de estar ali e sempre que fazia minhas visitas também procurava me aproximar delas. Não posso esquecer de mencionar que o fato de ser mulher e pesquisar a saúde do homem trouxe algumas interpretações errôneas sobre a minha intenção de pesquisadora por parte de algumas mulheres da comunidade, o que considerei muito desagradável, mas esperado.

Quando entrei em campo, estava esperando dificuldades em trabalhar com homens, pensava que eles não iriam aceitar participar do estudo ou, se aceitassem, quase não iriam falar. Também em alguns momentos, acreditava que por ser mulher eu poderia inibi-los. Para minha surpresa, os homens encararam a pesquisa como uma ação positiva para eles, falaram muito e compartilharam fatos que não eram esperados por mim, como medos, dúvidas e até coisas que não haviam dividido com mais ninguém. Acredito que tal relação de cumplicidade e confiança pode ter sido acentuada em virtude de eu ser uma pesquisadora “*passageira*”, e assim oferecer uma “*escuta segura*” para questões do mundo simbólico dos informantes (RAMOS, 2007).

Pude perceber que os diálogos estabelecidos nas visitas possibilitaram aos entrevistados um alívio em dividir suas histórias com alguém e ao mesmo tempo traziam dor e sofrimento, já que mexiam em coisas que deveriam permanecer guardadas, veladas, que não deveriam ser lembradas. Muitas vezes, parei minhas entrevistas diante de lágrimas dos entrevistados. Lágrimas estas que também mexeram comigo, tinha dias que sentia-me impotente frente às situações e até mesmo achava-me “cruel” em resgatar e trazer à tona coisas que os faziam chorar.

Ao falar do encontro entre pesquisador e entrevistado, Caldeira (1981, p.339) traz que:

[...] em suma, uma ocasião excepcional que, ao colocar um distanciamento do cotidiano vivido, permite ordenar um pouco pedaços de experiências que foram acumuladas com o correr do tempo, sob a forma de fragmentos dispersos que ficaram sem conexões ou explicações. Por isso, é comum que a entrevista se transforme em uma relação catártica que termina, frequentemente, num tom nostálgico e triste – de quem se defrontou com seu passado, pensou o presente, imaginou o futuro – em agradecimento e alívio, quando não em choro.

A autora ainda aborda a subjetividade do pesquisador:

[...] as emoções do investigador não devem ser negadas (mesmo porque estão sempre presentes). Mas, além disso, creio que devem ser atentamente consideradas, pois podem converter-se em um importante instrumento para o conhecimento [...] é o considerar, por exemplo, que as situações que ele pode provocar e as emoções e sensações que sente são importantes fontes de informação. É se esforçar para identificar os elementos que estão entrando em cena (inclusive os da sua própria subjetividade) ao invés de tentar afastá-los como indesejáveis (CALDEIRA, 1981, p.348).

Somente com o decorrer da pesquisa fui entendendo que poder se libertar, conversar, dividir medos, insatisfações e até mesmo chorar era uma ação benéfica para eles, porque talvez este fosse o único espaço que teriam para manifestar esses sentimentos. Também passei a ficar mais atenta à minha subjetividade, às minhas emoções e pensamentos. Percebi que estava buscando uma neutralidade utópica, e que eu, como ser humano, não podia negar meus sentimentos frente ao que estava ouvindo, conhecendo e vivenciando.

Ainda nesse contexto, também não poderia deixar passarem em branco as perguntas inusitadas que recebia dos entrevistados e de outros moradores da comunidade. Muitos queriam saber se eu era solteira, o que fazia ali, me questionavam como eu, enquanto mulher viajava assim, sem companheiro, sem um homem, “*largada pelo mundo*” e, pior, para entrevistar homens. Além disso, recebi algumas “cantadas” e, com um dos meus entrevistados, tinha que me cuidar para não ser somente eu a entrevistada, pois ele queria saber da minha história. Acho essa curiosidade natural, pois, assim como nós chegamos e queremos saber da vida de nossos entrevistados, estes também têm interesse em nos conhecer melhor. Da

mesma forma, no decorrer da pesquisa recebi inúmeros convites para almoçar, jantar, tomar café da tarde e mates, e ganhei vários presentes.

Ao fim de tudo, vejo essa experiência como enriquecedora para minha vida, pois nesse tempo aprendi muito, escutei bastante, conheci histórias e pessoas maravilhosas, me emocionei. Enfim, vivi e percebi que a riqueza da vida está nas pequenas coisas, nos desafios que superamos, no olhar das pessoas e nos momentos que dividimos e eternizamos em nossas mentes, e em “*retratos*”, como dizia seu Paulo, ao perguntar das fotos que levei para cada um deles.

Figura 2: As flores, as pedras e as surpresas no Rincão dos Maia.



Fonte: Grupo de Pesquisa que atuou na comunidade Rincão dos Maia, 2011.

4.5 Processo de análise e redação do texto

O processo de análise dos dados foi bastante intenso, marcado por idas e vindas, leituras, leituras, e muitas escritas. Construí, desconstruí e reconstruí várias vezes meu texto, olhei, pensei, pesquisei, analisei e busquei a melhor forma de apresentar os dados e os diagramas. Esse processo, assim como meu trabalho de

campo, não foi calmo e tranquilo, mas foi prazeroso, pois a cada etapa sentia-me mais motivada com o trabalho.

[...] creio que é imprescindível, quando se inicia uma interpretação, ter clareza sobre a “natureza” dos dados que se tem em mãos. Não são dados “objetivos”, externos e unívocos; não são lineares e produto de um experimento onde se isolaram interferências, mas resultantes de uma quantidade de fatores que não podem ser desprezados. Tanto o que foi dito (que pode estar gravado ou escrito), quanto o que foi observado e sentido, são dados que foram produzidos em diversos momentos de uma relação na qual entraram em jogo os mais variados elementos (CALDEIRA, 1981, p.351).

Os itinerários terapêuticos foram construídos a partir das junções de todas as entrevistas, com os diários de campo e observações que fiz durante minha estadia na comunidade. Trata-se de uma triangulação de dados, o que permitiu que os itinerários não ficassem restritos apenas ao discurso e, sim, que também englobassem as práticas adotadas, ou não, por eles. Para sua construção e apresentação em dimensões espaciais e temporais, assim como para os genogramas, utilizei o *software* SmartDraw¹⁴- 2009 e logo após exportei os arquivos para *Word*-2010. Os dados obtidos por meio da observação não participante e dos diários de campo complementaram as análises e ilustrarão algumas das situações vivenciadas no decorrer da pesquisa de campo.

Os dados gerados pelas entrevistas semiestruturadas e pelo grupo focal foram transcritos, identificados, organizados e sofreram leituras sucessivas para serem agrupados em temáticas e interpretados com o auxílio do *software* NVivo8¹⁵ (MINAYO, 2008).

A análise dos dados foi conduzida conforme a *técnica de análise temática* proposta por Minayo (2008), que se estrutura em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para a primeira etapa de análise, realizei a leitura dos materiais gerados no decorrer da pesquisa, ou seja, entrevistas, grupo focal, diários de campo e relatos de observação. A seguir, direcionei meu olhar para os esboços dos itinerários terapêuticos dos entrevistados e fui complementando com novas informações e assim os construí no *software smartdraw*. Para visualizar melhor as redes sociais

¹⁴ *Software* que possibilita a construção de diagramas diversos.

¹⁵ *Software* que auxilia na análise de material qualitativo por meio de ferramentas que permitem realizar a codificação e o armazenamento de textos em categorias.

juntei os itinerários terapêuticos com os dados transcritos e montei uma matriz na qual fui colocando as ajudas recebidas e os momentos em que ela se dava. Também montei um quadro com informações de cada entrevistado para me auxiliar no momento de contar o itinerário de cada um.

No segundo momento retornei para as minhas questões de pesquisa para identificar se os dados gerados estavam correspondendo os itens que eu desejava explorar. Com essa etapa realizada, exportei os arquivos para o *software NVivo8* e iniciei a codificação, classificação e agregação dos dados, na busca da especificação das temáticas. Na terceira e última etapa trabalhei com as temáticas geradas a partir da segunda etapa de análise realizando interpretações e inferências e relacionando-as com o referencial teórico que tinha construído sobre o tema pesquisado. Assim, ao término dessas etapas, os dados analisados possibilitaram a construção dos quatro capítulos que serão apresentados a seguir.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, os achados, as reflexões e as análises oriundas do processo de geração de dados da pesquisa são apresentados. Para uma melhor leitura, estes foram organizados em quatro itens: “Concepções de Saúde e Doença: discursos masculinos em pauta”, “Contando histórias de homens...”, “Analisando os itinerários terapêuticos e a situação de adoecimento crônico” e “Homens e saúde: discutindo as arranhaduras da masculinidade”. Ressalta-se que, em virtude da riqueza de informações expressas nos itinerários terapêuticos e buscando dar maior sustentação às análises, se reconhece que os dados aqui apresentados não esgotaram tudo o que aconteceu na situação de adoecimento crônico, porém ilustram o que foi mais significativo para eles nesse contexto¹⁶.

5.1 Concepções de saúde e doença: discursos masculinos em pauta

A busca de um sentido comum para o que se entende por saúde ou doença é tão importante para as pessoas cuidadas como para o profissional da saúde, uma vez que ambos dependem um do outro para o êxito de seus objetivos (BUDO, GONZALES, BECK; 2003). Oliveira (1998) sugere que as concepções de saúde/doença possuem características próprias, que variam de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade. Partindo disso, buscou-se conhecer as concepções de saúde e doença de homens em situação de adoecimento crônico, uma vez que estas podem influenciar na procura de cuidado, sendo assim parte importante dos itinerários terapêuticos. Desse modo, tais questões constituíram parte inicial da conversa com os entrevistados, facilitando a abordagem na situação de adoecimento crônico, eixo central deste trabalho.

Cabe ressaltar que as categorias saúde e doença não foram aqui pensadas em termos de saúde como ausência de doença, pois ambas foram pensadas mais amplamente do que o biológico e, embora não representem a mesma coisa, são apresentadas em conjunto, pois é necessário também ampliar a noção de doença.

¹⁶ Todos os nomes utilizados são fictícios.

5.1.1 “Saúde é muito mais... É o bem-viver da pessoa”

Assim, ao questionar o que é saúde para os homens entrevistados, obteve-se concepções de saúde ampliadas. Para os entrevistados a saúde é algo muito além da ausência de doença, é viver bem, é se cuidar, se alimentar bem, ter boas condições de moradia, alimentação.

Saúde é o bem-viver da pessoa, a pessoa estando boa, tem saúde! (Carlos, 80 anos, aposentado).

Eu acho que tá na alimentação em primeiro lugar, tá na higiene, menos agrotóxico, comida mais natural, é o que nós estamos tentando fazer, plantar para comer. A água tem que ter muito cuidado, ter água limpa, água boa, e demais outras coisas assim também, ter banheiro para poder fazer necessidade, que muitos não têm isso, é muito bom para saúde, é conforto [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

Que o cara não tenha nada... O cara tem que ser tranquilo, sempre ter bom humor. Eu acho que é por aí [...] (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Eu acho que é estar bem, não sentir nada [...] uma pessoa que tem saúde pode fazer todo o serviço, tendo força [...] (Paulo, 76 anos, aposentado).

O que é saúde? É a pessoa não sentir nada, tranquilo que vive muito que não se preocupa assim. É ou não é? (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

Nesse contexto, as concepções não ficaram restritas apenas ao corpo biológico e sim incluíram o estado psicoemocional, as relações sociais, as condições de vida, o trabalho, enfim, a coletividade. Observa-se nas concepções de saúde dos entrevistados um distanciamento das concepções biologicistas, que desconsideram que saúde vai muito além de parâmetros biomédicos e está alinhavada até certo ponto com o sistema de atendimento à saúde que temos hoje, um sistema de doença, curativo, não preventivo e não promotor de saúde.

As concepções apresentadas, as quais considera-se ampliadas, encontram alicerce na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), onde *“saúde foi pensada enquanto resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde.”* A partir dessa definição, a saúde deixa de estar vinculada somente a hospitais e postos de saúde para estar em outros lugares como a escola, os alimentos que ingerimos, no lazer, entre outros elementos.

Em seu artigo “Por um novo conceito de saúde”, Dejours (1986) define que saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido. Não se trata de um estado de bem-estar, mas de um estado do qual procuramos nos aproximar. Assim, “a saúde não é um estado de estabilidade, não é um estado, não é estável. É uma coisa que se conquista, que se enfrenta e de que se depende”.

Outro ponto importante para discussão é o termo “bem-viver” trazido por um dos entrevistados como referência de saúde. Edgar Morin (2011), sociólogo, historiador e filósofo francês, tem realizado em seus trabalhos uma contraposição entre “bem-viver” e “bem-estar”, pois para ele “o bem-estar na modernidade foi reduzido só ao conforto e aos recursos materiais e técnicos”. Assim, entende-se que vincular saúde ao bem-estar torna-se insuficiente, pois ter saúde não depende apenas de condições materiais. Morin (2011) afirma que o bem-estar materializado é útil, no entanto, enfatiza que é preciso ter harmonia com o mundo, pois há um mal-estar vivido no bem-estar, por isso é preciso saber viver poeticamente, ou melhor, bem viver. Ainda segundo Rossato (2010) a noção de “bem viver” não só se distingue da vida tomada em sentido imediato ou puramente biológico, pois a vida é mais que uma sequência de atos ou episódios desconexos.

Saúde também é cuidar de si, como pontua Benedito, o qual relatou nas visitas não ter buscado cuidado antes de adoecer, fazendo-o somente quando seu problema agudizou, dificultando o trabalho e provocando fortes dores no peito. Hoje, ao conviver com três condições crônicas, diz ter mudado sua concepção de saúde, ampliando-a a tudo o que o cerca: “saúde é cuidar de si, da natureza, de tudo que cerca o homem, alimentação, água, animais” (Diário de Campo 1).

Saúde é a gente se cuidar, se cuidar mesmo [...], não esperar a doença chegar. No meu caso eu esperei a doença chegar, não fiz, se sentia bem, parecia que estava tudo bem, então quando eu fui procurar recurso foi meio tarde. Eu acho que a prevenção em primeiro lugar, mesmo a pessoa não sinta nada é bom se prevenir [...] (Benedito, 62 anos, aposentado).

Assim, pode-se analisar que as concepções de saúde e doença não são definitivas e sim estão em constante mudança, sendo modificadas por experiências vivenciadas ou acompanhadas. Essa fala também resgata o compromisso que cada um tem com sua saúde, compromisso que foi afirmado na Constituição Federal de 1988, onde se institui como princípio que o dever de cuidar da saúde não é apenas do Estado, e sim das empresas, da família, do indivíduo e da sociedade como um todo.

Possuir capacidade para desempenhar as atividades cotidianas foi fortemente relatado nas concepções de saúde masculinas. Assim, conseguir fazer tudo o que se quer e que é preciso confere “atestado de saúde”.

Eu considero que a saúde tem que ser uma coisa importante pra gente. Ora a pessoa que tem saúde ela tá bem, ela pode caminhar, trabalhar, andar, sair e viver [...] (Danilo, 59 anos, aposentado).

Ter saúde é tudo, quem tem saúde tem tudo, uma pessoa com saúde pode trabalhar, com saúde pode trabalhar [...] (Oscar, 58 anos, agricultor).

Entre as atividades cotidianas conferidoras de atestado de saúde encontra-se a capacidade de trabalhar. Talvez isso esteja relacionado ao valor simbólico que o trabalho possui no meio rural, em especial para os homens, sendo este conferidor de *status* e de valor, pois, de acordo com Gerhardt et al. (2009), desde jovem o indivíduo é inserido no cotidiano do trabalho rural. Plantar, colher e produzir em prol da subsistência e/ou lucro são práticas que fazem parte do dia a dia e que são passadas de geração a geração como forma de pertencimento àquele meio e estão diretamente relacionadas com o papel masculino neste contexto.

Apoiada em estudos antropológicos, Minayo (2009) coloca que a doença e a saúde não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, sendo que estas, quando vivenciadas pelas pessoas ou grupos sociais, estão interligadas com características organizacionais e culturais de cada sociedade.

Ainda sobre isso Minayo (2008, p.185):

Para a classe trabalhadora a representação de estar doente como sinônimo de inatividade tem a marca da experiência existencial. Trata-se de uma equivalência social e não natural. As expressões correntes: a saúde é tudo, é a maior riqueza, saúde é igual à fortuna, é o maior tesouro, em oposição a doença como castigo, infelicidade, miséria, etc. são representações eloquentes de uma realidade onde o corpo se tornou, para a maioria, o único gerador de bens.

Também há de se considerar que a capacidade e as habilidades para o trabalho são elementos constituintes do *ethos* masculino nas classes trabalhadoras (NARDI, 1998). Desse modo, trabalhar permite ao homem sentir-se saudável e cumprir com a prescrição social de ser provedor e chefe da família.

Ao serem questionados sobre saúde, os homens entrevistados afirmaram que para se ter saúde é preciso cuidar de si e de tudo que nos cerca. Complementarmente, apontaram que é preciso viver bem, amar as pessoas,

conversar, ser tranquilo.

Controlar alimentação e se cuidar um bocado em muitas coisas, por exemplo, bebida alcoólica ou muito cigarro (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado)

Trabalhar normal, assim, cuidar pra não forçar demais, acho que tem que ser isso aí, trabalhar normal (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

A natureza, a pessoa conviver com a natureza, fazer as coisas ao natural, sem contaminação (Benedito, 62 anos, aposentado).

Eu acho que é a gente viver bem, se dar bem com as pessoas, ter amor com as pessoas, então isso aí eu acho que faz bem para saúde (Danilo, 59 anos, aposentado).

Os relatos dos entrevistados revelam o caráter dinâmico, plural e multifacetado que as concepções de saúde adquirem no decorrer do cotidiano. A saúde deixa de ser vinculada à ausência de doença e passa a ser vista em vários elementos que fazem parte do dia a dia, deixa de ser um pensamento distante, abstrato e passa a fazer parte das ações cotidianas, sendo considerada uma luta de todos, como bem expressou Benedito.

Riquinho (2009), ao falar da situação de adoecimento, reforça a importância de se conhecer as concepções de saúde das pessoas, pois estas auxiliam na composição de um quadro de saberes, articulando os saberes científicos e populares, buscando construir melhores arranjos para quem vivencia uma enfermidade.

5.1.2 Doença é a coisa mais terrível

Ao abordar o que era doença, foi possível perceber certo desconforto entre os entrevistados, sendo que muitos não quiseram responder tal questionamento. A doença parece ser vista como algo que não deve ser pensado, falado e muito menos vivenciado.

A pessoa que tem doença eu acho que é uma pessoa que não tem muito prazer de nada, sair assim, não tem prazer quase [...] (Danilo, 59 anos, aposentado).

Na grande maioria das falas observa-se a associação de doença com a incapacidade de realizar atividades cotidianas, em especial, trabalhar.

Olha, doença grave é um atraso na vida da gente, traz sofrimento, não se pode trabalhar, não se pode comer [...] (Francisco, 75 anos, aposentado).

Têm vários problemas, a doença traz vários problemas porque a pessoa não pode trabalhar, fica preocupado, não pode ajudar o outro que está trabalhando, então ela traz vários problemas [...] (Benedito, 62 anos, aposentado).

Nolasco (1997) pontua que a maneira mais utilizada por um homem para fazer com que o outro o reconheça como homem se revela pela execução de tarefas numéricas ou esportivas. No entanto, evidencia-se pelas falas que ser reconhecido como homem, para os entrevistados, está muito ligado ao trabalho, sendo este o conferidor do *status* de homem.

Oliveira (1998), ao realizar um trabalho com homens e mulheres em idade fértil, em quatro vilas de Porto Alegre, observou nos discursos a associação entre doença e ir para cama, desânimo, ficar só deitado, moleza, fraqueza. Alguns referiram que doença é “não poder trabalhar”, sendo reflexos mais presentes nos corpos masculinos. E as justificativas apresentadas foram de que o homem deve prover o sustento da família, trabalhar independente das circunstâncias, pois perder um dia de trabalho representa preocupações financeiras e ao mesmo tempo ser fraco.

Observa-se também a associação entre doença e a vida com limitações, como expressa João:

Toda doença, menina, é um câncer, tu nunca tá bem, tu não tem ânimo, quem tem próstata, tu sabe, quem tem coração que ânimo vai ter? Não tem voz ativa em nada, não pode tomar uma cachaça, como eu te disse, não pode comer um churrasquinho, não pode nada, uma vida isolada [...] (João, 56 anos, agricultor).

A doença é um grande problema, até inclusive por alimentação, a pessoa não consegue mais se alimentar direito, não consegue trabalhar. Aí dá uma série de complicação, porque o cara sem saúde não é nada, e o cara tendo saúde, ele tem idade, mas tem saúde, pode ir pra ali e pra lá, e está sempre fazendo alguma coisa. Se o cara não tem saúde, o cara vai ficar sentado, daí pra ali ou está numa cama, então não dá pra coisa nenhuma [...] (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Assim, o homem em situação de adoecimento crônico, quando se percebe incapacitado para as atividades cotidianas, sente-se desvalorizado e isolado de tudo. O rompimento dos elementos estruturantes da identidade de trabalhador,

consequência do afastamento do trabalho, faz com que sejam substituídos por um exercício da subjetividade que se coloca a partir de um lugar marginal (NARDI, 1998).

De acordo com Nardi (1998), o trabalho tem função estruturante na sociedade; portanto, conforma os indivíduos nos seus vários aspectos, dentre estes “os gêneros”, que também se estruturam a partir da divisão sexual e social do trabalho. Quando momentos de ruptura são experienciados no cotidiano da vida dos indivíduos, como no caso de adoecimento, pode-se perceber como essas distinções são construídas socialmente. Assim, o homem que não trabalha, que adoeceu, é visto como fraco e com menos valor do que aquele que resiste e vence o trabalho duro, perigoso, insalubre e arriscado.

Para os agricultores o trabalho é tido como fonte de renovação e saúde, apesar de entenderem que as atividades na lavoura são cansativas e exigem sacrifícios. Ao homem, geralmente, cabe o trabalho na lavoura, bem como a compra e venda de material ligado ao trabalho e para a família. Nesse contexto, mesmo os homens com idade mais avançada continuam fazendo algum tipo de trabalho, pois para eles trabalhar significa saúde e a possibilidade de não ficarem doentes. Assim, trabalha-se para ter saúde, mas também fica-se doente de trabalhar, dando a entender o trabalho como uma situação limite, tanto de saúde, quanto de doença (BUDÓ, GONZALES, BECK; 2003).

No decorrer das entrevistas também foi perguntado o que eles achavam prejudicial à saúde, sendo apontados: o trabalho em excesso e/ou sua falta, vida sem regras e limites, e a falta de cuidado com o meio-ambiente. Estes três elementos são a seguir trabalhados.

O trabalho, como evidenciado anteriormente, atesta saúde, no entanto, quando este extrapola os limites do corpo pode se tornar prejudicial, como nos conta Augusto, ao relembrar um fato que vivenciou.

[...] serviço demais é problema... Uma vez eu carreguei um caminhão com 270 caixas de pêssego sozinho, de baixo para cima, 270 caixa de pêssego é muita coisa! Tinha 20 quilos cada caixa, mas 20 quilos é uma, e eu carreguei 270! Aí, à noite eu sei que eu tomei banho, jantei e dormi bem de noite, só que de manhã, quando eu fui apanhar pêssego, eu caminhei uns 20 metros e não caminhei mais, amorteceu o corpo todo, tive que ir pro médico... Não doía, mas fiquei paralisado, trancou todo o corpo, aí cheguei lá no médico, na Santa Casa, e o médico tinha ido para casa tomar banho e trocar de roupa para voltar... Eu estava tão mal quando cheguei lá que apertei na campainha e não soltei mais. O médico chegou e me perguntou:

“Tá louco ou tá morrendo?”. E eu disse: As duas coisas, tô louco e tô morrendo. Ele então me disse: “Eu só vou trocar de roupa e já volto.”. Depois de uns 20 minutos ele chegou e já tinha umas 20 pessoas esperando ele lá... Ele disse que era para esperar um pouco, que ele ia me ver. Dizia ele: “Vou ver esse rapaz que está morrendo.”. Aí mediram minha pressão e o médico disse: “Se tu tem 50 anos, tu está morto!”. Subiu a pressão, estava 28x18. – “Se tu tem 50 anos, tu nem tinha chegado aqui, tinha morrido [...] (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Também foram apontadas as dificuldades do trabalho no meio rural como possíveis causadoras de adoecimento, pois na época de safra o trabalho na lavoura fica intenso, fazendo com que o agricultor deixe de lado ações importantes para a manutenção da saúde, como descansar, se alimentar com regularidade, dormir, entre outras.

[...] no nosso meio nem tem como a gente fazer muita coisa, quem trabalha na lavoura não tem hora pra comer, não tem hora pra dormir, não tem hora pra nada... Então esse é o problema mais grande, dia de folga não se tem, folga quando dá! quando tem que trabalhar, tem que trabalhar até domingo, não interessa, não tem esse negócio de folgar muito [...] (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

O valor simbólico atribuído ao trabalho remete à ideia de ser útil à sociedade e de inserção na cadeia produtiva, mas essa atividade pode prejudicar o trabalhador, contribuindo para seu adoecimento (RIQUINHO, 2009). Sobre isso, Dejourns (1986) desenvolve a idéia de que o trabalho, muitas vezes, pode oferecer perigo à saúde e ser fonte de sofrimento. No entanto, para o autor é preciso também compreender que o não trabalho é igualmente perigoso, pois o fato de não trabalhar ou de não poder realizar atividades pode engendrar doenças.

Dejourns (1986), ao ampliar a discussão sobre o conceito de saúde, busca relacionar a doença física com aquilo que se passa ao nível mental. Para ele, saúde mental não é apenas o bem-estar psíquico, ela abrange a busca de objetivos, de fins, de desejos e de esperanças. Portanto, ter saúde é ter liberdade para andar na vida, nas suas diferentes dimensões.

Quando o trabalhador homem adocece, confronta-se com uma situação de incapacidade para o exercício desse labor, o que, muitas vezes, destrói as possibilidades de retorno à sua atividade habitual; por conseguinte, a enfermidade, ao retirá-lo do espaço público e masculino do trabalho, o remete para o espaço privado, do feminino. Nesse momento o trabalhador enfrenta uma ruptura de

identificação, ou seja, passa a pôr em xeque os elementos constituintes do que está definido socialmente como ser homem e ser trabalhador (NARDI, 1998).

Outra questão também relacionada com o trabalho é expressa por Nelson, quando o mesmo diz que é o único homem da casa, cabendo a ele as tarefas que exijam maior esforço. Todavia, observa-se nos discursos que esta é uma justificativa que encontra alicerce nas características atribuídas em função do gênero, pois o homem é visto como forte. Assim, desempenhar atividades de esforço físico elevado faz parte do seu cotidiano, mesmo que estas ofereçam risco à saúde.

A isso aí que faz mal pra saúde, de forçar demais quando tem que forçar demais, aí faz mal. Eu fui fazer uma coisa que não podia fazer. Quando tinha saúde eu forçava demais, coisa que podia ser pra dois eu fazia sozinho (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

Por outro lado a ausência ou incapacidade de trabalhar mostra-se potencialmente nociva saúde, em seu conceito mais amplo, não apenas restrita a ausência de doença. Também foi apontada como causa de adoecimento no meio rural a falta de mercado para a produção, podendo isso desencadear problemas de saúde físicos e psíquicos. Tal assertiva encontra apoio na fala de Luís:

[...] eu estava apanhando pêssego e não tinha firma nenhuma para entregar o pêssego, tava com o pêssego todo aí, bonito, lisinho, sem agrotóxico, quase *in natura* mesmo, que chegar no pé e comer era mesma coisa que estar comendo um pedaço de pão e graúdo. E eu não sei o que houve com meu estômago, eu fiquei ruim, bateu a depressão junto, eu só passava deitado, fiquei dias deitado, sem sair de casa, deitado e sem comer também [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

A fala de Luís aponta para a necessidade de pensar a saúde numa perspectiva ampliada, indo além do corpo biológico, e também para a importância de se incluir nesse contexto políticas sociais. Nota-se que a dificuldade de proporcionar à família condições de reprodução material mostra-se nociva e potencialmente adoecedora aos corpos masculinos. No meio rural, é comum escutar histórias de homens que, ao adquirem dívidas durante a safra e ao não conseguirem colocar sua produção no mercado, acabam se suicidando, por vergonha da família e na tentativa de deixá-los livres das dívidas adquiridas, pois muitas empresas acabam perdendo as dívidas em caso de morte do chefe da família.

Outro elemento referido pelos participantes como prejudicial à saúde foram os excessos no cotidiano, uma vida sem regras e limites, alimentação regada de gordura e açúcares, abuso de drogas, falta de descanso, agitação, entre outros.

Olha, isso aí tem muita coisa, principalmente quem bebe tem problema, se comer comida fora do limite tem problema, isso aí tudo é prejudicial à saúde [...] Prejudicial mesmo é se drogar, beber, cigarros, isso faz mal (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

[...] esses negócios de fritura mesmo, carne, churrasco, assava muito churrasco pro pessoal ali na Bom Jesus [igreja católica da comunidade], eu e um italiano, quantos churrasco nós fizemos nas festas aí [...] Um sol desses não tem quem aguenta, porque passou por mim, dali vem e toma água gelada, eu não acredito que faça bem. A geada não faz mal para ninguém, eu trabalhei muito na geada [...] (Francisco, 75 anos, aposentado).

Faz mal tudo aquilo que é demais, o cigarro principalmente. Outra coisa, quem é muito farrista também fica horas sem dormir, o sono faz muito bem pra saúde [...] (João, 56 anos, agricultor).

As teorias leigas sobre a doença assinalam que os problemas de saúde podem ser gerados por influências do próprio indivíduo, pelo mundo natural, social e sobrenatural. Assim, quando a influência vem do indivíduo, ocorre certa condenação de seus hábitos de vida e responsabilização pelo acontecimento (HELMAN, 2009).

A falta de cuidado com o meio ambiente também foi evidenciada como prejudicial à saúde. Com as mudanças na agricultura, passou-se a usar agrotóxicos cada vez mais potentes para controlar as pragas na lavoura, sendo estes, muitas vezes, prejudiciais à saúde humana. Durante a permanência na comunidade pôde-se ouvir vários relatos do uso indiscriminado de agrotóxicos como causador de adoecimento dos agricultores.

Hoje em dia é geral, hoje nós temos as terras contaminadas com veneno, as águas, as madeiras, os animal, tudo está contaminado. Então isso só traz doença, não pode trazer saúde pra ninguém [...] (Benedito, 62 anos, aposentado).

Essa doença que eu tenho mesmo, eu nem sei do que vem a ser. Eu estou enxergando jovens muito pior do que eu, muito pior do que eu. Eu estou com 52 anos, vou fazer 53 agora dia 7, eu não sei se a doença vem do tempo antigo que a gente se alimentava meio, mais grosso, como dizem, meio à riveria (sem muito cuidado) e veio aflorar agora, ou é problema de muito veneno no fumo. As comidas também, os caras, tu vai comprar comida no supermercado, tem que ver onde tu vai comprar e se comprar algum que faz mais mal à pessoa [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

Ao trabalhar as concepções de saúde e doença na comunidade Rincão dos Maia, Riquinho (2009) evidenciou que para algumas famílias a saúde era considerada como ausência de doença, vinculando saúde ao caráter estritamente biomédico. Outros moradores expressaram concepções de saúde mais amplas, relacionando-as com hábitos cotidianos e com o equilíbrio entre indivíduo, sociedade e natureza. Já as concepções de doença expressas nos relatos trazidos pela autora referem o adoecer como incapacidade para o trabalho, restrição de locomoção e uso de remédios. Para outros, é resultante do comportamento cotidiano, de perdas, da exposição a diversos agentes agressores, como os agrotóxicos.

5.1.2.1 Doenças Sérias e Simples: Quais são? O que fazer com elas?

Também nos discursos observou-se uma distinção nas doenças, sendo estas classificadas em sérias ou simples. Assim, as doenças sérias foram apontadas como as que não têm cura e as que são de difícil controle, que necessitam, em sua maioria, de cuidado profissional.

Olha, eu acho que a doença que é mais de se preocupar é a doença maligna como o câncer, aí vem o desespero porque não tem cura. Mas outra doença, por exemplo, a minha doença tem cura. Tô bem, não me curo, mas ao menos estou vivendo, mas a pessoa cancerosa e a pessoa com AIDS, isso é outra coisa. Domingo de noite eu sempre gosto de assistir o Fantástico, aí tem o Dráuzio Varela, até gosto das conversas dele porque ele está fazendo as pesquisas. Então acho que isso aí é o mais ruim, eu acho que toda pessoa deve se cuidar desse tipo de doença. O câncer não tem como se cuidar porque ela vem pra dentro do corpo da pessoa e vai que ela termina com a pessoa. Agora AIDS, isso é uma coisa que a pessoa mesmo tem que se cuidar, o alcoolismo é outra coisa que a pessoa mesmo tem que se cuidar. O álcool começa a prejudicar, começa a fazer mal [...] (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Eu não conheço, a não ser pela televisão e pela propaganda do rádio. Eu acho que a AIDS é um coisa preocupante, e é tão preocupante que a maioria que reconhece que tem AIDS ele acaba se matando a si próprio, e outros perdem a cabeça e acabam infectando o próximo, aí é desesperador [...] (João, 56 anos, agricultor).

[...] o câncer é matadeiro, tem uns que o cara leva muito tempo doente e não morre, fica sofrendo e isso é brabo, cai o cabelo. Eu acho que não é a doença que cai o cabelo e sim o tratamento [...] (Paulo, 76 anos, aposentado).

Olha, eu acho que a doença mais complicada agora é o câncer e a AIDS, porque elas dificilmente têm cura, é uma doença traiçoeira, ela não avisa, quando se dá de conta, tu já está doente, tá contaminado (Benedito, 62 anos, aposentado).

Entre as doenças consideradas sérias, o câncer e a AIDS tiveram destaque nas falas, sendo associadas ao sofrimento e à morte. Acredita-se que a concepção do câncer como doença séria venha da experiência dos entrevistados com pessoas conhecidas ou próximas que vivenciaram o problema, pois naquele momento vários exemplos foram trazidos. Já, com relação à AIDS, pensa-se que tal concepção esteja fortemente vinculada com algumas campanhas publicitárias com enfoque na prevenção da doença, mas que ao mesmo tempo geraram certa estigmatização da doença, como se esta representasse o fim da vida. Assim, receber o diagnóstico de HIV/AIDS ainda é visto como receber uma sentença de morte social e biológica.

Conforme Knauth (1998), para o senso comum a AIDS, além de aparecer como doença do outro também é vista na perspectiva culpabilista. Felizmente, o enfoque das campanhas que visam prevenir e informar sobre a doença e a mídia como um todo têm buscado mudar essa concepção, reforçando que o HIV/AIDS é uma doença crônica e, como qualquer outro problema, requer cuidados ao longo do tempo.

Problemas de coração, diabetes mellitus, reumatismo e depressão também foram citadas como doenças sérias por serem consideradas de difícil controle, podendo agudizar a qualquer momento, e por requererem na maioria das vezes cuidado profissional para serem amenizadas e controladas.

Doença grave, para mim mais é a depressão [...] Porque com a depressão a pessoa se preocupa muito e fica nervosa também [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

Olha, doenças sérias tem diversas, uma pressão alta avançada, se não tratar isso gera quantos tipos de doença. Esses dias atrás o meu açúcar estava disparando, é uma coisa que tu nunca sabe se ele está alto ou tá baixo, a pressão também nunca a gente sabe quando tá alta ou tá baixa [...] Se fosse só o problema do colesterol alto, isso não me prejudicaria muito, não faria mal pra nada, isso é uma coisa fácil de controlar [...] (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

Eu acho mais braba a pressão alta [...] Porque se tu tens pressão alta tu não sabe o que vai fazer, fica ruim, não tem vontade de trabalhar, não tem vontade pra nada [...] (Oscar, 58 anos, agricultor).

Tem muita doença ruim, eu mesmo tenho, diz a doutora. Eu não sei, eu sofro do reumatismo e reumatismo não tem cura, tem uns remedinhos pra aliviar a dor. Olha aqui, esse osso saltou pra fora e hoje está me doendo [...] (Paulo, 76 anos, aposentado).

Sobre isso, é importante também salientar que o difícil controle da situação de adoecimento, muitas vezes, é repassado pelos indivíduos acometidos ao sistema profissional, que, ao mesmo tempo, remete a responsabilidade ao indivíduo e o culpabiliza pelo descontrole da situação, gerando assim um sistema no qual não há diálogo e nem acordos, apenas um empurra-empurra de culpa, enfim, um “diálogo de surdos”.

O modelo tradicional de educação em saúde, fortemente influenciado pelo positivismo, centraliza o poder nos profissionais, que são vistos como detentores de todo o saber para se ter uma vida saudável. Nesse contexto, a autonomia dos indivíduos é enfraquecida, pois se preconiza a adoção de hábitos saudáveis que devem ser seguidos por todos (VALLA, 1998). Desse modo, a educação em saúde passa a promover uma tomada de decisão consciente dos indivíduos, de seguir ou não, na medida em que é informada sobre os riscos de certos comportamentos e inteiramente responsável pela sua condição de saúde, entrando num processo denominado por Victor Vincent Valla de “culpabilização da vítima” (VALLA, 1998; SILVA; MENEHIN; PEREIRA, 2010).

Em seu artigo “Sobre participação popular: uma questão de perspectiva”, Valla (1998) traz que em uma perspectiva histórica, ausência de saúde passou a ser vista somente na ótica de uma escolha individual, pratica que, por sua vez, consente camuflar o funcionamento ineficaz dos serviços públicos e o descompromisso dos governos.

As doenças simples foram consideradas as que têm desfecho rápido e que podem ser resolvidas pelo cuidado do indivíduo, sem a necessidade de acionar o sistema profissional.

Gripe, essas coisinhas, tu resolve em casa. Mas a gripe, se ela ficar crônica, ela é uma doença muito séria, dá problema. Coisa rápida não é uma coisa séria, coisa séria não melhora (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Uma doença não séria é uma gripezinha, como diz o outro, uma coisa que em casa com chazinho se cura, que a gente consegue dar conta [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

Doença leve? Uma gripe, uma dor reumática, uma coisa passageira [...] (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

A incapacidade para atividades cotidianas, em particular para o trabalho, mostrou-se como importante critério para classificar o problema de saúde em sério ou simples, como observa-se na fala de Francisco:

Pra mim é uma coisa que a gente pode ir levando, que pode trabalhar, comer, seguir a vida [...] Um resfriado é leve, dá e vai passar, agora essas coisas com câncer, isso é grave porque tu vai morrer [...] (Francisco, 75 anos, aposentado).

Ao pesquisar uma comunidade rural no Município de Martins Silveira, Denardi, Budó e Beck (2003) apreenderam que, para as pessoas que residem no meio rural, as pequenas ou grandes indisposições, o mal-estar ou mesmo dores que não impossibilitam o trabalho não são tidas como doenças, muito menos como sinais importantes na percepção das mesmas. Acredita-se que, nesse cenário, pode haver certa dificuldade de perceber os sinais corporais como demandadores de cuidado, sendo estes considerados somente quando são fortes a ponto de impedir a realização das atividades do cotidiano.

Assim, dependendo do que a pessoa apresentar é escolhido um sistema de cuidado. Problemas de saúde tidos como simples, vistos como fáceis de resolver, são tratados com o sistema informal, seja pelo uso de chás, massagens, automedicação, caldos quentes, etc. Caso essas medidas não gerem o efeito desejado, então é acionada a busca de outro sistema de cuidado, como ilustra um diálogo presente no grupo focal desta pesquisa.

Pesquisadora: Mas ainda se usa chás?

Se usa, conforme o que tiver (Luís, 52 anos, agricultor).

Depende o sintoma, né. Se é uma dorzinha de cabeça, vai tomar um chazinho. Uma dorzinha leve, toma uma dipirona, outra coisa. Agora, se a coisa começa a apertar, aí a gente apela pro lado médico [...] (Danilo, 59 anos, aposentado).

Pesquisadora: E quando que a coisa começa a apertar?

Ué, a gente vê, em vez de melhorar, cada vez vai piorando. Ah, tomei um chá, mas, olha, esse chá não está me sentando, não tá muito bom, não tá resolvendo, vamos ter que apelar (Danilo, 59 anos, aposentado).

Um resgate do passado fez-se presente nesse momento, os participantes do grupo lembraram o quanto era difícil buscar atendimento médico há alguns anos atrás, e que, hoje, embora não tenha serviço de saúde na comunidade, as facilidades para buscar esse tipo de atenção no meio urbano são maiores. Observou-se nas falas certa nostalgia relacionada com o uso de chás e de

homeopáticas, práticas que eram bem mais comuns na comunidade antigamente e que resolviam os problemas de saúde apresentados, sem malefícios.

A saúde e a doença produzem efeitos no corpo e também no imaginário dos indivíduos, ambas são reais em seus efeitos e consequências. Tal compreensão, se aceita, pode auxiliar nas ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção e promoção ou de planejamento a considerarem não apenas aspectos técnicos de suas intervenções (MINAYO, 2009).

O que ficou evidente nas falas também é que o cuidado se restringe a alguma forma de tratamento/de terapêutica medicamentosa. A terapêutica no sentido mais amplo (conversas, atenção) não aparece nas falas como cuidado, mas aparece nas práticas, como se pode ver mais adiante nos itinerários terapêuticos e nas redes de apoio.

5.2 Caminhos de homens

Ao analisar os itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico que residem no meio rural, obtiveram-se dois padrões distintos de busca por cuidado: um grupo de homens apresentou itinerários com enfoque no cuidado profissional, enquanto que o outro grupo apresentou itinerários plurais, contemplando o cuidado informal, popular e profissional. Diante disso, pergunta-se: Quem são esses homens? O que os levou a escolher um ou outro tipo de cuidado? Para isso é que serão contadas as histórias de adoecimento de cada um, tal qual foram relatadas por eles.

Um ponto que precisa ser destacado é que em cada relato procurou-se construir narrativas considerando-se a história de adoecimento e os principais fatos marcantes que foram registrados nos diários de campo durante as visitas, dentre eles: acontecimentos, conversas informais, surpresas, percepções, estranhamentos.

5.2.1 Homens que buscaram o cuidado profissional

Entre os 12 itinerários construídos e analisados pela pesquisa, evidenciou-se que cinco deles se convertiam em trajetórias assistenciais, ou seja, neles o cuidado presente era unicamente o profissional.

- Itinerário Terapêutico de Augusto: um homem que estava desanimando

Augusto foi o primeiro homem da comunidade do Rincão dos Maia a ser entrevistado. Ao chegar em sua casa, fui recebida com muita hospitalidade e receptividade com relação à realização do trabalho de pesquisa. Augusto sempre morou na comunidade, estava com 70 anos, era aposentado e trabalhava com a esposa e com o neto na plantação de fumo.

Ao falar sobre o estudo e os objetivos do mesmo, Augusto revelou que havia 10 anos que sofria com problemas de coração, que se iniciaram em 2000, quando ele foi visitar sua mãe que morava em Rio Grande, cidade próxima de Canguçu. Ao chegar na cidade, sentiu-se mal e, acompanhado de seu irmão, seguiu até o posto de saúde do bairro em que a mãe residia para verificar a pressão arterial. Após chegar à unidade e verificar a pressão arterial, foi liberado, pois suas medidas estavam normais. Então seguiu acompanhado do irmão até a casa da mãe. Ao chegar lá, novamente sentiu-se mal:

Eu senti que eu estava desanimando... Estava ruim... aí ele foi correndo [...] e ele [irmão] trocou de roupa e disse: "Vamos de ônibus, que passa na frente do pronto socorro... É mais rápido do que chamar uma ambulância..."

De ônibus, com irmão, foi até o pronto-socorro da cidade, realizou exames e internou por 12 dias no hospital de Rio Grande, com problemas de coração (*até o dia da entrevista ele não sabia seu diagnóstico, apenas referia genericamente problemas de coração*). Augusto contou que até aquele dia nunca tinha sentido nada e que ficou bastante surpreso por adoecer durante a viagem.

Ao receber alta hospitalar, retornou para Canguçu de ônibus, no entanto, logo após descer na rodoviária sentiu-se mal e foi até o ambulatório médico do sindicato rural, que ficava ali próximo.

Não tinha força para subir aquela subidinha, aí cheguei no sindicato e falei com o médico, e ele disse: "Tem coisa errada aí, eles não te deram remédio. Tem que tomar o remédio." Aí ele me receitou, diz ele: "Tu tá com problema.", aí fiz o tratamento.

Alguns dias depois de começar o tratamento medicamentoso prescrito pelo médico do ambulatório do sindicato rural de Canguçu, Augusto, por meio da indicação do irmão de Rio Grande resolve se consultar em Pelotas com uma médica cardiologista, que atendia particular, e começou um novo tratamento. Nesse período, além de utilizar as medicações, Augusto começou a cuidar da alimentação e não ingeriu mais bebidas alcoólicas.

Motivado pela família, em 2003 foi até Canguçu e associou-se a um plano de saúde regional. Ali recebeu a indicação do rapaz que atendia para se consultar com outro médico especialista em problemas do coração, de Pelotas. Com esse profissional tratou-se até 2006, pagando o plano de saúde, os exames que ele pedia regularmente e as medicações. Não satisfeito com o tratamento e com gastos mensais significativos, decidiu buscar atendimento com outro médico em Pelotas. Segundo Augusto, este terceiro médico foi indicação de um amigo que estava vivenciando também problemas de coração.

Decidido a se consultar com esse profissional, foi de ônibus até Pelotas, mas perdeu-se pela cidade e chegou ao sindicato rural, onde, por coincidência, encontrou o médico que estava procurando. Consultou-se com ele e iniciou novo tratamento.

Após 60 dias, retornou ao ambulatório do sindicato rural em Pelotas, pois estava sentindo um ronco no peito, realizou exames particulares e voltou ao ambulatório, não sendo atendido por problemas pessoais do médico. Deixou os exames, retornou a Canguçu, e no outro dia recebeu ligação do médico solicitando que ele ficasse em repouso absoluto por 15 dias, para melhora do quadro.

Assim como no ambulatório de Canguçu, Augusto pagava uma taxa de 10 reais por consulta, pois era sócio do sindicato rural, e este, por meio de convênio com uma cooperativa médica, oferecia consultas mais acessíveis aos agricultores. Continuou realizando consultas em Pelotas periodicamente, utilizando medicações e cuidando da alimentação, até que, em 2007, ao dormir, sentiu o coração parar. Com medo de morrer, procurou o médico do ambulatório do sindicato rural de Canguçu, que o examinou e deu medicamentos para o problema. Também foi orientado por esse médico a ir diminuindo o uso da medicação, sendo que, a partir de 2009, Augusto não tomou mais nenhum dos remédios para o coração. Segundo ele, o médico disse que a medicação fazia mal, então era para ir parando de usar aos poucos, até que ele conseguisse parar de vez.

Embora dizendo sentir-se bem, Augusto apresentou em 2010 dois episódios importantes de agudização do problema. O primeiro foi no velório do cunhado, com o qual tinha uma ligação afetiva muito forte. Sentiu dores no peito e foi levado pelo neto até o pronto-socorro de Canguçu, sendo liberado depois de algumas horas na condição de não ir mais a velórios. Assim, a partir dessa data Augusto procurou não se envolver em situações que desencadeassem fortes emoções.

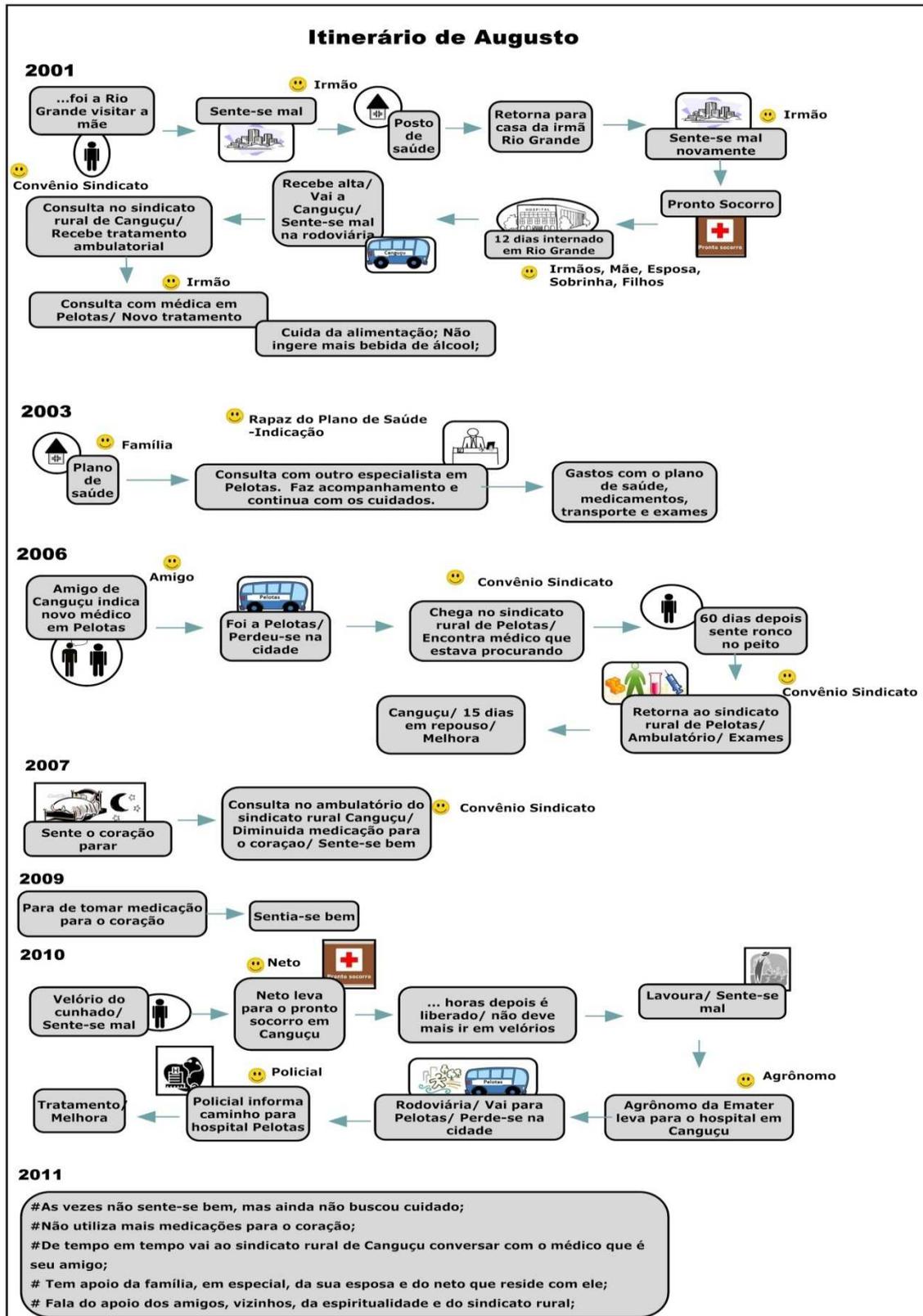
Após alguns meses, sentiu-se mal na lavoura, não reconheceu onde estava, e foi levado ao hospital de Canguçu pelo agrônomo da Emater que estava na propriedade fazendo medições das terras. Em Canguçu, seguiu por conta própria até Pelotas e novamente se perdeu na cidade, sendo auxiliado por um policial militar que o deixou no hospital que estava procurando.

Mas, aí eu fui, caminhei umas dez quadras mais ou menos. Daí, eu encontrei um brigada e perguntei para ele. “Não, o senhor tá errado. O senhor tem que voltar. E não tem ônibus, tem que voltar de a pé. Eu vou lá para o hospital. Eu lhe levo até lá.” Aí ele me levou.

Consultou-se com um cardiologista particular, recebeu medicamentos e teve melhora do quadro. Durante as entrevistas, em 2011, Augusto contou que às vezes apresenta sinais de que não está bem, mas até o momento não procurou auxílio para seu problema. Também não estava tomando a medicação e referiu ir até o ambulatório do sindicato rural de Canguçu apenas para conversar com o médico, que é seu amigo e o orientou a diminuir a medicação. Continuava sem ingerir bebidas alcoólicas e cuidava da alimentação.

Com relação à rede de apoio, em momentos de agudização Augusto afirmou que havia um envolvimento de vários familiares e de pessoas que não faziam parte da família, como exemplo, o policial que o ajudou a encontrar o hospital em Pelotas. Já, nos momentos de silenciamento, seu apoio advém principalmente da esposa e do neto, que estão mais próximos e o auxiliam no cuidado. Lamenta muito a perda de seu cunhado e do irmão de Pelotas, apoios importantes em ambos os momentos.

Figura 3- Itinerário de Augusto em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de Antônio: um homem que acha que as mulheres atrapalham o grupo do Posto de Saúde

Hoje embaixo de uma grande figueira realizei uma entrevista. Entre conversas daqui e de lá, pude sentir o frescor de estar em meio à natureza e a certeza de que o caminho da pesquisa é cheio de surpresas (Diário de Campo 1).

Embaixo de uma figueira, Antônio, um senhor com 70 anos, aposentado e agricultor, que residia com sua esposa e seu filho na comunidade do Rincão dos Maia havia pelo menos 30 anos, contou-me que sua história de adoecimento começou mais ou menos cinco anos atrás, quando ele, ao trabalhar na lavoura, sentiu-se tonto e cansado. Como já vinha apresentando isso há mais tempo, decidiu ir até o posto de saúde da comunidade verificar a pressão arterial, pois logo imaginou que seria este o seu problema. Com os níveis pressóricos alterados, consultou-se com a médica que atuava na comunidade e iniciou o tratamento para hipertensão arterial. Junto com a medicação recebeu orientações para mudanças de hábitos de vida e a requisição de alguns exames, que realizou em um ambulatório particular em Canguçu, pois assim tinha os resultados mais rápido.

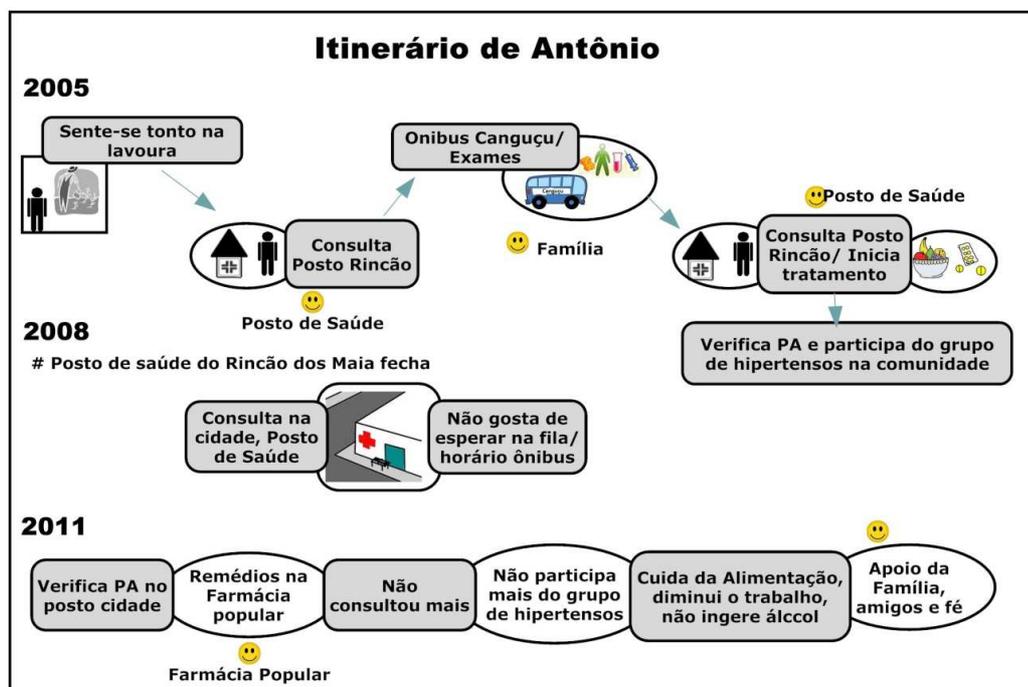
Desse período em diante, passou a cuidar da alimentação, diminuiu a ingestão de alimentos gordurosos e ricos em sal, deixou de consumir bebidas de álcool e diminuiu o número de cigarros fumados. Até 2008, Antônio verificava pressão arterial no posto da comunidade e participava do grupo de hipertensos, onde recebia medicações e orientações diversas.

Com o fechamento da unidade de saúde do Rincão dos Maia, foi remanejado para uma unidade de saúde na cidade de Canguçu, no entanto, como dependia de ônibus para ir à cidade e o grupo era muito grande, Antônio optou por não participar mais do grupo de hipertensos, indo à cidade uma vez por mês para verificar a pressão arterial e pegar os medicamentos na Farmácia Popular. Segundo ele, as filas no posto de saúde da cidade eram enormes e tinha algumas mulheres no grupo que atrapalhavam o andamento da dinâmica, levando a demora excessiva, fato que o deixava nervoso.

Como sentia-se bem, não fez mais acompanhamento desde 2005. Durante as visitas que realizei, Antônio se mostrou muito interessado em contribuir e em vários momentos deixou cair lágrimas ao lembrar de seu problema de saúde.

Com relação aos cuidados, Antônio, desde 2005, mudou sua alimentação. Referiu várias vezes nas entrevistas que antes disso consumiam (família) um suíno a cada dois meses e que agora ficavam mais de seis meses sem “*carnear*”. Também mencionou que, embora consumisse bebidas de álcool apenas em momentos especiais, desde então nunca mais ingeriu e apenas fez ressalva ao cigarro, que ainda em finais de semana consome com alguns os amigos, durante a partida de “*bocha*”¹⁷ na comunidade. Antônio afirmou ao falar de sua rede de apoio que em momentos de agudização do problema teve apoio da unidade de saúde do Rincão dos Maia e de sua família (esposa, filhos e nora). Também muitos vizinhos e amigos se disponibilizaram nesses momentos. Nos períodos de silenciamento, apontou sua esposa e alguns amigos e vizinhos que lhe dão conselhos e chamam a atenção, caso ele esteja “*facilitando com as coisas*”, como ele mesmo refere.

Figura 4- Itinerário de Antônio em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maia, 2010/2011.

¹⁷ Jogo tradicional da Região Sul. Reúne vários jogadores em torno de uma pequena quadra na qual há um alvo a ser acertado por bolas. Quanto mais próximo do alvo, mais pontos faz o jogador. No Rincão dos Maia é o lazer preferido dos homens mais velhos, por não necessitar de tanto esforço físico, como o futebol, atividade de lazer praticada pelos homens mais jovens da comunidade.

- Itinerário Terapêutico de Rodolfo: um homem que precisa de comida forte

Em 2000, durante a construção de um banheiro para um amigo, Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista, sentiu uma tontura forte. Embora já apresentasse esses sintomas havia mais tempo, nesse dia teve medo de cair do andaime onde estava trabalhando.

Eu comecei a tontear, não enxergava, escurecia, e um dia eu fazendo um banheiro lá num amigo meu [...] quase que eu caí de cima do andaime. Tontei e, se eu não me atirasse pra trás, eu teria caído pra baixo. Aí eu fui procurar ajuda, aí eu vi que tinha alguma coisa errada [...]

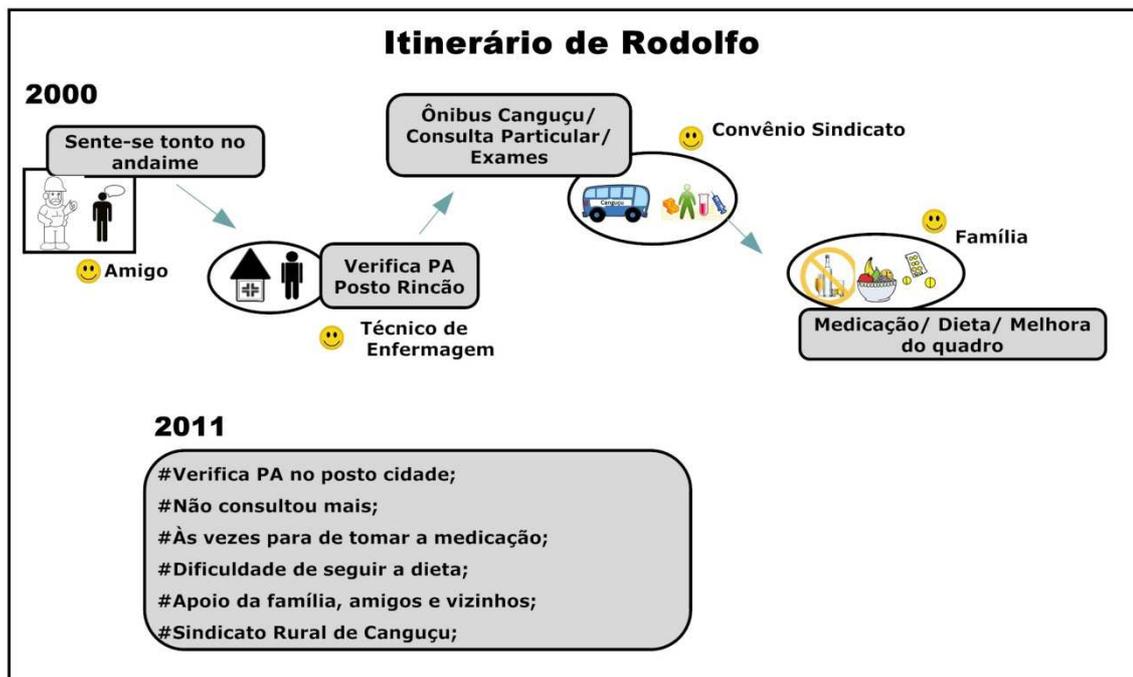
Preocupado, falou com o amigo e foi até o posto de saúde da comunidade verificar a pressão arterial. Com os níveis pressóricos alterados, foi orientado pelo técnico de enfermagem a se consultar. Assim, no dia seguinte foi até a cidade de Canguçu e marcou uma consulta no ambulatório do sindicato rural, do qual era sócio e por isso obtinha descontos no atendimento. Consultou-se, fez alguns exames laboratoriais particulares e iniciou tratamento medicamentoso.

Após esse episódio de agudização, Rodolfo não procurou mais auxílio para seu problema de saúde e às vezes, por conta própria, suspendia o uso das medicações para dar uma “*aliviada no corpo*”, pois, segundo ele, os remédios sobrecarregam o organismo. Desde 2000, Rodolfo tem tentado seguir a dieta prescrita pelo profissional que o atendeu. Sobre isso, revelou ter dificuldades para controlar sua alimentação, pois, segundo ele, “*um homem não pode se sustentar com caldos, precisa de comida de verdade, comida forte*” (Diário de Campo 2). Além disso, enfatiza que deixou de fazer várias atividades na lavoura, pois não sentia-se bem.

Por ser muito tímido e não gostar de falar sobre problemas de saúde, teve-se que buscar um elo de interação com ele, então começava conversando sobre o cotidiano, para depois abordar as questões de minha pesquisa. Tal estratégia trouxe aspectos positivos, pois, ao mesmo tempo em que realizava meu trabalho, eu também abria um espaço de conversa sobre questões do dia a dia, em especial saúde, espaço segundo ele importante, tanto que em todas as visitas que fiz fui bem recebida.

Com relação à rede de apoio, Rodolfo relatou que em momentos de agudização do problema teve apoio de sua família (esposa, enteado e sogra) e do convênio do sindicato. Também muitos vizinhos e amigos se disponibilizaram nesses momentos. No período de silenciamento, apontou sua esposa e alguns amigos como fonte de apoio.

Figura 5- Itinerário de Rodolfo em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de Carlos: um homem que quer voltar a ser aquele da foto, um “jovem”

Morador do Rincão dos Maia desde que nasceu, Carlos, 80 anos, aposentado, residia com sua esposa, um filho, nora e netos em uma casa confortável no alto de uma picada. A história de seu adoecimento era recente, pois se iniciou em 2010, quando ele almoçava com a família e sentiu uma forte dor no peito. Acompanhado de seu filho e da nora foi até o Pronto-Socorro de Canguçu, onde descobriu que havia tido uma isquemia.

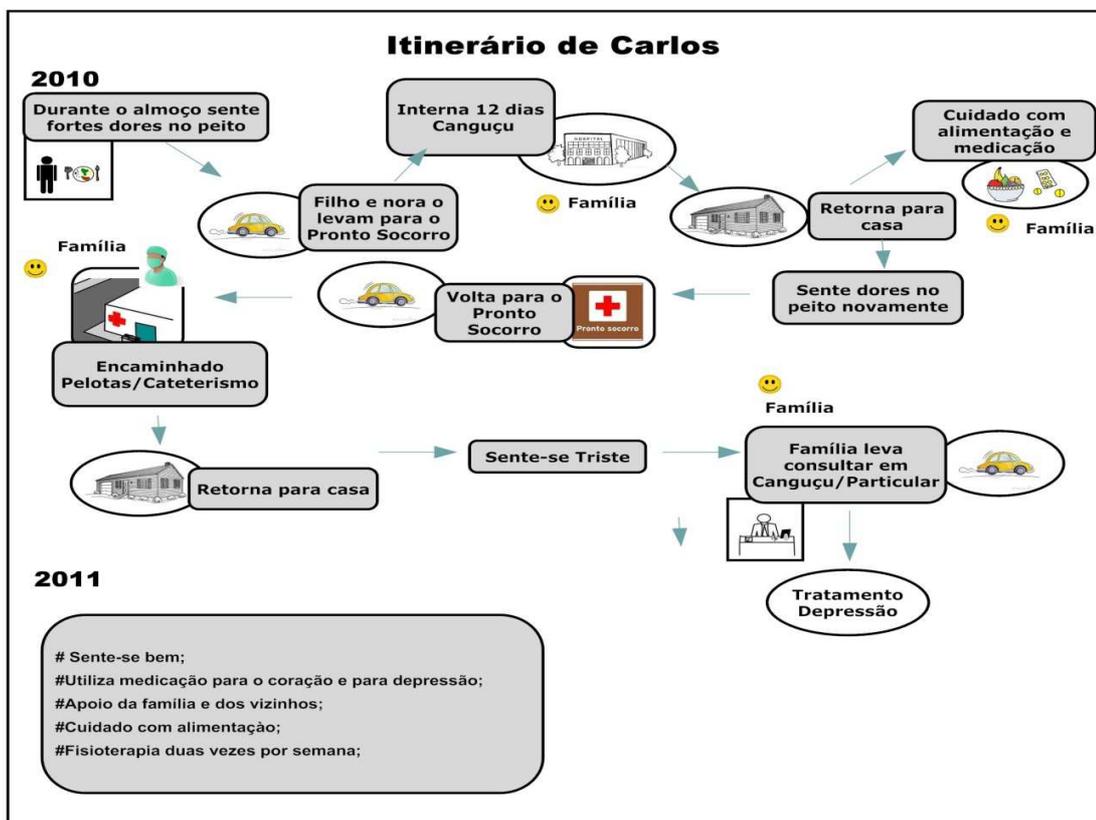
Passou 12 dias hospitalizado para estabilização do problema e retornou para casa, onde novamente apresentou dores no peito. Percebendo o mal-estar de Carlos, sua família o levou outra vez para o pronto-socorro de Canguçu, sendo a

seguir encaminhado a um hospital de Pelotas, cidade vizinha, para realização de cateterismo. Após alta hospitalar, Carlos retornou para casa com o problema cardíaco estabilizado, no entanto, sentia-se muito triste, desanimado, sem vontade para nada, e sua família, ao apreender isso, o levou para se consultar com uma médica que atendia a família havia alguns anos, e que atuava em Canguçu. Com diagnóstico de depressão, iniciou tratamento.

Durante as entrevistas, Carlos declarou-se bem e disse seguir com os medicamentos. Também estava realizando fisioterapia particular em Canguçu, duas vezes por semana, para recuperar a mobilidade perdida com os processos isquêmicos. Pode-se observar durante as visitas que sua família participava bastante do cuidado, em especial, supervisionando e controlando sua alimentação e descanso, e que tentava fazer o possível para que ele se sentisse bem.

Com relação à rede de apoio, Carlos refere que em momentos de agudização do problema teve apoio de sua família, sendo este apoio continuado nos períodos de silenciamento da situação apresentada.

Figura 6-Itinerário de Carlos em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maia, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de Oscar: um homem que precisa parar de trabalhar na lavoura

Entre os entrevistados, Oscar, 58 anos, agricultor, foi o mais tímido de todos e também um dos que mais me surpreendeu no decorrer da pesquisa, pois antes de iniciar as entrevistas obtive informações de que não era receptivo. Cheguei em sua casa e fui recebida por sua esposa, que de imediato me convidou para entrar. Um tempo depois chegou Oscar e seu filho, que estavam fazendo lenha na propriedade vizinha. Sentamos na sala, eu coloquei meu objetivo de trabalho e, para minha surpresa, ele se mostrou muito receptivo a conversa e aí começamos nosso diálogo.

Oscar contou que mais ou menos 20 anos atrás, por volta de 1990, estava na lavoura trabalhando e sentiu uma tontura muito forte. Já fazia algum tempo que apresentava tal sinal, mas sempre achou que era por causa do esforço realizado. Sentou-se um pouco, mas não melhorou, então resolveu se consultar em Canguçu. Marcou uma consulta particular e foi até a cidade. Nesse mesmo dia iniciou com medicamentos para hipertensão, pois seus níveis pressóricos estavam alterados.

Um tempo depois, consultou-se novamente, recebeu orientações para mudanças de hábitos de vida e deixou de utilizar a medicação. Seguiu a partir daí cuidando da alimentação e abandonou as pequenas doses de álcool que ingeria nos finais de semana. Em 2002, acompanhando sua esposa ao posto de saúde de Canguçu, resolveu verificar a pressão arterial e descobriu que seus níveis pressóricos estavam muito alterados. Ficou em observação na unidade por algumas horas e no outro dia marcou consulta particular com outro médico em Canguçu, que o orientou a usar medicação contínua para hipertensão. Assim, começou novamente utilizar a medicação e continuou com os cuidados que já tinha adotado anteriormente. Sentindo-se cansado, em 2006 marcou uma consulta com esse médico e reduziu a medicação, sentindo-se bem.

Em 2010, ao aplicar agrotóxicos na lavoura de fumo, sentiu suas pernas queimando, achou que era uma alergia, mas durante a noite a dor aumentou e surgiram manchas rosadas no local. Sem saber o que tinha, resolveu ir até o pronto-socorro de Canguçu, onde se consultou e soube que aquela reação poderia ser do veneno que tinha aplicado no dia anterior. Permaneceu em observação e foi liberado

para casa na condição de não voltar à lavoura. Com a lavoura de fumo para colher, preocupado com a família, resolveu trabalhar no fumo novamente, e as lesões que tinham amenizado retornaram mais fortes. Foi até pronto-socorro, sendo atendido por uma médica que afirmou que aquele processo se tratava de escabiose. Embora achasse que não poderia ser “*sarna*”, Oscar não quis questionar a profissional e retornou para casa com uma loção.

Após iniciar o tratamento com a loção, sentiu um alívio momentâneo, seguido de forte ardência e edema nas pernas. Com dor, foi ao pronto-socorro de novo. Ao chegar ao serviço, encontrou o médico que o atendeu na primeira vez e contou o ocorrido. Recebeu medicação para alívio dos sintomas e orientação para não voltar à lavoura.

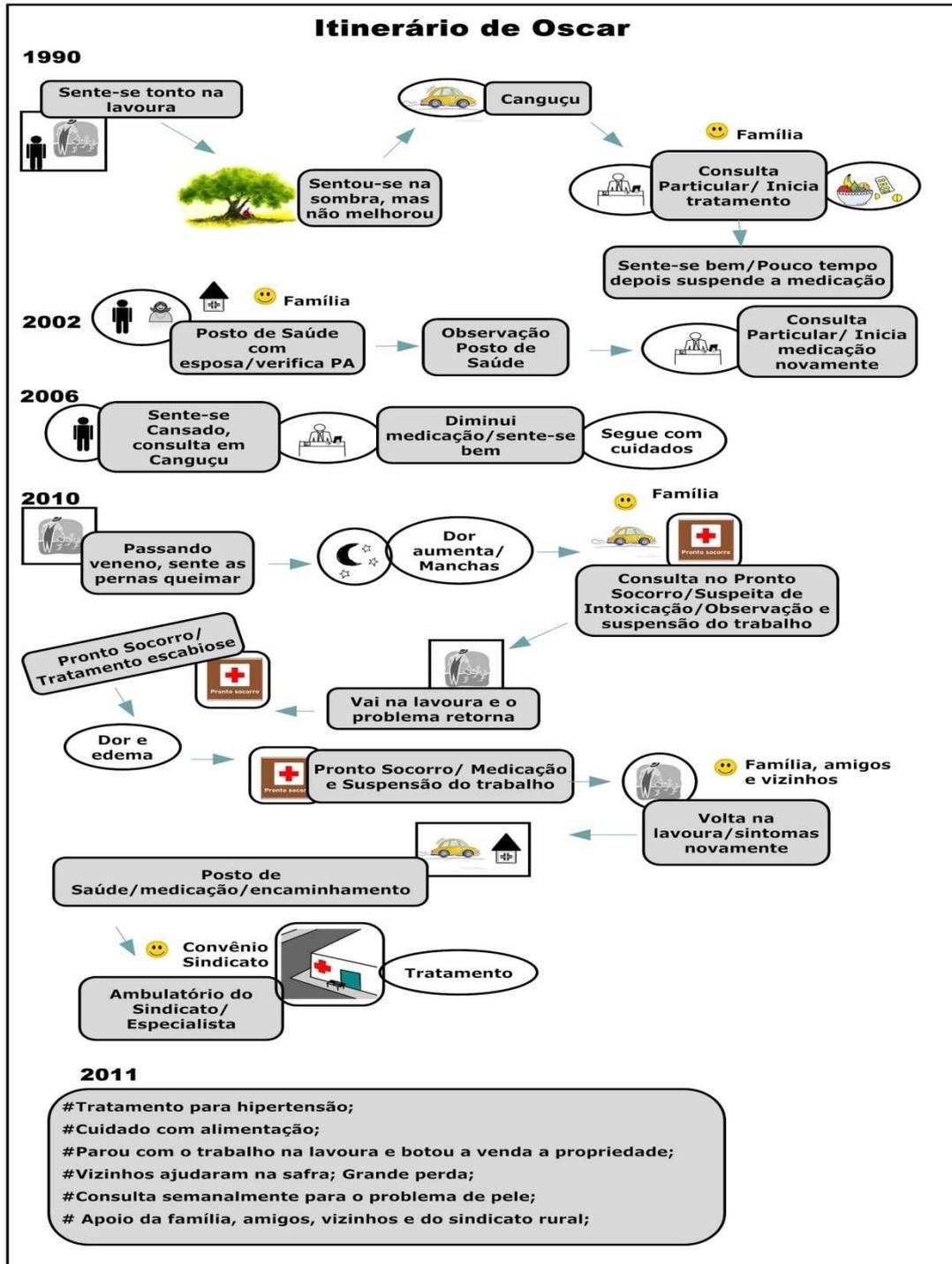
Nervoso com os gastos e com a lavoura para colher ignorou a orientação do médico e foi trabalhar no fumo novamente, e as lesões retornaram. Com medo de ir ao pronto-socorro, foi até o posto de saúde e encontrou o médico que o atendeu na última vez e que o orientara a procurar um especialista em Pelotas.

Sabendo que o sindicato rural de Canguçu tinha convênios com vários médicos, foi até o ambulatório e descobriu que o especialista indicado atendia em Canguçu uma vez por semana. Marcou consulta e começou a fazer tratamento para o problema, que regrediu.

Em 2011, estava fazendo aplicação de medicação semanal com o médico especialista, não conseguiu retornar à lavoura, perdeu quase a safra toda, não estava aposentado e gastava as economias com as medicações. Colocou a propriedade à venda. Embora gostasse da terra, não tinha condições de saúde para trabalhar. Pensava em morar na cidade e trabalhar como pedreiro.

Com relação à rede de apoio, Oscar referiu contar com sua esposa e filho em todos os momentos. O convênio com o sindicato rural de Canguçu foi apontado por ele como importante em períodos de agudização, assim como o apoio dos vizinhos e amigos.

Figura 7- Itinerário de Oscar em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

5.2.2 Homens com itinerários plurais

Itinerários plurais, com a busca por cuidado no sistema informal, popular e profissional na situação de adoecimento crônico, foram evidenciados por sete entrevistados. A seguir conta-se a história terapêutica de cada um deles.

- *Itinerário Terapêutico de Benedito: um homem que passou a valorizar muito mais a família*

Benedito residia com sua esposa, sobrinha e sua mãe havia mais de 30 anos no Rincão dos Maia, era um senhor de 62 anos, aposentado. Entre os entrevistados, foi com ele que mais me identifiquei, por apresentar um problema que há pouco tempo eu também havia vivenciado e superado, a “*depressão*”. Mas a história de seu adoecimento não começou com a depressão e sim com fortes dores no peito, para as quais ele utilizava chás que os mais velhos indicavam e se automedicava para dor. Como os episódios de dores eram curtos, não contou para ninguém, pois achou que era bobagem. Em 2002, após dois anos do aparecimento das primeiras dores no peito, ao trabalhar em sua chácara de pêssegos, não conseguiu aguentar a dor e resolveu contar à esposa, que estranhou o fato, e procurou auxílio profissional.

Eu fui sentindo umas dores até quando eu estava em casa. Fiquei dois anos assim e não falei nada pra ninguém, sentia umas dores no peito. Certo dia, trabalhando... Eu tinha uma chácara de pessegueiro, agora eu derrubei tudo. Um dia, eu fazendo poda, aí senti aquela dor, aquela ferroadada forte, estava com os braços levantados pra cima e quem tem problema de coração não pode levantar os braços muito pra cima. Aí eu vim em casa e disse pra ela (esposa): Acho que estou com problema de coração. E ela até riu de mim: “Mas tu nunca se queixou de nada, tu nunca falou nada!”. Eu digo: Não, mas já faz uns dois anos que eu ando ruim. Aí eu fui no médico e já apareceu o problema [...]

Ao perceber que as dores não passavam e prevendo que seu problema era sério, foi até o posto de saúde da comunidade e se consultou. No dia seguinte, com a requisição do médico, foi até um laboratório de Canguçu e realizou os exames, todos particulares. Retornou ao posto de saúde da comunidade com os exames e de

imediatamente foi encaminhado para uma cardiologista particular, em Canguçu, que fez o diagnóstico e prescreveu tratamento que estabilizou o problema cardíaco.

[...] bati particular com o doutor e trouxe pra ele e ele me disse que eu estava com problema de coração. Aí me passou pra a doutora, em Canguçu, e ela segue me tratando até hoje, sempre abaixo de remédio, porque operar não tem como operar e assim com tratamento dá pra levar muito longe [...]

A partir dessa data, passou a usar medicações, diminuiu a ingestão de alimentos ricos em gorduras e sal, largou o trabalho na lavoura e deixou de se envolver em atividades na comunidade, ficando a maior parte do tempo em casa. Seguiu com os chás.

Em 2007, começou sentir dores no abdome e na região do flanco direito, pensou ser problema de rim e começou a usar medicações para dor (automedicação) e chá de quebra-pedra. E assim foi contornando os episódios de agudização do problema, até que em 2010 sentiu muita dor e resolveu ir até Canguçu se consultar com sua cardiologista, que solicitou um ultrassom e descobriu que as dores vinham da vesícula, que estava com cálculos. Diante do exame, encaminhou seu Benedito para seu esposo, médico cirurgião, que marcou a cirurgia pelo SUS e solicitou alguns exames particulares.

Com os resultados dos exames, Benedito retornou ao médico, que, ao ver os exames, resolveu suspender a cirurgia por pelo menos 15 dias, pois sua coagulação estava alterada em função da medicação de uso contínuo. Quinze dias depois, Benedito repetiu todos os exames e marcou a cirurgia pelo SUS.

Após recuperar-se da cirurgia recebeu alta e retornou com sua esposa para casa, onde se sentia triste e tinha medo de morrer. Também começava a ter dores e inchaço nas pernas, devido à presença de varizes. A esposa resolveu fazer “afumentações”¹⁸ e passar loções medicinais para aliviar o problema nas pernas. Vendo sua tristeza aumentar cada vez mais, sua mãe o levou em uma benzedeira perto de casa, e sua esposa, preocupada, marcou consulta em Canguçu com a médica cardiologista que já o acompanhava há mais tempo, e que o diagnosticou com depressão e deu tratamento medicamentoso.

¹⁸ Afumentações são massagens com loções ou cremes. Pode usar ervas ou pomadas medicinais. Termo muito usado na comunidade.

No dia em que realizei a primeira visita em sua casa, Benedito recém tinha iniciado o tratamento para depressão, ainda estava bastante debilitado e chorava ao falar de seu problema de saúde, em especial, do coração, pois sentia-se culpado pelo que tinha acontecido. Também relatou que seus problemas de saúde haviam lhe tirado muitas coisas, como o trabalho e a convivência com os amigos. Como eu havia vivenciado tal situação recentemente, compreendi seus sentimentos e contei que tinha superado o mesmo problema de saúde, e mais, falei que eu tinha certeza que ele ficaria bem, que logo boas oportunidades surgiriam e que nós dois ainda iríamos ajudar muitas pessoas com nossa experiência. Também combinei que, nos dias em que eu tivesse mais tempo livre, passaria em sua casa para darmos algumas caminhadas pela comunidade, o que o deixou bem mais animado. Antes de ir embora, também conversei com sua esposa, dona Ceni, uma mulher muito dedicada à família, ouvi como ela estava se sentindo e sugeri algumas coisas que achava que poderiam ajudar seu Benedito.

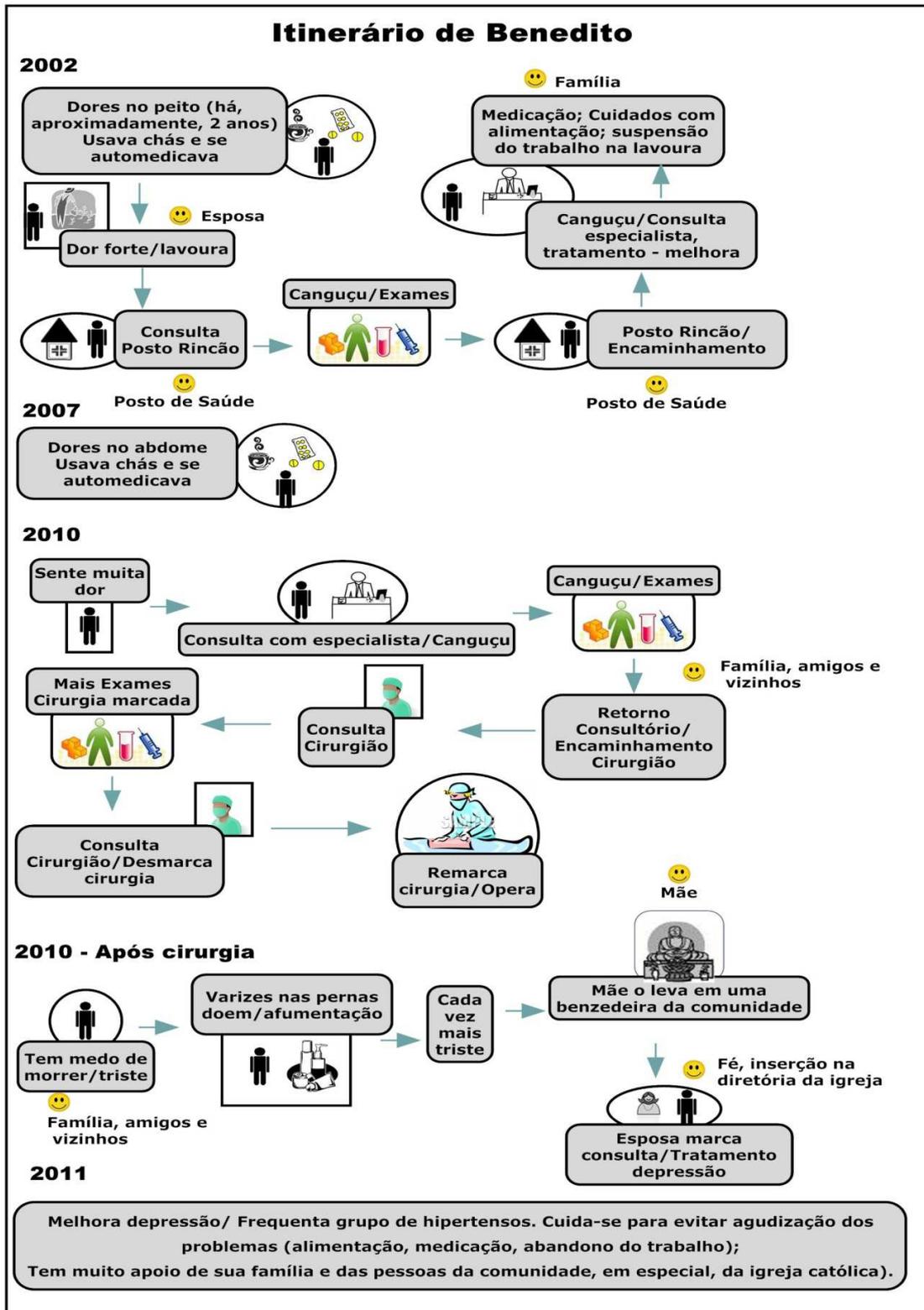
Durante os meses em que me ausentei da comunidade, sempre ligava para saber como ele estava e, quando retornei em junho para realizar a segunda etapa, tive uma surpresa, encontrei seu Benedito indo fazer uma caminhada, sorrindo e feliz ao me ver. Nesse dia soube que ele havia sido convidado para ingressar na comissão da igreja católica da comunidade, que estava bem envolvido, cheio de planos e metas para sua gestão. E o que mais me deixou emocionada foi a gratidão dele e de sua família pelo que fiz. Acho que esse foi um dos maiores presentes que recebi durante minha trajetória como pesquisadora, o saber-buscar-ser importante para aqueles que compartilham suas histórias conosco.

Nas visitas que fiz, evidenciei que Benedito seguia com sua dieta, que começou em 2002. Durante o almoço, comia pouco e selecionava os alimentos, cuidadosamente preparados pela esposa e pela sobrinha. Não trabalhou mais na lavoura desde essa época e também não ingeria nenhum tipo de bebida de álcool. Os chás também continuavam, os mais diversos, às vezes colocados no *chimarrão*¹⁹, o qual tomava com sua mãe e sua esposa. Com relação à rede de apoio, observei que ele contava com muito apoio de toda a família (esposa, filhos, nora e genro, e a mãe), que se mobilizava no cuidado. Também havia apoio da comunidade, em especial de alguns vizinhos e amigos, que, ao saberem do

¹⁹ Bebida típica do Rio Grande do Sul.

problema de depressão, convidaram Benedito para atuar na diretoria da igreja, o que auxiliou bastante na sua recuperação.

Figura 8- Itinerário de Benedito em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de Nelson: o homem que não tem certeza do problema de coração

Nelson, 65 anos, agricultor, aposentado, assim como Oscar, era visto como uma pessoa pouco acessível na comunidade. Ele residia com suas irmãs em uma casa que, à primeira vista, parecia uma casinha de bonecas, bem baixinha, com móveis pequeninos e com um lindo gramado ao redor. Nas primeiras visitas, seu Nelson sentia-se desconfortável e, assim como sua irmã, ficava desconfiado de minhas intenções. Mas, pouco a pouco, fui conversando com ele e suas irmãs, colocando o trabalho, tirando dúvidas que eles tinham, e no final estabeleci um vínculo forte, sendo convidada para tomar cafés, almoçar com eles, e até ganhei frutas de presente.

Nelson contou que havia mais de 30 anos que sofria de problemas de coração que começaram quando ele fazia pequenos esforços, como caminhar ou erguer peso. Como naquele tempo não havia serviços de saúde gratuitos para os agricultores, juntou as economias da safra e foi se consultar com um médico particular em Canguçu, onde fez exames, recebeu tratamento medicamentoso e passou a sentir-se bem. Desse período em diante, Nelson passou a cuidar de sua alimentação e reduziu a carga de trabalho também.

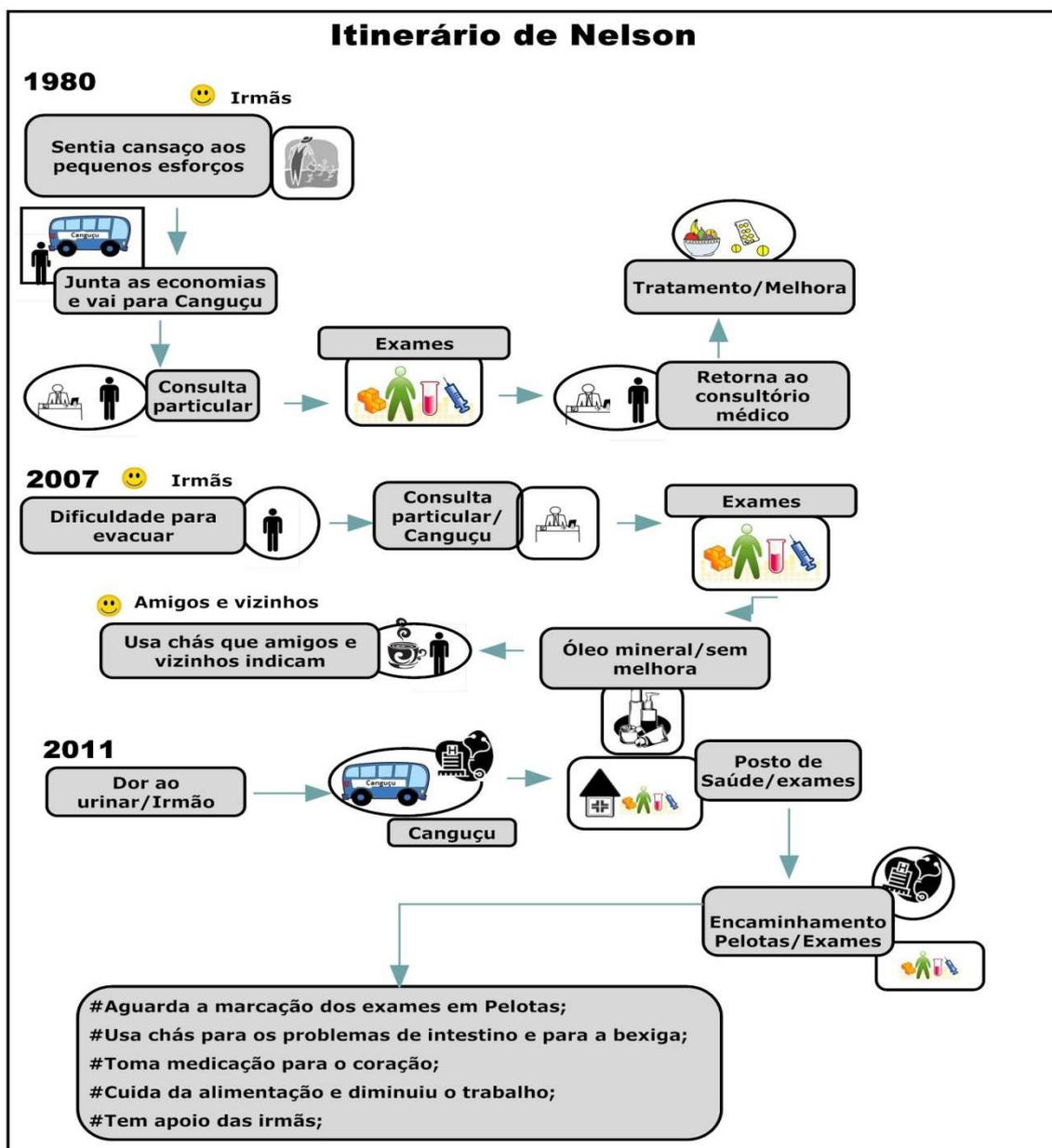
Relatou que em 2007 começou a apresentar dificuldades para evacuar, sendo suas fezes cobertas de sangue. Preocupado, foi até a cidade, pagou uma consulta e fez exames, sendo receitado óleo mineral, que não surtiu efeito. Começou utilizar chás que outros lhe indicavam para o problema de intestino.

No período de realização das entrevistas, em 2011, seu Nelson relatou vontade frequente de urinar e, como seu irmão teve problema de câncer de próstata, resolveu se consultar no posto de saúde em Canguçu. Fez vários exames e foi encaminhado para Pelotas para realizar outros exames que não foram possíveis de serem feitos em Canguçu. Ele continuava usando chás para seus problemas de saúde. Na última entrevista, relatou sobre o projeto Rondon, um projeto de extensão universitária de nível nacional, que esteve na comunidade uns 20 anos atrás e trabalhou com Doença de Chagas, problema muito presente na região naquela época. Segundo ele, após coleta de material para exames, os alunos do projeto o chamaram e disseram que ele tinha Doença de Chagas, mas que ele

nunca teve certeza, pois nunca viu o exame e nas vezes em que foi aos serviços de saúde nunca o solicitaram. Portanto, nunca mais repetiu esse exame e não sabia se tinha ou não o problema.

Com relação ao apoio, Nelson citou a presença constante das duas irmãs que residem com ele. No momento, também estavam lhe ajudando um irmão e um sobrinho de Pelotas, que iriam acompanhar seus exames na cidade e o receber durante os dias que ficará em Pelotas.

Figura 9- Itinerário de Nelson em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de João: *o homem que ficou como uma galinha que quer morrer*

No dia em que conheci João, 56 anos, agricultor, aposentado, pude entender como o papel do pesquisador pode ser importante na medida em que este permite um espaço de escuta. Falo isso baseada no que vivenciei com João, um homem que tentava se manter forte, mas que ao falar de seu problema de saúde sentia-se profundamente fragilizado. Tudo começou, segundo ele, em 2007, quando após um dia cheio de trabalho na lavoura deitou-se para dormir e sentiu uma forte dor do peito (1º enfarte). Aguardou uns minutos, mas percebendo que a dor não passava, chamou a esposa e a filha, que de imediato tentaram *afumentar* a área para aliviar a dor. Sem melhoras, João tentou ligar para os vizinhos para pedir ajuda, mas o telefone não funcionou. Desesperado e com muita dor, resolveu ir dirigindo até Canguçu. Ao chegar ao pronto-socorro, recebeu algumas medicações e poucas horas depois foi liberado para casa com o pedido de repouso.

[...] se fomos pra Canguçu, pro hospital, nem fui pro hospital, fui pro pronto atendimento e aí, chegamos lá, já me deram uns comprimidinhos. Mas nesse meio tempo eu peguei garoa, caminhei, e ficava com aquele peso nos braços, aí eles me deram uns AS especial e não sei o que mais, uma injeçãozinha e Sustrate ele me deu já. Aí eu vim pra casa e fiquei ali quase todo dia assim como uma galinha que quer morrer, sem ânimo pra nada, com aquele peso nos braços.

Em casa voltou a sentir desânimo, cansaço e dor no peito, sem força para levantar da cama (2º enfarte), sua esposa o levantou e eles retornaram ao pronto-socorro de Canguçu. Ao chegar, recebeu mais medicações e foi colocado na sala de espera. Ao saber que o pai estava sentindo-se mal e aguardando atendimento, uma de suas filhas, que é enfermeira, acionou um médico do hospital de Canguçu para ir atender seu pai no pronto-socorro. Pouco tempo depois, João recebeu ordem para se internar do médico que contratou e foi alojado em um leito do hospital municipal.

À noite sentiu uma coceira pelo corpo que aumentava, mas pensou que era sério. Ao ver que a coceira estava se transformando em dor, chamou pela enfermeira e logo após perdeu a consciência (3º enfarte).

[...] eu achava que era uma comichãozinha, nem me dei por conta que podia ser um infarto que me deu de novo. “Então tá bem, qualquer coisa liga.”. Saiu o médico e eu fiquei com aquela dor cada vez aumentando mais. Aí cocei mais um bucado ali, aumentando sempre, aí chamei a enfermeira. Aí, quando eu me cocei eu vi que a enfermeira veio, aí me escutou e saiu correndo. Quando ela saiu correndo, eu peguei meu telefone e vi que não era boa coisa, aí eu telefonei pro meu guri e pra minha guria. Nisso, ela não tinha chegado ainda e aí, quando meu guri foi, quando chegaram lá eu já tava vendo pouca coisa. Aí só foram me acordar às 11 horas, me botaram na UTI e eu fiquei dois dias na UTI.

Após sofrer o terceiro enfarte em menos de dois dias, ficou internado na unidade de tratamento intensivo – UTI do hospital por dois dias, sendo daí encaminhado direto ao hospital de Pelotas para fazer angioplastia, onde permaneceu mais dois dias na UTI e quatro dias na unidade de internação simples. Em Pelotas descobriu que tinha pressão alta e diabetes mellitus, e começou tratamento.

Ao retornar para casa, ainda sentia-se muito cansado e possuía restrições de esforços. Preocupado com as despesas da família, encaminhou pedido de auxílio ao INSS e foi contemplado por seis meses. Embora com dificuldades, seguiu também com a dieta prescrita pelos médicos, pouco sal e comidas gordurosas, não fumou e nem ingeriu bebidas de álcool.

Algum tempo depois, ao ouvir um programa de rádio de Canguçu, no qual um curandeiro estava tirando dúvidas e dando conselhos, resolveu ligar para contar seu caso e pedir algum auxílio para que não viesse a ter mais enfartes, e recebeu orientação para diminuir a comida ou “*encurtar a boia*”, termo comum, bastante falado na comunidade. Diante da resposta do curandeiro, ficou bravo e sentiu-se envergonhado, pois tinha se identificado ao ligar.

Eu consultei ele [curandeiro] pra ele me xingar um dia. Eu disse pra ele que tinha me dado 3 enfartes e perguntei o que eu deveria de fazer pra que não me desse enfarte e ele me disse pela rádio, e eu no telefone, e ele me disse encurtar a boia. E mais ainda me disse, e eu não dei resposta pra ele, ele disse o problema que brasileiro tem é a ideia de viver pra comer e não comer pra viver [...]

Em 2010, ainda com dificuldade para realizar as tarefas do cotidiano rural devido ao seu problema de coração que restringia os esforços, resolveu passar uma capinadeira na lavoura e, ao chegar em casa, percebeu que sua urina apresentava sangue. Conversou com a esposa, foi até o pronto-socorro da cidade e fez exames.

Os médicos disseram que ele não tinha nada, e ele então começou a usar “*chá da pedra*”, que foi indicado por uns vizinhos como sendo bom para problemas urinários.

Como ainda tinha vontade frequente de urinar e com medo que fosse algo mais sério, procurou um médico nefrologista em Pelotas, que prescreveu exames, sendo um com valor acima de 700 reais e não realizado pelo SUS. Sem condições de fazer os exames, procurou outro médico especialista em Porto Alegre. Marcou consulta e foi com sua esposa:

[...] eu fui num médico em Porto Alegre e perdi a caminhada. Se eu dizer pra ti que perdi a caminhada, fiz um exame de próstata lá, fui fazer o exame, eu fui lá fazer, eu vou lá, meu Deus, guria, tchê!, eu vou dizer pra ti, eu só não soltei os cachorros naquele médico porque, tu imagina, o homem com a esposa ir lá em Porto Alegre dentro do consultório do médico, esperar quanto tempo lá no consultório pro cara chegar e soltar as pata no cara! “Primeira coisa, todos exames.” – Que exames, doutor? Ninguém me pediu exame! – “Mas então tu não trouxe exame, tu veio fazer o que aqui?” – Vim fazer o exame, doutor, está aqui o exame, doutor. – “Pela as calças, pela as calças, as calças no chão!”, bem assim ele disse pra mim [...]

Depois desse “*atendimento*” em Porto Alegre, ainda preocupado com seu problema, foi até o posto de saúde da cidade e conversou com o médico da unidade, que resolveu realizar outro exame de toque retal. Ao aguardar no corredor, conversou com um “enfermeiro” que fez piadas com relação ao procedimento. Envergonhado, João, disse ter baixado a cabeça e não ter falado nada. Em 2011, ele usava medicação para o coração, diabetes mellitus e hipertensão, e “*chá da pedra*” para os problemas urinários. Pretendia realizar o exame de 700 reais solicitado pelo nefrologista, pois achava que seu problema era rim, já que nos exames de próstata não foi encontrado nenhuma alteração.

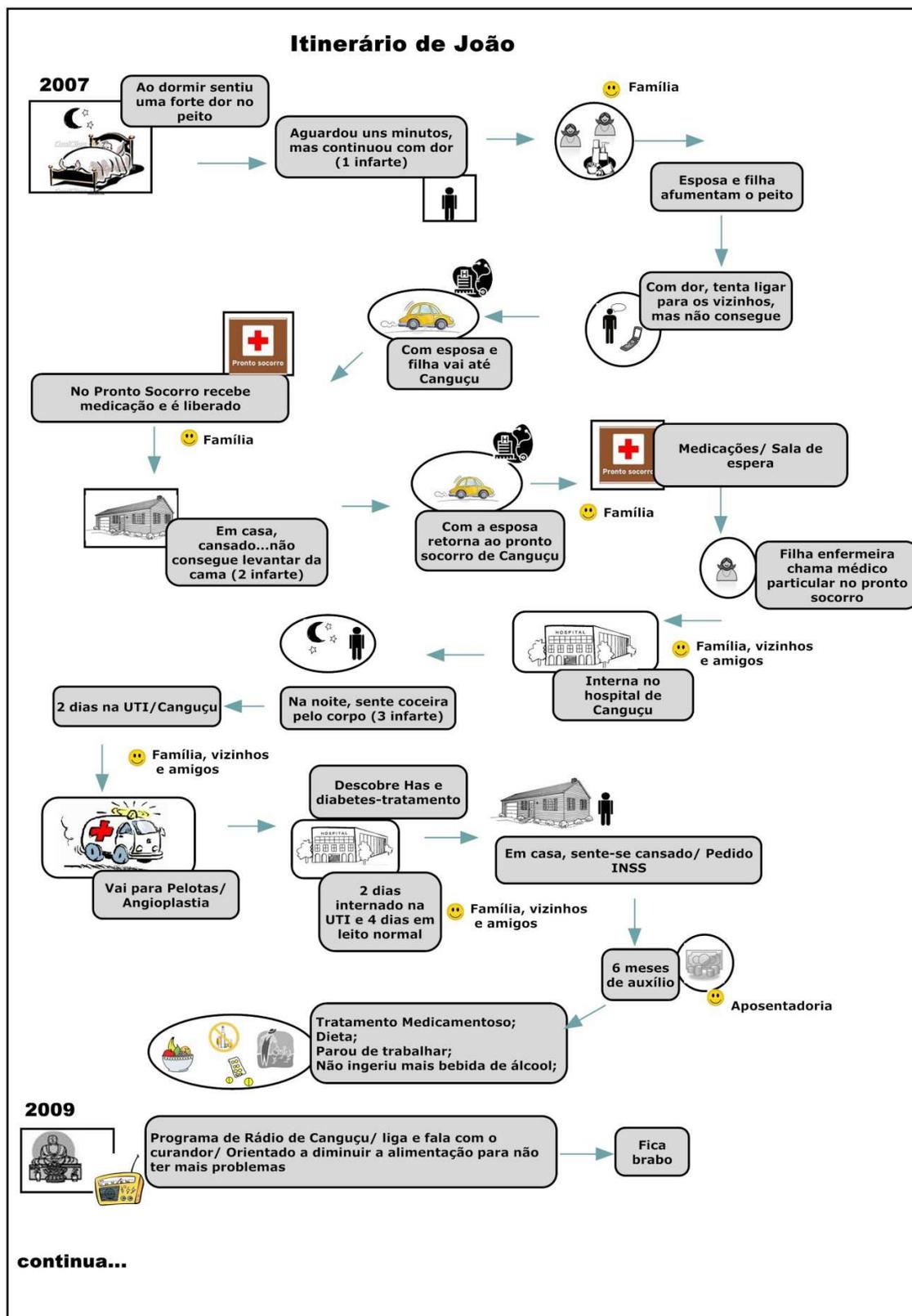
Após realizar várias perícias médicas, entrou na justiça e conseguiu aposentar-se, e estava parando de trabalhar com plantação de fumo, pois, segundo ele, não tinha mais condições de saúde para realizar tal trabalho. João continuava cuidando da alimentação e usando medicações para hipertensão, diabetes. Participava dos bailes para idosos com sua esposa.

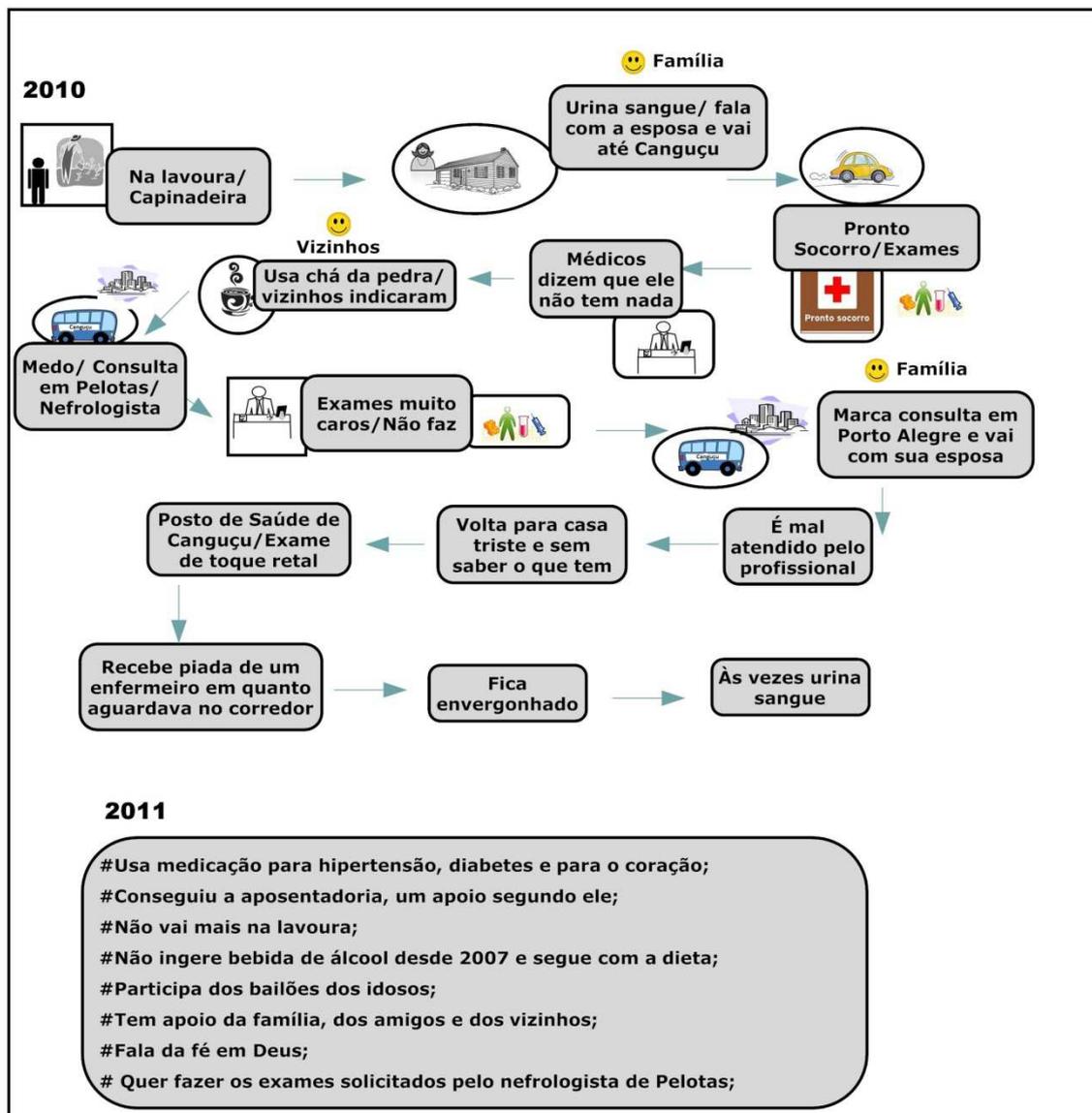
Um ponto que não posso deixar de relatar é que todas as vezes em que fui até sua casa para conversar, João chorou... Nunca irei me esquecer do dia em que ele me disse que ficava triste e feliz ao me receber, feliz porque tinha alguém com quem conversar sobre seus problemas, e triste porque eu o fazia lembrar de coisas difíceis e depois eu ia embora. Muitas vezes, depois do término da pesquisa, me

deparei em casa pensando em minha ação como pesquisadora e até posso arriscar a dizer que isso me trouxe um pouco de sofrimento, em saber que nada mais do que escutar eu poderia fazer.

Com relação ao apoio, João contava com sua esposa e dos filhos que moravam no Rincão dos Maia e em Canguçu. Também referiu a presença dos amigos e dos vizinhos. No momento, o baile dos idosos também constituía um importante apoio, pois oferecia momentos de entretenimento.

Figura 10- Itinerário de João em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.





Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maia, 2010/2011.

- *Itinerário Terapêutico de Paulo: o homem dos “retratos”*

Paulo era um senhor de 76 anos, aposentado, casado, que residia na comunidade do Rincão dos Maia desde que nasceu. Lembro-me do dia em que realizei a primeira visita à sua casa e fiquei encantada com o açude cheio de patos e com a hospitalidade dele e de sua esposa, ao me receberem. Seu Paulo, como é conhecido, contou que, em 2000, estava trabalhando como de costume em sua lavoura e sentiu-se mal. Desconfiado que estava com problema de pressão, foi até o posto de saúde do Rincão dos Maia e verificou os níveis pressóricos, que estavam alterados. Como não havia médico na unidade, retornou para casa e no outro dia foi até Canguçu e se consultou com uma cardiologista, começando a utilizar

medicação. A partir desse momento, passou a fazer acompanhamento no posto de saúde da comunidade, onde verificava pressão arterial, participava do grupo de hipertensos e buscava medicação. Cuidava da alimentação, parou de fumar e não ingeriu mais bebida de álcool.

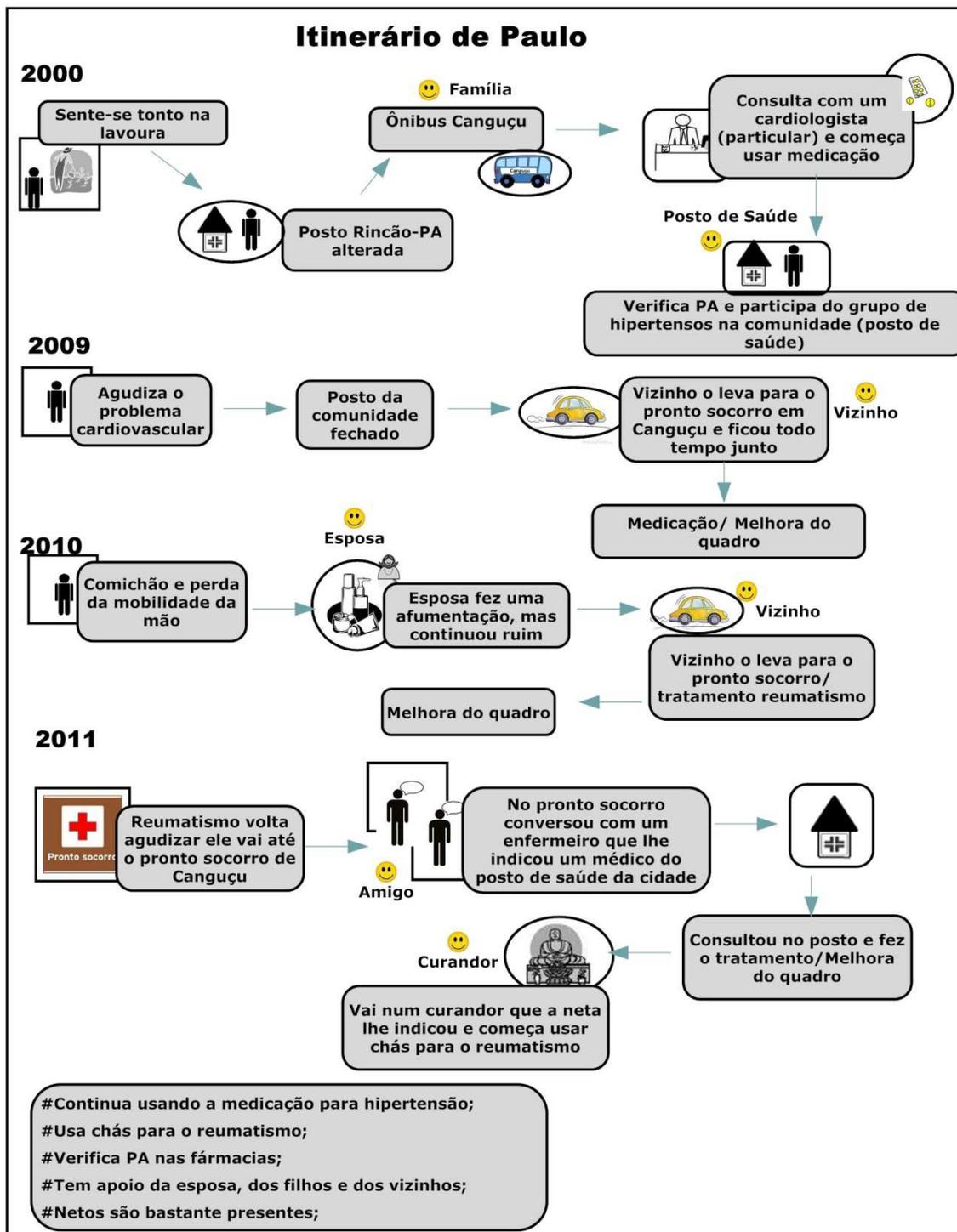
Após um bom período de tempo sem agudização do problema cardiocirculatório, em 2007 teve que ir até o posto de saúde da cidade, pois passou o dia inteiro vomitando e perdeu as forças. Como não havia mais atendimento no posto da comunidade, sua esposa solicitou ajuda a um vizinho e amigo que os levou a Canguçu e permaneceu lá até Seu Paulo ser liberado. Continuou com os cuidados adotados em 2000.

Em 2008, começou apresentar comichão na pele e perda da mobilidade das mãos. Sua esposa tentou “*afumentar*” o local, mas o problema só agravou, e Seu Paulo foi com o vizinho até o pronto-socorro de Canguçu, onde descobriu que aquela comichão se tratava de reumatismo. Com medicação, teve alívio do problema e retornou para casa.

No período das visitas, Seu Paulo procurou o pronto-socorro de Canguçu novamente por causa do reumatismo. No decorrer do atendimento conversou com um enfermeiro que indicou um médico que atendia no posto de saúde. Em busca de uma solução, Paulo se consultou com o médico indicado e fez o tratamento prescrito. Também nesse tempo, ele foi a uma benzedeira indicada pela neta e começou tomar chá de marcela para o reumatismo. Relatou nas entrevistas que sempre verificava a PA nas farmácias em Canguçu e tomava medicação, além de outros cuidados para evitar agudização dos seus problemas de saúde.

Paulo tinha o apoio da esposa e dos filhos em todos os momentos. Seu vizinho e amigo era uma ajuda em momentos de agudização dos problemas vivenciados, assim como um sobrinho que morava na comunidade. Paulo também referiu a unidade básica de saúde como apoio nos momentos de silenciamento da condição crônica e o pronto-socorro para os momentos emergenciais.

Figura 11- Itinerário de Paulo em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de Luís: um homem que sentia “calores” ao beber

Foi em 1995 que Luís, 52 anos, casado, agricultor, percebeu que estava com problemas de saúde, pois quando ingeria bebidas alcoólicas sentia-se tonto, com falta de ar e tinha calores. Como isso estava causando mal-estar, foi até Canguçu e marcou uma consulta particular com uma cardiologista, pois já imaginava que seu problema estava ligado à pressão arterial (PA). No dia seguinte, consultou-se, recebeu orientação da profissional para mudar hábitos de vida e foi liberado sem medicações, para realizar controle dos níveis pressóricos. Conforme tinha sido solicitado, Luís abandonou a bebida alcoólica, o cigarro e passou a cuidar mais de sua alimentação, além de ter iniciado a ingestão de chás que pessoas conhecidas tinham lhe indicado para o problema. Mas, apesar de todas essas medidas, sua pressão arterial continuou elevada, fazendo com que ele retornasse ao consultório médico e iniciasse tratamento medicamentoso.

Perguntou [médica] se eu bebia e fumava, digo: Eu fumo e bebo— “Então o senhor vai ter que parar de beber pelo menos para ver sua pressão.” Parei de beber e de fumar, fui para Canguçu de novo daí uns tempos, mediu a pressão e tava meia alta, aí ela me disse: “Vai ter que tomar remédio.”

Com as medicações e chás, Luís sentia-se bem e só voltou a adoecer em 2000, quando notou que estava mais nervoso, agitado e apresentou dificuldades para dormir. Novamente, procurou a médica que o tinha atendido em 1995 e começou a tomar medicamento para depressão. Também foi a uma benzedeira de Canguçu e começou a tomar, por recomendação dela, suco de maracujá.

Eu vou te dizer, para a depressão a única coisa que eu tomava era o maracujá, eu comprava o suco pronto e fazia o suco em casa de maracujá e isso me ajudava me acalmar (Luís, 52 anos, agricultor).
 Pesquisadora: E quem lhe indicou?
 Isso foi a benzedeira (Luís, 52 anos, agricultor).

Não satisfeito com sua saúde, em 2004, Luís foi até um curandeiro que atendia em Canguçu e recebeu a explicação de que seus problemas vinham de mau-olhado, inveja sobre a pessoa dele. Não acreditou na conversa e foi embora.

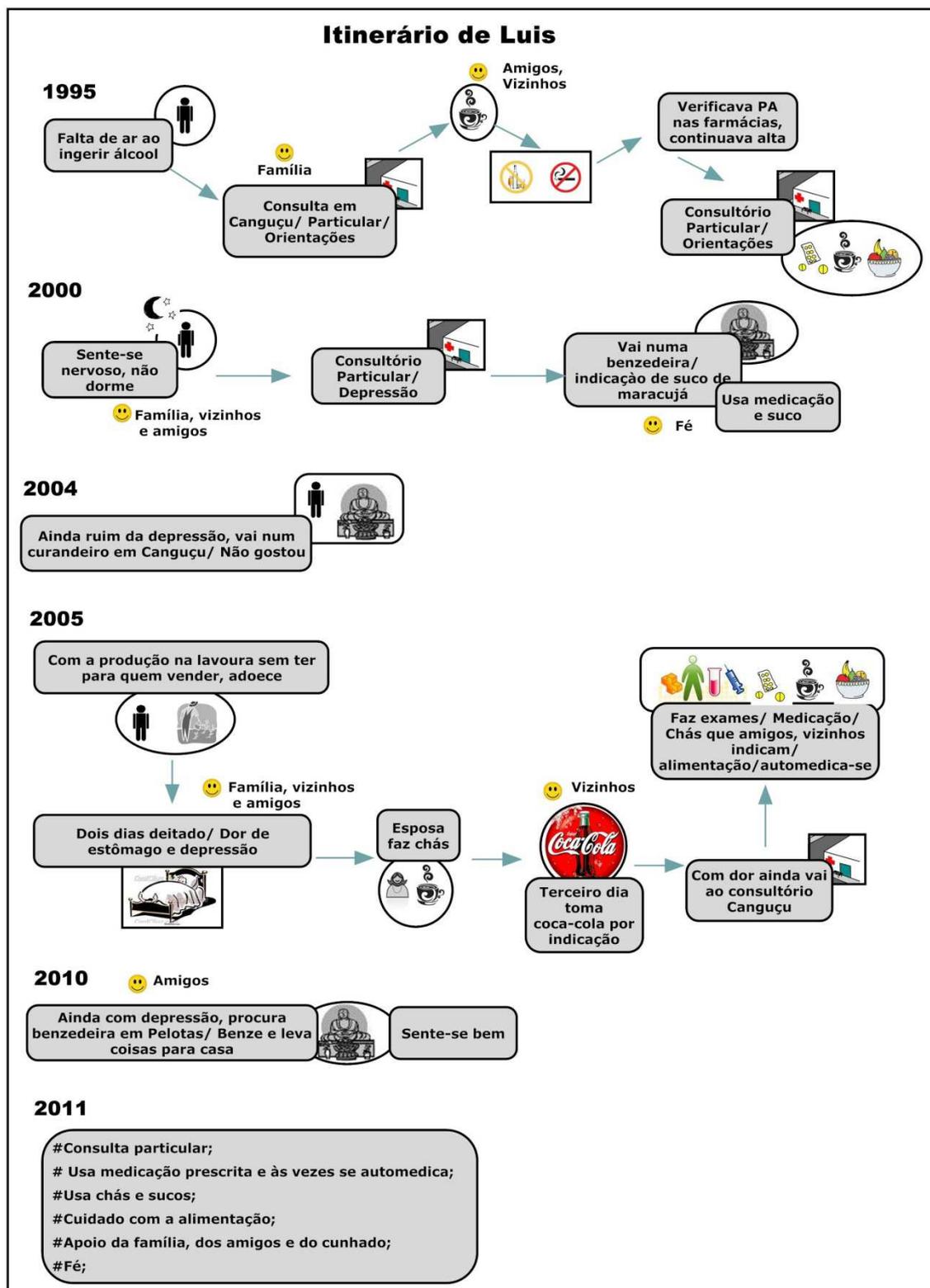
Em 2005, com a produção de pêssego toda na lavoura e sem nenhum comprador, apresentou gastrite, acompanhada de depressão. Sem conseguir sair de casa, ficou dois dias deitado, tomando chás que a esposa fazia e que os vizinhos

tinham indicado. No terceiro dia, mandou buscar um refrigerante de cola, pois haviam dito que este ajudava nos problemas de estômago. Mas por fim, teve que ir até Canguçu e se consultar, pois estava com dores fortes. Nesse tempo, realizou exames e recebeu tratamento medicamentoso. Também começou a fazer tudo que lhe indicavam que era bom para o estômago, chás, cuidado com alimentação e se automedicava para dor.

Com a indicação de conhecidos, foi, em 2010, a uma benzedeira no interior da cidade de Pelotas e recebeu uma explicação fundamentada em maus-olhados. Benzeu-se e levou alguns preparos de ervas para colocar na casa. No período das entrevistas, Luís estava tomando medicação para os três problemas de saúde, usava chás e suco de maracujá. Relatou não ter ido mais a curandeiro, benzedeira e nem na médica com quem se consultava sempre que tinha algum problema de saúde, porque sentia-se bem.

Como apoio nos momentos de agudização, Luís destacou a esposa, os filhos e noras, vizinhos e amigos, sendo estes atores presentes nos momentos de silenciamento também. Também fez menção à religiosidade/espiritualidade como apoio.

Figura 12- Itinerário de Luís em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maiais, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de Danilo: um homem que teve medo de morrer

Danilo, 59 anos, casado, aposentado, morador do Rincão dos Maia desde que nasceu, apresentava uma história de adoecimento crônico intensa, pois nestes últimos 20 anos, vinha convivendo com várias condições crônicas. Segundo ele, seus problemas de saúde começaram a surgir em 1990, quando ele, ao trabalhar na lavoura, sentia tonturas e dor de cabeça. Nas primeiras vezes, não fez nada, depois começou utilizar chás e medicamentos que familiares e vizinhos indicaram, mas, como não melhorou, resolveu ir a um médico cardiologista em Canguçu, que diagnosticou hipertensão arterial e outros problemas de coração. Já sabendo de seu problema, iniciou com as medicações que foram prescritas.

Olha, o chá a gente tomava chá de folha de laranja, chá de folha de bergamota [...] meus vizinhos me falavam pra tomar um chá e eu sempre tomava chá até o dia que eu resolvi ir no médico.

Nesse tempo, Danilo começou a usar as medicações e procurou se alimentar melhor. O cigarro também foi diminuído, mas por pouco tempo, pois teve uma recaída e voltou a fumar como de costume. Com relação ao trabalho, deixou atividades que exigiam grandes esforços, se dedicando a trabalhos mais leves na lavoura.

Ao levar uma carga de pasto para os bois, em 2006, caiu e começou a sentir dores na coluna. Como achou que era apenas um mau jeito, se automedicou em casa e teve uma melhora rápida, mas não duradoura.

Eu tomava, até tinha aquele Butasona, me parece, e me falaram que aquilo era bom pra coluna [...] quem me indicou foi os amigos, a gente conversando, e me resolveu por um tempo e depois voltou [...]

Sem melhora do quadro, Danilo procurou um traumatologista particular em Canguçu e recebeu orientação para ir ao INSS e agilizar os papéis para receber o auxílio-doença, pois, segundo o médico, ele não poderia mais trabalhar na lavoura. Também em 2007, realizou exames particulares em Canguçu e começou a se tratar para bursite. Sem melhoras, mais uma vez retornou ao traumatologista que o

encaminhou a Pelotas para realizar mais exames. Com os exames prontos, foi a um neurologista, também particular, que atendia em Canguçu. Nesse meio tempo, perdeu o auxílio-doença.

Conforme orientação do neurologista marcou cirurgia da coluna, sendo esta desmarcada logo a seguir pelo médico, em função do risco que o procedimento oferecia. Em 2008, tenta perícia mais quatro vezes, e o auxílio-doença era sempre negado. Sem dinheiro e sem pode trabalhar, Danilo acionou a justiça e conseguiu se aposentar. Nesse mesmo ano, ele começou a sentir-se fraco e com vontade frequente de urinar. Retornou ao cardiologista e descobriu que estava com diabetes *mellitus*, assim começou a utilizar medicação para esse problema e foi até um benzedor da comunidade que lhe indicou o chá da casca de tarumã.

Em 2009, Danilo começou a ter dor ao urinar. Preocupado, pois já conhecia várias pessoas com problemas de próstata, procurou um farmacêutico que, segundo amigos, era entendido, e recebeu uma medicação e orientação pra fazer um exame de próstata. No mesmo dia, fez o exame e o levou para o farmacêutico que, ao perceber alteração, o encaminhou para um especialista em Pelotas (proctologista). Em Pelotas realizou exame de toque retal, foi encaminhado para realizar biopsia em Canguçu e assim descobriu que estava com câncer.

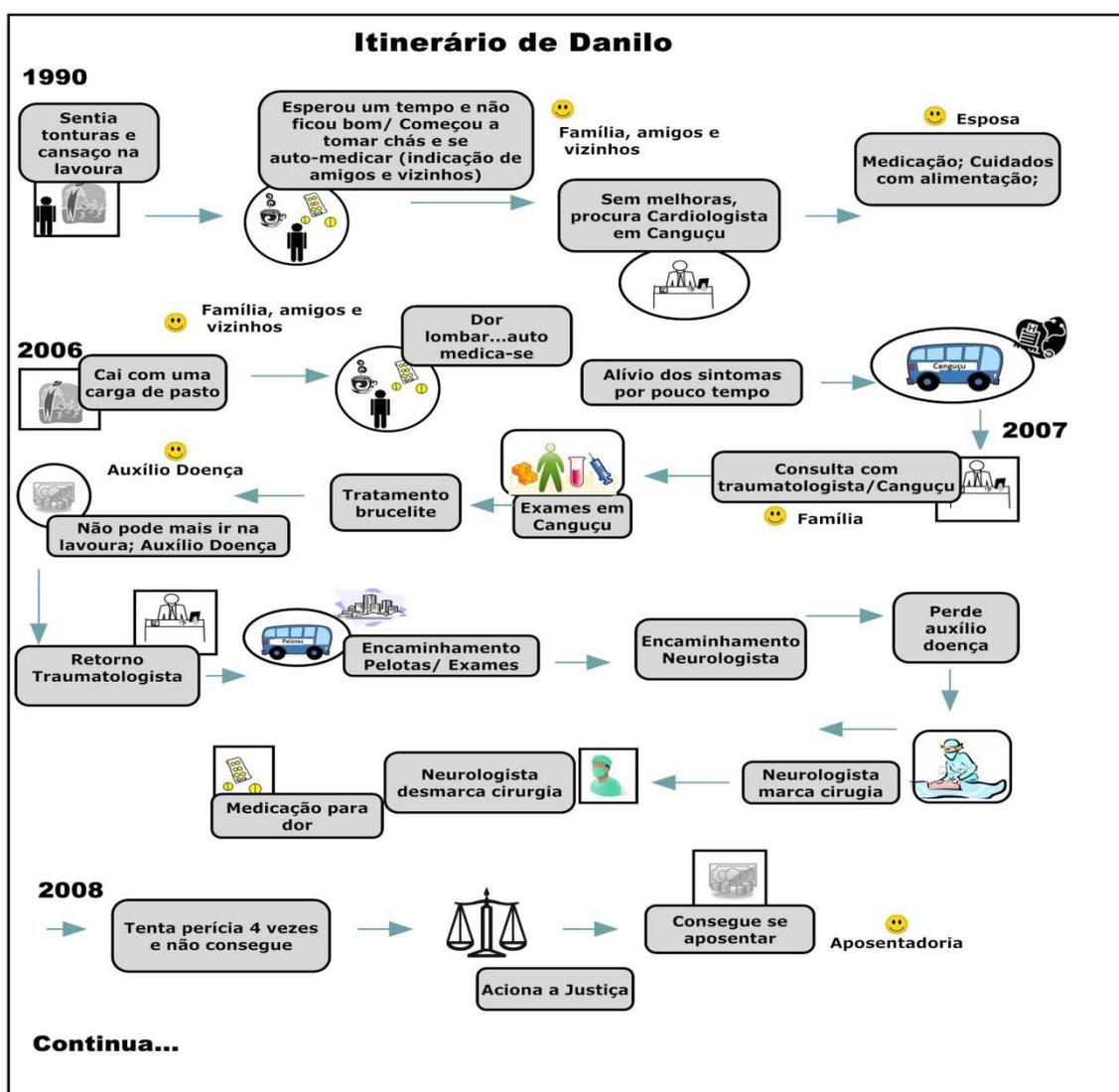
Com medo da doença, foi acompanhado da esposa a um curandeiro em Canguçu, cujo anúncio ouviu na rádio, e achou que poderia ser bom. Para mandar embora o mal que haviam lhe feito, segundo o curandeiro, eram necessários 700,00 reais, pois teria que ser feito um trabalho muito intenso. Na ânsia de encontrar uma solução, Danilo e sua esposa deram 350,00 reais e depois não retornaram mais.

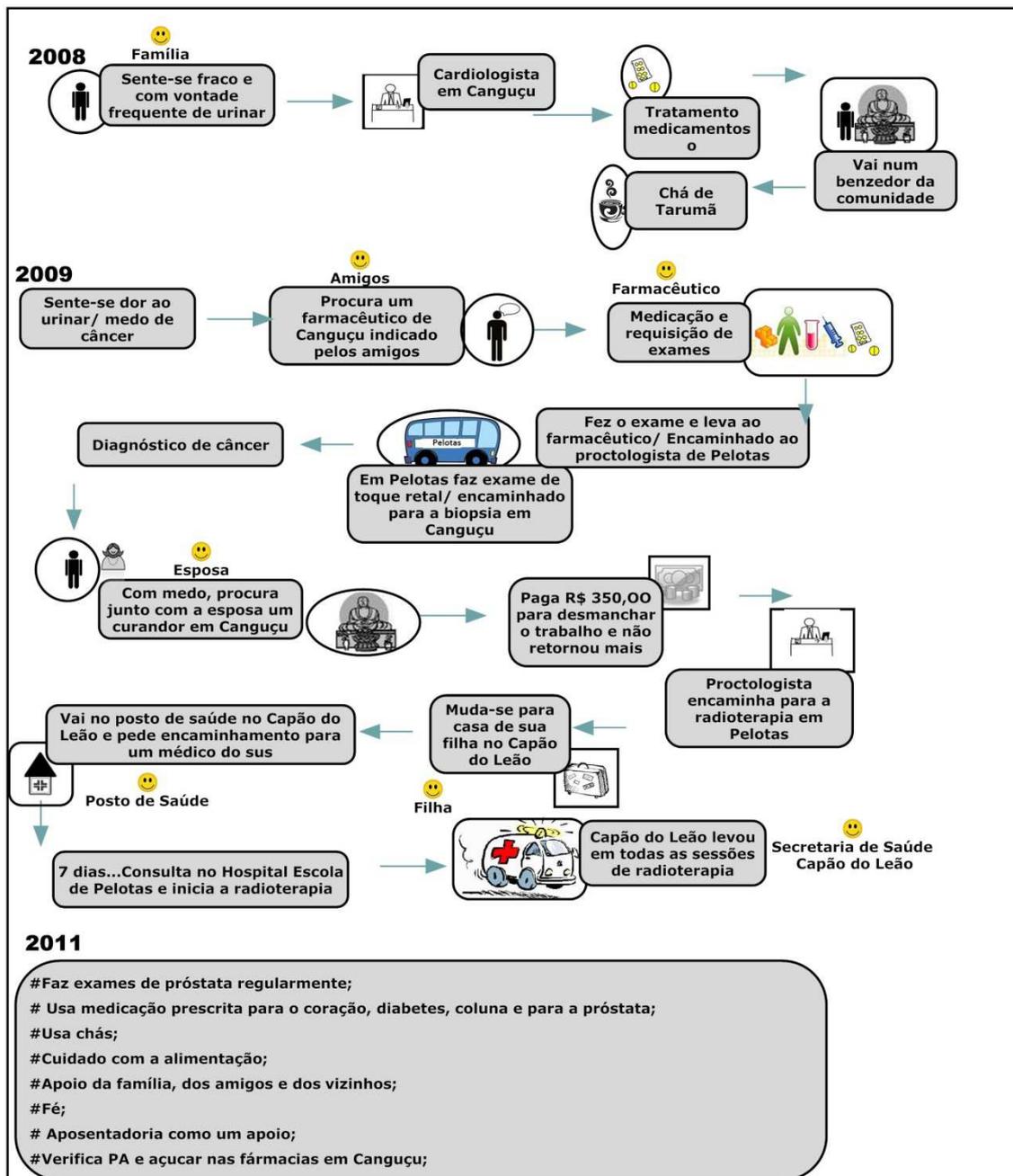
Após receber a biópsia, o médico especialista de Pelotas o encaminhou para radioterapia no ambulatório da Universidade Federal de Pelotas-UFPel. A partir daí, Danilo mudou-se temporariamente para a casa de sua filha em Capão do Leão para fazer o tratamento. Já residindo em Capão do Leão, foi até o posto de saúde e solicitou encaminhamento para um médico do SUS, pois o médico que havia lhe dado encaminhamento para a radioterapia só atendia consultas particulares. Poucos dias depois, consultou no Hospital-Escola de Pelotas pelo SUS e iniciou radioterapia no ambulatório da UFPel, indo todos os dias com a equipe de saúde de Capão do Leão até o final de 2009, quando encerrou as sessões.

Durante a pesquisa, Danilo informou que fazia exames de próstata duas vezes ao ano e que seguia com as medicações para a diabetes mellitus, problema de coluna, hipertensão e próstata. Além disso, contou que verificava a PA e a glicose toda vez que ia até Canguçu e continuava tomando chás. Cuidava de sua alimentação e deixou de fumar. No decorrer das entrevistas, Danilo tinha emagrecido seis quilos.

Como apoio, Danilo apontava a família, vizinhos e amigos como presentes em todos os momentos. Também mencionava a unidade básica do Município de Capão do Leão e o Hospital-Escola de Pelotas, que auxiliaram no tratamento do câncer de próstata e a aposentadoria.

Figura 13- Itinerário de Danilo em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.





Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maiais, 2010/2011.

- Itinerário Terapêutico de Francisco: um homem que matou uma cruzeira²⁰ de 25 quilos

E o último itinerário que conto é o de Francisco, 75 anos, casado, aposentado, morador do Rincão há mais de 30 anos. Ao falar de sua situação de adoecimento crônico, Francisco, revelou que tudo se iniciou em 2008, quando ele estava no terço de falecimento de seu neto, em uma comunidade vizinha. Nesse dia, estava muito entristecido com a perda do neto e só lembrava que se sentiu tonto e que acabou caindo por cima de algumas pessoas que também estavam na igreja. Às pressas, seu genro e o neto de Canguçu, que também estavam na celebração, o levaram ao pronto-socorro da cidade e Francisco, após medicação, foi liberado, com o compromisso de retornar em três dias para consulta de revisão no consultório particular do médico que o atendeu.

Passado os três dias, Francisco foi até o consultório e começou a usar medicação para os problemas cardíacos. Lembrava de que o médico, naquela ocasião, lhe disse para mudar alguns hábitos de vida e que, se ele descobrisse algum chá para hipertensão, que ele tomasse. Assim, começou a usar chás diversos que familiares, amigos e vizinhos lhe indicaram para o problema.

Um mês depois estava na lavoura cortando aveia seca e desmaiou. Acordou um tempo depois bem confuso e foi andando de quatro até chegar numa sombra, e aí ficou parado. Seu neto, que estava trabalhando ali próximo, passou e o viu, e imediatamente o levou para casa, e Francisco, nesse dia, a pedido da esposa, permaneceu em repouso. No outro dia, sentiu-se tonto e foi levado pelo seu neto até o pronto-socorro da cidade, ficando internado no hospital por 10 dias. Ao receber alta, seu genro foi buscá-lo, pois ouviu o anúncio na rádio. Continuou com os chás.

Após um período sem manifestações, Francisco, em 2009, sentiu um mal-estar quando estava dormindo, perdeu a sensibilidade do lado esquerdo e arrastou-se pela cama até encontrar um apoio no lado direito, e chamou sua esposa. Novamente foi ao pronto-socorro, onde ficou internado por cinco dias para se recuperar da isquemia sofrida.

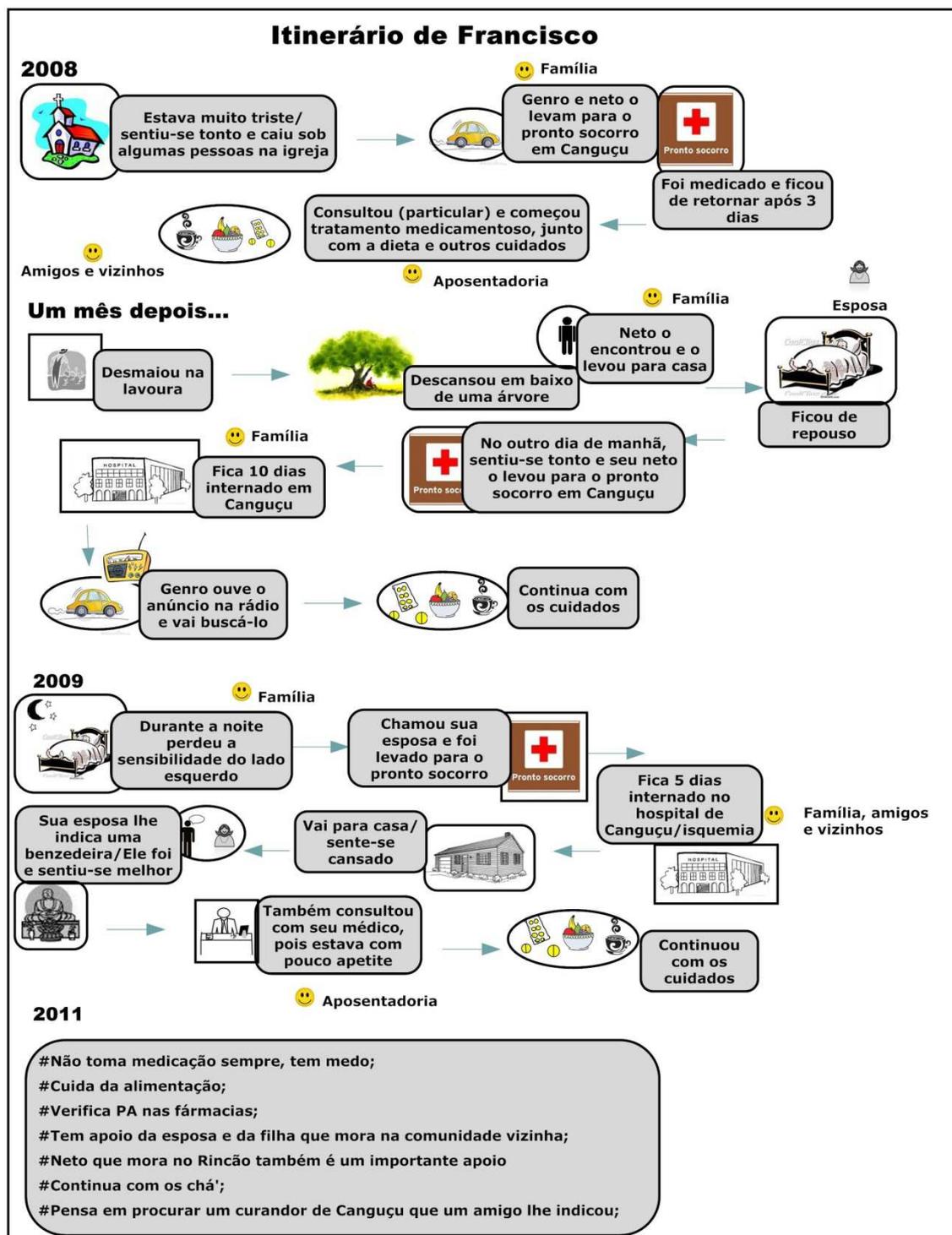
²⁰ Cobra comum nas lavouras da região.

Ao retornar para casa, não sentia mais tontura, no entanto, tinha dores pelo corpo e sentia muito cansaço. Sabendo disso, sua esposa lhe disse para ir até uma vizinha que era benzedeira. Francisco foi e começou a se sentir bem melhor. Nesse tempo, também se consultou em Canguçu com o médico que o havia atendido na primeira vez, pois estava com dificuldade para se alimentar e sentia-se fraco. Foi orientado a seguir com a medicação e com as mudanças nos hábitos de vida.

Em 2011, relatou sentir-se mal às vezes, mas afirmou que só tomava a medicação de vez em quando, porque, segundo os médicos e alguns amigos, tomar remédio demais faz mal. Pensava em procurar um curandeiro de quem recebeu indicação de um amigo taxista de Canguçu. Sempre verificava sua PA nas farmácias da cidade e seguia com os chás.

Com relação ao apoio, Francisco destacava a participação de sua esposa e do neto que residia no Rincão dos Maia. Também falou da aposentadoria como um apoio importante no vivenciar um problema crônico.

Figura 15- Itinerário de Francisco em dimensões espaciais e temporais. Rede de apoio nos momentos de agudização e de silenciamento.



Fonte: BURILLE, A. Pesquisa de Campo na comunidade Rincão dos Maias, 2010/2011.

5.3 Analisando os itinerários terapêuticos e a situação de adoecimento crônico

Após apresentar os itinerários de terapêuticos dos homens entrevistados, faz-se neste momento uma análise das buscas por cuidado e da vivência da situação de adoecimento crônico.

5.3.1 Os sistemas de cuidados no período de agudização

5.3.1.1 *Todos os sistemas*

“[...] as doenças não são somente entidades biológicas, pois estão também vinculadas em graus diferenciados aos modos de vida, a ofertas pluralistas de tratamento e cura” (MINAYO, 2009, p.212).

Como mencionado anteriormente, a pesquisa revelou dois padrões de busca de cuidado: um grupo de homens apresentou itinerários com enfoque no sistema profissional, enquanto que outro apresentou itinerários plurais. Assim, questiona-se: O que definiu a utilização de um ou mais sistemas de cuidado? Por que alguns optaram por utilizar apenas o sistema profissional e outros não?

Dos cinco entrevistados que compõem o grupo de itinerários com enfoque no cuidado profissional, apenas um apresentava outra situação crônica junto aos problemas cardiovasculares. Quando questionados sobre o motivo de escolher tal sistema para o problema apresentado, os mesmos responderam que, para problemas do coração, como *pressão alta*, considerado sério, o cuidado oferecido pelo sistema informal, constituído pela família, amigos, chás, entre outros, não era apropriado e que nem o sistema popular poderia solucionar tal situação, restando como único recurso o sistema profissional.

Não, eu acho que pra pressão alta não tem chá, não tem benzedura, penso eu que não tem porque eu estou com 70 anos e até hoje ninguém me falou que tem um chá que cura pressão alta [...] (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Não, chá pra isso aí não adianta nada. Benzedura e curandor? Eu não acredito nisso, não adianta (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

Ao falar dos sistemas de cuidado informal e popular, os mesmos expressaram que estes podem oferecer amenização ou cura de alguns problemas de saúde, considerados mais simples, como gripe, dor de estômago, cobreiro.

Eu acredito que até que resolva. Tem coisas que não é só com remédio que resolve (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Eu até acredito bastante em benzedura, isso eu até acredito pra muita coisa. Agora, tem várias religiões que eu não acredito. Agora, na benzedura, por exemplo, cobreiro, um sol que o cara tem na cabeça, um encaio²¹ que o cara tem no estômago, então eu acredito, e no chá eu também acredito, que se tu for benzer um encaio e tomar um chá, não leva muito tempo e a pessoa está nova (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

No grupo de homens que apresentaram itinerários plurais de cuidado, apenas um apresentava só uma condição crônica, os outros seis relataram dois ou mais problemas de saúde. Acredita-se que a presença de mais condições crônicas tenha influenciado a construção de itinerários terapêuticos plurais. Ainda com enfoque nos problemas cardiovasculares, a análise dos itinerários plurais revela que o sistema informal aparece como primeira estratégia de cuidado em apenas dois dos itinerários e o sistema profissional em cinco deles.

Remetendo-se às concepções de saúde e doença dos homens entrevistados, salienta-se que estes consideravam doença como incapacidade. A ausência desse “poder-fazer” as atividades cotidianas é tida como critério decisivo para classificar uma doença em séria ou simples. Também relataram que para doenças sérias era mais apropriado procurar o sistema profissional de cuidado, pois os outros sistemas não poderiam controlá-las e oferecer respostas eficazes. Talvez aqui se encontre uma das explicações para o uso do sistema profissional em todos os itinerários terapêuticos. Como todos os homens entrevistados possuem problemas cardiovasculares, considerados problemas sérios e de difícil controle quando agudizam, a escolha por buscar tardiamente cuidado nos serviços de saúde encontra sua justificativa. A também que se considerar que tal comportamento pode estar intimamente relacionado à construção social da masculinidade, na qual buscar cuidado é visto como uma representação de feminilidade.

²¹ Queimação.

Ao pesquisar sobre diabetes, Barsaglini (2006) afirma que, embora o sistema profissional não seja a única referência utilizada pelos adoecidos para lidar com o diabetes, o saber biomédico tem sua relevância, e talvez predomine nesse quadro devido ao reconhecimento dos resultados positivos no controle dessa enfermidade, pela sua hegemonia no setor saúde de modo geral, pela crescente oferta e acesso no sistema público universal de saúde brasileiro e pela ampla divulgação através dos vários meios de comunicação de massa. Pensa-se que tais pontos também se aplicam no caso dos problemas cardiovasculares.

Aliado a isso, observa-se que, em todos os episódios de agudização, independente de resultarem de problemas cardiovasculares ou não, o sistema profissional de cuidado se fez presente, ora como primeira escolha, quando as manifestações foram intensas, dolorosas e trouxeram medo de morrer, ora como segunda escolha, quando os primeiros sinais foram amenizados com medidas informais. A partir disso, é possível afirmar que a busca pelos serviços de saúde se dá de maneira mais intensa em momentos de agudização dos problemas de saúde, e de forma pontual, em consultas periódicas, em momentos de silenciamento.

Na agudização do problema de saúde vivenciado, pessoas e famílias costumam imprimir um ritmo frenético às suas trajetórias de busca por cuidado no subsistema profissional, pois a situação requer, muitas vezes, intervenção profissional. Já, nos períodos de estabilidade, a busca pelos serviços e profissionais de saúde se torna mais esporádica e, quando ocorrem, são rotineiramente realizadas de acordo com o modo de organização de oferta de insumos pelos serviços, tais como medicação mensal, imprimindo ritmo de rotina a essa busca (ARAÚJO; BELLATO; HILLER, 2009).

Com relação ao sistema de cuidado informal, para aqueles que referiram utilizar, observa-se que este se faz presente nas duas fases, tanto no momento de agudização, quanto no de silenciamento da situação de adoecimento crônico. Ele também foi apontado como estratégia eficaz para problemas de saúde simples e coadjuvante para os problemas tidos como sérios.

O uso do sistema popular foi encontrado em seis dos setes itinerários plurais. Observa-se que esse sistema foi acionado em três circunstâncias: quando o problema de saúde vivenciado encontrava uma fundamentação neste sistema aceita pela sociedade, com explicações e tratamentos, como nos itinerários de Benedito e de Luís, nos quais os mesmos receberam explicação para os problemas psíquicos

apresentados como “*mau-olhado*”. Também quando os outros sistemas de cuidado não conseguiram oferecer uma solução para os problemas apresentados ou para parte deles, como no caso de João e Francisco. E, por último, por indicação de familiares, amigos, conhecidos, enfim, pessoas que recorreram a este sistema e obtiveram êxito, como no caso de Paulo, que foi em uma benzedeira indicada pela neta, ou do João e de Danilo, que procuraram o auxílio de um curandeiro, de quem tinham ouvido relatos pela rádio da cidade.

Ao analisar as buscas pelos sistemas de cuidado, é possível evidenciar certo padrão que determina as escolhas. Assim, o sistema informal é acionado quando os problemas aparecem pontualmente e são passageiros. Mas quando o problema é considerado sério, agudiza e traz incapacidade, em especial para o trabalho, o sistema eleito é o profissional, e caso este não consiga dar conta das necessidades ou mediante indicação de alguém de confiança, entra em cena o sistema popular. Um exemplo é o itinerário de Luís, quando o mesmo apresentou problemas de depressão e gastrite. Inicialmente, Luís buscou medidas informais, pois pensou que fosse um mal-estar passageiro. Com a agudização do problema, foi até aos serviços de saúde, e quando estes não conseguiram dar conta de todas as manifestações apresentadas, buscou o sistema popular.

Ao considerar itinerários terapêuticos de doenças reconhecidas como leves, Novakoski (1999), Roesse (2005) e Souza (2005) evidenciaram que a primeira escolha de cuidado era oferecida pelo setor informal, por meio de automedicação; caso os sintomas não aliviassem, o setor profissional era acionado, seguido pelo setor popular. Já, no caso de doenças consideradas graves, a primeira escolha era o setor profissional. Tal padrão também foi observado nos itinerários de homens em situação de adoecimento crônico.

Para Minayo (2009), é importante que os profissionais aceitem e valorizem a ideia de que a população, seja aquela que utiliza apenas os serviços de saúde, seja a que usa formas combinadas de tratamento, seja a que só utiliza terapêutica alternativa ou tradicional, possui racionalidade.

Ainda reportando-se aos sistemas de cuidado, pode ser que o uso dos sistemas popular e informal até estivesse presente em mais itinerários do que aqui foram apresentados. Tal assertiva se embasa em relatos que ouvi durante minha permanência na comunidade, pois, segundo alguns moradores, tais sistemas são muito utilizados pelas pessoas que moram no meio rural. Nesse sentido, reforça-se

que somente a observação aprofundada é capaz de trazer à tona essas práticas que às vezes não são reveladas por vergonha ou por medo de sofrer julgamentos. E, no caso dos homens, para muitos tais práticas de cuidado são consideradas femininas, assim falar de seu uso poderia gerar questionamentos sobre sua masculinidade.

Homem não fica perdendo tempo, homem vai lá e resolve, essas coisas demoradas é para mulher, o cara tem tudo para administrar (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista/diário de Campo 3).

Com relação ao gênero, observa-se nos relatos que muitos dos homens entrevistados já estavam apresentando sinais e sintomas de que sua saúde não estava bem, mas não compartilharam isso, como referiram Benedito, Paulo, Rodolfo e Luís. Segundo eles, como as manifestações iniciais eram amenas, pensaram que seria apenas um mal-estar passageiro e, como homens, não poderiam ficar se queixando de qualquer coisinha.

Evidenciou-se no decorrer da pesquisa uma grande dificuldade de expressar o problema de saúde vivenciado, pois relatar isso para a família e para a comunidade significa reconhecer que, como homens, eles estavam fracassando. Além disso, as preocupações com a família, com os gastos das economias e/ou dívidas e até a necessidade de diminuir ou cessar o trabalho são elementos tidos pelos homens para adiar ao máximo a busca pelo cuidado.

5.3.1.2 Conexões com os serviços de saúde: o sistema profissional de cuidado a partir da perspectiva do usuário

Partindo de que os itinerários terapêuticos constituem-se uma importante ferramenta de avaliação em saúde, este estudo também buscou explorar como se dá o cuidado entre quem busca e quem oferece. Sabendo que o sistema profissional foi acionado por todos os participantes do estudo, optou-se por discutir como esse cuidado, que recebe o *status* de “profissional”, legitimado pela comunidade científica e reconhecido pela sociedade se organiza. Também a escolha deste sistema de cuidado para avaliação se encontra na inserção de estudo na linha de pesquisa e na relação com o que a PNAISH preconiza para atendimento da população masculina e o que de fato está sendo realizado.

Pinheiro e Silva Junior (2009) reforçam que, além de conhecer as causas e determinantes de um problema, é necessário também conhecer e explorar os mecanismos utilizados para resolvê-lo. Saber como este se produz, reproduz e se transforma, assim como compreender os mecanismos e ações que são desenvolvidos para chegar até sua definição como problema constitui um imperativo nos processos avaliativos em saúde.

Quando questionados sobre o uso do sistema profissional antes de adoecer, os homens entrevistados revelaram que buscaram esse cuidado apenas em caso de acidentes na lavoura e ainda se este fosse considerado grave, como cortes, perfurações ou picadas de animais peçonhentos. E quando apresentavam alguma coisa considerada mais simples, esperavam melhorar sozinhos, se automedicavam ou usavam chás. A busca, segundo eles, por esse sistema de cuidado se deu apenas com a agudização do problema de saúde, quando não puderam mais desenvolver suas atividades cotidianas e ou tiveram medo de morrer... *Aí era sério e pra problema sério só o médico né!* (Paulo, 76 anos, aposentado/Diário de Campo 3).

Qualquer probleminha a gente ia ao médico, como corte e essas coisas, mas para prevenção eu nunca tinha ido e ainda não fiz [...] (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Antes de ficar com esse problema, não, nem tinha ido no posto e nem fazia exame, porque eu não tinha nada, então por que que eu ia fazer? A pessoa bem e eu nem vou me preocupar, eu estou bem, eu não vou fazer exame se o cara está bem, o cara vai fazer um exame quando o cara está doente [...] (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Nunca tinha ido ao médico, eu nunca sentia nada [...] (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

Não ia, tava bem, não gripava, assim tomava uns remédios assim pra gripe (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

Não, não ia e nem fazia exames, nunca precisei, não sentia nada [...] (Carlos, 80 anos, aposentado).

Em um estudo realizado com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 1998, Kassouf (2005) buscou traçar um panorama geral da saúde e do atendimento dos indivíduos nos espaços urbano e rural. Analisando os dados correspondentes à faixa etária de 40 a 60 anos, a autora evidenciou que os indivíduos que residem no meio rural tendem a avaliar com mais frequência seu estado de saúde como ruim e muito ruim do que as pessoas que residem em área urbana. Com relação às motivações para buscar cuidado, observou-se que as

peças que residem na área urbana buscam mais os serviços de saúde para realizar exames de rotina e de prevenção, enquanto que na área rural a principal motivação para a busca de cuidado são as doenças.

Ao buscar conhecer às condições de saúde e alguns hábitos de vida de idosos residentes no meio rural, Morais (2007) observou que dos 137 entrevistados, 64 consideravam sua saúde regular, 45 boa, 15 ruim, oito ótima e cinco péssima. Quando avaliada a auto percepção de saúde, o estudo evidenciou que a pior percepção da saúde é maior entre os homens, quando comparados às mulheres.

Os entrevistados também contaram que não usavam esse sistema de cuidado para realização de medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, pois não sentiam nada, e isso era sinal de que tudo estava bem. Tal cenário evidenciado é um dos focos de intervenção da PNAISH, que busca, a partir de sua implantação e consolidação, trazer os homens para os serviços de saúde, não apenas no momento de agudização do problema, fazendo com que estes se sintam pertencentes a esse espaço e que busquem ali medidas para promover sua saúde.

Como mencionou-se anteriormente, nos momentos de agudização do problema de saúde, os homens entrevistados buscaram o sistema profissional. Perante isso, pergunta-se: Como foi essa busca? Observa-se nos itinerários terapêuticos uma procura intensa pelo pronto-socorro do município, que atende pelo SUS, e por atendimentos em consultórios particulares. Perguntados sobre as escolhas, os homens enumeraram justificativas diversas, entre elas: que o pronto-socorro atende a qualquer hora e que consegue-se sair de lá com os exames feitos e com a medicação; é também considerado um serviço rápido e que na maioria das vezes consegue atender as demandas.

Às vezes a gente vai no pronto-socorro, é muito bom aquele pronto-socorro do hospital [...] ali não precisa sair cedo, a hora que chegar lá é atendido, sai agora, espera uns minutos e é atendido. Agora, no posto, não, chega ali pelas nove horas e tem que esperar até de tarde para tirar uma ficha para de tarde (Danilo, 59 anos, aposentado/grupo focal).

Ao pesquisar os fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no Município de Camaquã/RS, Roese (2005) evidenciou que a população residente na área rural desse município utilizou mais o serviço de emergência do que os residentes na área urbana. Tal fato pode estar relacionado com o acesso geográfico e com a falta de acesso a outras formas de atenção à

saúde, já que os serviços de saúde se organizam em sua grande maioria, para não dizer, em sua totalidade, no meio urbano. Assim, os serviços de emergência, muitas vezes, tornam-se porta de entrada na busca pelo cuidado profissional.

Ao investigar as demandas masculinas em quatro estados brasileiros, Schraiber et al. (2010) apontou que os homens, mesmo inseridos em contextos sociais distintos, apresentam percepções de saúde bastante próximas, pois, embora não neguem que possuam necessidades de saúde, os mesmos destacam várias barreiras para procurar os serviços. Nas falas surgiu fortemente a afirmação de que homens retardam ao máximo a busca pelo cuidado e só o fazem quando sozinhos não conseguem mais lidar com o problema apresentado.

Nesse mesmo estudo, nas justificativas destacadas pela ausência nos serviços de saúde se encontravam a relação com o trabalho e a maior capacidade física masculina, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento. Com ênfase na atenção primária, os homens justificaram sua presença mais esporádica nesse serviço em função da demora no atendimento e da falta de recursos materiais e humanos, em especial, dos profissionais médicos, tidos como referência de cuidado de qualidade. Por essas razões referem que optaram por buscar atendimento em hospitais e prontos-socorros, pois são serviços rápidos e pontuais.

Com relação aos consultórios particulares, os mesmos pontuaram que esta é uma estratégia muito utilizada em função do atendimento, que, segundo eles, é mais aprimorado, o *“profissional de saúde tem mais tempo para conversar”* (Benedito, 62 anos, aposentado/ Diário de Campo 4), e também em função dos vínculos e sentimento de confiança para com o profissional buscado.

Outra modalidade de atendimento muito buscada pelos entrevistados, tanto nos momentos de silenciamento, quando nos de agudização, foi o ambulatório de saúde do sindicato rural de Canguçu. Os agricultores sócios do sindicato rural podem usufruir de um convênio firmado com alguns profissionais médicos que atendem no ambulatório, assim podem consultar sem filas e por um preço acessível.

Com relação ao uso da atenção básica, as falas giraram em torno da não resolutividade do serviço, demora no atendimento e a falta de fichas.

[...] o posto de saúde eu nem procuro, eu vou direto na cidade para resolver [consultório médico] [...] (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

A única coisa é que enreda muito, médico um passa pro outro e assim vai indo, e eu não posso pagar, me botaram pra rua. Nem tem todos os médicos pra determinadas doença, eu consulto com determinado médico e ele me manda pra outro, leva duas ou três viagens pra ti chegar lá na médico, é demorado, eu tenho passado dias e dias dentro daquele postão. Mas sempre fui muito bem atendido, isso eu não posso me queixar (João, 56 anos, agricultor).

Também foi mencionada por alguns a dificuldade em conciliar o horário de transporte coletivo com o horário de atendimento da unidade de saúde, pois há um único horário de deslocamento para a cidade.

Aí fui umas vezes e vi que não adianta, porque quem vai para Canguçu sempre tem alguma coisinha pra comprar e tem um horário para pegar o ônibus. Então, daí a gente pega o ônibus de meio-dia, chegamos uma hora, uma e pouco, e vamos lá no posto. Chegamos lá, tem 30 ou 40 pessoas, sentamos lá e temos que esperar eles medir a pressão daqueles 30 ou 40 que tem lá para chegar a minha vez. Aí, quando chegar a minha vez são cinco horas ou cinco e pouco[,] e aí o que eu vou comprar? A gente sempre chega num lugar ou no outro comprar alguma coisinha e aí não dá mais tempo. E aí o que eu fiz? Eu passei a medir pressão no postão e a comprar meu remédio na farmácia por causa do tempo (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Já existiu posto aqui para gente pegar uma ficha, que nem agora pra nós sair daqui e chegar a Canguçu pra pegar uma ficha tem que pousar lá, senão não pega (Danilo, 59 anos, aposentado).

Paulo e Benedito utilizavam a unidade de saúde do Rincão dos Maia e, com fechamento da mesma, foram remanejados para o posto de saúde central de Canguçu, e seguiam fazendo acompanhamento e participando do grupo de hipertensos e diabéticos. Talvez para eles seja mais fácil a participação nos grupos, em função de não exercerem mais atividades na agricultura, dispondo assim de mais tempo para se dedicar à saúde. Também os mesmos referem que a unidade básica de saúde oferece um bom atendimento, embora não haja uma regularidade de profissionais.

Não, Canguçu é longinho, mas tem ônibus aí, pega o ônibus e vai [...] no posto de saúde não cobram nada [...] eu sempre achei bom e nunca é a mesma, sempre troca de doutora [...] (Paulo, 76 anos, aposentado).

Questionados sobre os momentos de silenciamento, alguns dos homens referiram que depois do adoecimento iniciaram acompanhamento regular com profissionais de saúde.

Isso já faz uns 4 ou 5 anos, foi depois que aconteceu o negócio do estômago que eu comecei a fazer revisão com ela [médica], mas por agora eu não tenho consultado, tenho só mantido o remédio [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

Todos os anos, eu faço revisão todos os anos, tenho que fazer agora em julho, faço duas por ano, uma em julho e outra em dezembro, eu até tenho que fazer os exames de sangue e o eletro pra acompanhar, ver como é que tá [...] (Danilo, 59 anos, aposentado).

Outros relataram que não fazem acompanhamento nos serviços de saúde, pois se sentem bem:

Nada, nenhum acompanhamento, eu nunca mais tomei nenhum remédio, porque eu me acho bem, é errado, mas não voltei mais [...] (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Talvez a adoção de cuidados profissionais por parte de alguns entrevistados esteja relacionada com a forma com que o adoecer foi vivenciado. Para alguns, essa experiência foi marcante e dolorosa, o que talvez fizesse com que eles passassem a cuidar mais de si.

A prevenção e a promoção da saúde são práticas vistas como obrigatórias para as mulheres. Homens procuram o serviço quando já apresentam a doença manifestada e demonstram maior valorização das práticas de cura em contraposição a ações preventivas (SCHRAIBER et al., 2010).

Ao falar do atendimento oferecido pelo SUS, os entrevistados referiram que muitos dos profissionais que atuam no pronto-socorro e nos postos de saúde não dedicam um tempo necessário para escutar, muitas vezes, nem suas demandas, “que dirá” as necessidades de saúde. E quando a escuta ocorre, ela não se dá de maneira humanizada, enfatizando o diálogo e a troca de saberes. Muitos dos entrevistados afirmaram que já saíram dos serviços de saúde com dúvidas por medo de perguntar mais informações aos profissionais.

Mas às vezes tu chega lá e o doutor já tá com uma receitinha na mão e pah!... nem olha para pessoa [...] o senhor nem olhou para mim e já está escrevendo! “Eu vou te receitar uma benzetacil...”, não vou te receitar porque eu não quero nada, eu não vou fazer benzetacil! (Luís, 52 anos, agricultor).

Pontuaram também a falta de acolhimento e de humanização durante o atendimento. Embora se preconize que os profissionais busquem acolher os usuários e executem um cuidado integral, em muitos casos isso não vem ocorrendo, como mostra o relato de João, fala retomada pela dimensão da situação vivenciada:

[...] vou dizer pra ti, eu não sei se a outra vez que tu teve aqui eu cheguei a falar contigo, eu fui num médico em Porto Alegre e perdi a caminhada. Se eu dizer pra ti que perdi a caminhada, fiz um exame de próstata lá, fui fazer [...] ele pediu todos os exames que eu tinha até agora, ninguém me falou em exame de próstata, nem de coração, nem de nada, pediram o exame eu fui lá fazer, eu vou lá, meu Deus, gurria, tchê!, eu vou dizer pra ti, eu só não soltei os cachorros naquele médico porque, tu imagina, o homem com a esposa ir lá em Porto Alegre dentro do consultório do médico, esperar quanto tempo lá no consultório pro cara chegar e soltar as pata no cara! “Primeira coisa, todos exames.” – Que exames, doutor, ninguém me pediu exame! – “Mas então tu não trouxe exame, tu veio fazer o que aqui?” – Vim fazer o exame, doutor, está aqui o exame, doutor. – “Pela as calças, pela as calças, as calças no chão!”, bem assim ele disse pra mim [...] Por gentileza nem mandou a minha mulher sair pro outro lado [...] Achei que nem... achei que nem ia lambuzar o dedo, não ia lambuzar, tchê! [...] Não, eu vou dizer pra ti, saí de lá assim indignado, indignadíssimo! [...] eu, como eu te disse, eu já venho sofrendo desde 2007, não acostumando, mas enfrentando os problemas com médico, mas é normal [...] (João, 56 anos, agricultor).

O cuidado profissional alicerçado na medicalização acaba por apreender e transformar as necessidades de saúde em demandas. Nesse contexto, o médico possui papel central, na medida em que constrói um olhar capaz de diagnosticar males do corpo biológico, esquecendo-se muitas vezes de apreender as dimensões humanas, sociais e culturais do emocional, do subjetivo e do interativo. Em um sentido mais específico, pode-se afirmar que, na medicalização da saúde, as relações entre o exercício das masculinidades com os adoecimentos e sofrimentos são dimensões ausentes dos serviços e também nas demandas dos usuários, que, por aculturação desse modelo, acabam não reconhecendo tais relações (SCHRAIBER et al., 2010).

Schraiber et al. (2010) ao observar os encontros entre usuários e profissionais, identificou que os profissionais estão mais preocupados em oferecer uma resposta pronta e que tomam decisões voltadas a condutas já conhecidas e centradas na terapêutica de patologias. Nesses encontros ocorrem muitos encaminhamentos, muitos pedidos de exames e quase sempre há uma indicação de remédios; há também pouca exploração dos contextos de vida, pois as consultas com homens são diretas nas queixas e patologias, sendo comum ouvir usuários relatarem que o profissional “nem sequer os olhou”.

Sobre os encontros entre profissionais de saúde e homens com diabetes, Kolling (2010) evidencia que eles procuravam não se envolver com os pacientes, conhecer sua história, suas condições de vida, de modo que havia uma lacuna entre o prescrito e o possível de ser seguido, entre o aconselhamento e a realidade. Acredita-se que há interferências de gênero nos diálogos estabelecidos, pois homens tendem a apresentar mais dificuldades de falar de suas necessidades ou problemas. Daí a importância da sensibilidade dos profissionais em buscar realmente “conhecer, ouvir, investigar”, indo além dos parâmetros biológicos. Há de se reconhecer que à sua frente há um ser humano, que vive, que tem história, que não é simplesmente um amontoado de órgãos.

Por outro lado, os homens reconheceram os impasses do sistema público de saúde e afirmaram que para o profissional também é difícil.

Mas eu acho que tem gente que acha que tá errado, mas eu acho que até tá certo, porque se tem 30 fichas até o meio-dia, como é que ele vai fazer, ele vai ter que atender aquelas 30 fichas, senão vão largando [...] eles não vão poder atender, a não ser que eles já dão uma olhada e pronto, e receita (Danilo, 59 anos, aposentado).

Um dos desafios para efetivação do direito à saúde, consolidado por meio da Constituição Federal de 1988, é construir redes assistenciais de atenção e cuidado capazes de ofertar práticas eficazes e resolutivas, integralmente coesas com os níveis de atenção mais complexos (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

Olhando mais atentamente os itinerários terapêuticos, é possível evidenciar que o diálogo estabelecido entre homens e os profissionais de saúde é dirigido apenas pelas suas demandas. Há nas conexões com os serviços de saúde uma centralidade no profissional médico, visto por muitos como única fonte de cuidado dos serviços de saúde.

Como já dito anteriormente, com relação às condutas adotadas, observa-se que esses profissionais focam o cuidado em exames e procedimentos, muitas vezes deixando de lado o exame físico e a escuta do usuário. Esse enfoque nos procedimentos e nas evidências epidemiológicas, resultante do especialismo, produz uma escuta surda. Tal surdez está relacionada com as atitudes dos profissionais de não falarem com os usuários escutando e problematizando suas necessidades e projetos de vida, considerando o diálogo com tarefa exclusiva sua, deixando ao usuário o lugar de objeto de sua ação (HECKERT, 2007).

Os profissionais de saúde tendem a nortear suas propostas terapêuticas pelo CID-10 (Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde), e quando não conseguem ali enquadrar a condição do indivíduo, o cuidado profissional fica em suspenso, trazendo à tona as fragilidades de se construir um cuidado em saúde baseado em tecnologias que leem apenas corpos doentes. Tal proposta guia o olhar do profissional para a doença e não para o indivíduo que ali está (ARAÚJO; BELLATO; HILLER, 2009).

Para Capra (1988) o modelo biomédico, positivista, compartimentalizado, baseado nas especialidades, tem como foco a cura e não o ser humano. Afinal, do que adianta usar em demasia essas tecnologias duras, solicitando exames sofisticados, restringindo o sistema à figura médica, centrada no ato prescritivo, se não ocorre a responsabilização pelo usuário? O sistema encaminha para diversas especialidades, mas nenhum profissional se responsabiliza pelo ser humano em toda a sua integralidade (MERHY, FRANCO, 2003).

Ao falar do modelo biomédico, Pinheiro e Silva Junior (2009) argumentam que este modelo que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, se afastou do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades.

Perante isso, enfatiza-se que o cuidado não pode se restringir apenas às competências e técnicas dos profissionais, e sim precisa buscar o acolhimento, o vínculo e o fortalecer da escuta. No encontro entre quem cuida e quem precisa de cuidado devem ser feitas presentes a negociação, a valorização de saberes e das necessidades em saúde.

Diferentemente de outros estudos e do que foi trazido pela PNAISH, os homens participantes deste estudo relataram que o fato de ter mais profissionais mulheres trabalhando nos serviços de saúde não é considerado por eles um fator impeditivo de buscar esse cuidado. Segundo os entrevistados, a escuta e a atenção são primordiais no atendimento, sendo que a maioria deles referiu que prefere ser atendido por profissionais do sexo feminino, como evidencia-se nos relatos a seguir:

Parece que as doutoras, assim mulher, parece que elas são mais atenciosas assim, parece que atende assim o paciente com mais carinho, com mais... têm mais jeito, né. Porque eu tenho pegado os médicos bons.

Em Pelotas é uma doutora. Mas, às vezes pego uns doutor também. Às vezes pego uns bom, outros meios xucros assim, são meios estúpidos, meio assim. Mas isso ai é coisa normal. É coisas do... do ofício, como se diz (Danilo, 59 anos, aposentado).

Toda vida eu gostaria de prosear e dizer o que eu sinto, dialogar com a pessoa, uma médica, porque até parece mentira, o médico fica muito constrangido, o homem parece que leva mais no brincado. Já a mulher não, ela parece que leva mais a sério o homem, entendeste? E o homem parece que leva mais no brincado, na brincadeira [...] Preferia mulher, parece que dá mais atenção, o homem parece que não dá muita atenção. O homem parece que vai te xingar, tá vendo, eu penso dessa maneira, eu imagino pela maneira dele agir geralmente assim[...] (João, 56 anos, agricultor).

Prefiro mulher, me sinto mais à vontade, me parece pra mim, um pensamento que pra mim as mulheres se dedicam mais no tratamento dos homens que mesmo os próprios homens [...] eu me sinto mais à vontade porque a mulher se interessa mais em fazer perguntas, querer saber mais um pouco, parece que os homens não entendem muito ou não se interessam muito, me representa assim [...] (Benedito, 62 anos, aposentado).

Pensa-se que a diferença dos achados deste estudo com relação aos profissionais possa estar relacionada com a situação vivenciada pelos entrevistados na medida em que todos procuraram os serviços de saúde em um momento de fragilidade física e emocional desencadeada pela condição crônica. Assim, ao serem atendidos por mulheres sentiram-se acolhidos e encararam isso como ação positiva. Também a de se considerar que expor suas fragilidades a outro homem pode ser um arranhador da masculinidade. Quem sabe para atendimentos de rotinas, destinados a prevenção de doenças e promoção da saúde seja preferência de homens profissionais de sexo masculino e em situações de fragilidade estes se remetem a construção social de cuidado atrelado às mulheres e assim preferem ser atendidos por profissionais do sexo feminino.

Com relação às barreiras institucionais para buscar o cuidado profissional, os homens entrevistados referiram que os horários de atendimento de alguns serviços não condizem com suas demandas, por coincidirem com o horário de trabalho. Nesse mesmo contexto, apontaram que entre utilizar a atenção básica e o pronto-socorro preferem utilizar o segundo serviço, pois este consegue atender suas demandas mais rapidamente.

A centralização dos serviços de saúde na zona urbana também foi apontada como um fator negativo. Segundo os entrevistados, hoje há mais facilidade de acesso aos serviços de saúde do que nos tempos antigos, pois se tem melhores

condições de vida. No entanto, para eles a existência de unidades básicas nas comunidades poderia contribuir efetivamente para a promoção da saúde no meio rural.

Gerhardt et al. (2009) realizou investigação sobre a oferta de serviços de saúde no município de estudo por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e evidenciou a falta de oferta de serviços de atenção básica e utilização de serviços de média complexidade para ações sensíveis à atenção básica.

Para discutir acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, cita-se Travassos e Martins (2004), para os quais colocam que acesso nada mais é do que a entrada no serviço. Já acessibilidade, segundo Donabedian (2003), refere-se à facilidade pela qual as pessoas podem obter o cuidado e esta pode ser influenciada por alguns fatores, como os espaciais, organizacionais, econômicos e sociais e culturais.

Gerhardt et al. (2009) salienta que ter acesso (entrar nos serviços de saúde) não garante que as necessidades serão satisfeitas, e mais, coloca que acessibilidade refere-se às facilidades e dificuldades em buscar/receber cuidado (interação entre quem busca e quem oferece cuidado). Assim, define acessibilidade como uma prática não normativa, de inter-relação e intersubjetividades, portanto uma prática que significa não só apenas o acesso dos usuários aos serviços de saúde, mas também a resolução das suas demandas e necessidades de saúde. Neste contexto, também é preciso considerar que a acessibilidade não está somente condicionada aos serviços de saúde em si e sim, também se relaciona com as limitações pessoais e da condição vivenciada.

Diante das definições de acesso e acessibilidade trazidas por Travassos e Martins (2004) e explorados por Gerhardt et al. (2009), pode-se inferir que o acesso aos serviços de saúde pelos entrevistados nem sempre foi fácil, há de se considerar nessa entrada aos serviços de saúde as longas distâncias até a cidade e a dificuldade de transporte. Também podem interferir nesse acesso as questões financeiras, já que esse deslocamento tem um custo. Com relação à acessibilidade, observa-se que esta nem sempre está presente no momento de acesso aos serviços de saúde. Muitas vezes se tem acesso, mas não se alcança acessibilidade.

Os serviços de saúde precisam buscar garantir o acesso e a acessibilidade tanto nos momentos de agudização dos problemas, quanto nos de silenciamento, sem desconsiderar as particularidades dos momentos vividos. Há de se buscar nos momentos de silenciamento ir além da dispensação de medicamentos e realização de exames de rotina, o cuidado pessoal como um todo deve ser incentivado nesses encontros.

Outro ponto importante de ser analisado é a resolução e a resolutividade. Segundo Bellato, et al. (2009), há lógicas diferenciadas que constroem essas noções, pois, enquanto que os indivíduos buscam resolução para as suas necessidades, os serviços tendem a oferecer certa capacidade de resolutividade para as necessidades, recortadas em problemas de saúde.

Observa-se nos itinerários terapêuticos que nem sempre essa resolução do problema é alcançada na busca pelo cuidado profissional. Assim, na medida em que as respostas dadas pelos profissionais mostram-se parciais ou ineficientes, os indivíduos tendem a acionar novos dispositivos que impulsionam a busca por outros cuidados, que talvez possam oferecer resolução para seu problema de saúde. Pontua-se que não há um sistema de cuidado definido *a priori*, o indivíduo vai elegendo qual cuidado irá buscar a partir dos problemas apresentados, assim ele pode buscar novamente os serviços de saúde ou buscar auxílio de um curandeiro, se assim desejar.

Sobre a barreira sociocultural para o acesso aos serviços de saúde, evidenciou-se no decorrer da pesquisa, que as questões relacionadas à construção social da masculinidade parecem desempenhar um papel mais decisivo na ausência de busca por cuidado, do que as barreiras institucionais. Foi comum identificar nos diálogos masculinos atravessamentos de gênero como determinantes na busca pelo cuidado. Assim, pode-se perceber que cuidar da saúde impõe condições que não combinam com a identidade masculina, pois o cuidado ainda é muito referenciado à figura feminina. Por outro lado, a não busca pelo cuidado também implica em não reconhecer-se como adoecido e dependente de cuidado²².

²² Mais discussões no Item 5.4.

5.3.2 Disparadores para o cuidado no período de agudização

Após compartilhar as histórias de adoecimento crônico dos entrevistados, torna-se necessário explorar os seus itinerários. Quando questionados sobre o que os fez buscar auxílio, os homens entrevistados apontaram como principais disparadores: a agudização do problema e a incapacidade para atividades cotidianas. Tais dispositivos acionaram um alerta de que as coisas não estavam bem e que alguma atitude deveria ser tomada, como evidencia-se nos relatos:

Eu disse: estou mal, eu estou morrendo... Eu senti que ia morrer [...] eu senti que eu estava desanimando... Estava ruim... Eu nunca tinha sentido nada, eu estava bem (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Aí, no outro dia de meio-dia levei na coragem, mas aí não deu para aguentar mais, a pressão levantou, aí tiveram que me levar no pronto-socorro [...] (Francisco, 75 anos, aposentado).

[...] eu comecei a tontear, não enxergava, escurecia e, um dia, eu fazendo um banheiro lá num amigo meu, quase que eu caí de cima do andaime. Tontei e, se eu não me atirasse pra trás, eu teria caído pra baixo. Aí eu fui procurar ajuda, aí eu vi que tinha alguma coisa errada [...] Me senti mal, eu não podia trabalhar mais, não dava pra trabalhar mais e parado não dá pra ficar [...] (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

Novembro eu fui fazer uma capinadeira, que é levezinho, e caminhando no sol pra lá e pra cá. E no outro dia chamei minha mulher e disse: Olhe cá minha urina como é que está, mulher, isso é urina ou é sangue? Aí eu disse pra ela: Eu vou deixar o serviço por aqui, eu não vou me esvair em sangue passando capinadeira! E aí eu comecei a consultar [...] (João, 56 anos, agricultor).

Também foi apontada como disparador para a busca de cuidado a indicação de familiares, amigos e conhecidos. Silva Júnior e Mascarenhas (2005) afirmam que a escolha do profissional realizada por indicação de conhecidos ou em função das experiências anteriores está relacionada com a necessidade de conhecer o trabalho desses profissionais, pois se espera que eles correspondam às expectativas e demandas.

E aí o rapaz que atende ali, ele disse: “Por que tu não vai lá no Dr Guilherme, ele é muito meu amigo, né. Por que tu não vai no Dr. Guilherme? Dr. Guilherme é um bom médico.”. Aí foi que me levou no Dr. Guilherme (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Citando o trabalho de Lévi-Strauss, “O feiticeiro e sua magia”, Minayo (2009) aponta que esse autor contribuiu significativamente para pensarmos os vários sistemas terapêuticos da sociedade contemporânea ao afirmar que todos os sistemas de cura dependem da eficácia simbólica. Assim, é preciso estabelecer uma relação de confiança entre os diferentes atores envolvidos (médico/paciente; feiticeiro/crente), sendo que estes também precisam satisfazer as expectativas sociais em torno do modelo praticado.

Nesse contexto, não se pode negar o importante papel desempenhado pelas mulheres próximas dos entrevistados, esposas e irmãs, que estimulam, fiscalizam e auxiliam no cuidado com a saúde.

Aí a mulher um dia desses disse para mim: “Por que não vai ali na vizinha?”. Eu disse: Mas é longe, é lá em cima naquela coxilha, de a pé não dá para ir, de bicicleta... Eu tenho bicicleta, mas não posso andar. Aí um dia eu fui para Canguçu e peguei o ônibus lá no centro com ela e ela me disse: “Uma hora que tu precisar de alguma benzedura aparece lá.”. Aí fui lá duas vezes e agora tenho que ir mais uma vez, mas me senti muito bem, aquela dor nos nervos terminou [...] (Francisco, 75 anos, aposentado).

Porque tavam começando a encher a minha paciência: “...que tu pode ter açúcar no sangue...”. Aí me atentaram [irmãs], e aí eu fui. E aí deu tudo bem (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

O cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere a cuidar dos outros, não são temas ou assuntos colocadas na socialização dos homens e, por conseguinte, se é mais comum que os homens casados dependam de suas mulheres no cuidado a saúde, resulta que, para eles, o casamento é fator de proteção numa variedade de doenças e agravos, o que não acontece com as mulheres (SCHRAIBER, et al., 2005).

Sintomas parecidos de doença de pessoa conhecida e insatisfação com o sistema de cuidado buscado anteriormente também foram mencionados pelos homens entrevistados como disparadores para a busca de cuidado. Com relação aos sintomas parecidos com problema de saúde de alguém, é interessante trazer as falas de Danilo e de Luís.

Ele [vizinho] morava aqui em cima, eu sabia que ele tinha um problema na próstata e nós éramos muito amigo, se dava muito, era muito amigo, aí uma vez ele disse que estava tomando remédio, que consultava. E um dia eu ia indo lá pra cima, ali pro centro e eu encontrei ele e ele me dizendo que teve que botar uma sonda, aí eu vi ele com aquela bolsinha e quando eu senti aquele problema [ardência para urinar], foi isso que me fez eu correr mais, eu fiquei ligado naquilo ali [...] (Danilo, 59 anos, aposentado).

Eu mesmo pedi porque eu estava me sentindo meio ruim. A gente tem caso aqui na comunidade [tumor de próstata] e a televisão também toda hora fala, então, já que é só uma seringinha de sangue é melhor fazer (Luís, 52 anos, agricultor).

As duas falas, além de apresentarem um dos disparadores para a busca de cuidado, revelam que o medo de estar acometido por uma doença considerada séria faz com que essa busca seja agilizada. Entre as doenças mais temidas pelos entrevistados, o câncer teve destaque, em especial o de próstata, por haver alguns casos na comunidade e ser uma doença exclusiva do homem. Apresentar sinais e sintomas que podem ser indicativos de problemas de próstata é um disparador importante, que ganha força com os meios de comunicação, que aos poucos vem dando maior importância ao tema.

5.3.3 “Maresia e Ressaca” no período de silenciamento

A chamada para abordar os momentos de silenciamento na situação de adoecimento crônico veio inspirada no mar, com suas ressacas e maresia. Tal relação se dá a partir de que as condições crônicas agem como a maresia no cotidiano das pessoas por elas acometidas, aos poucos vai levando pequenas coisas que se gosta, que se quer bem e que não se quer perder. No entanto, essa situação também permite que coisas boas sejam resgatadas ou venham à tona, assim como a ressaca do mar que traz as conchas mais belas, escondidas no fundo, que em dias normais não podemos apreciar na areia da praia.

- *A maresia*

Com relação às mudanças geradas pela situação de adoecimento crônico, o abandono do trabalho na lavoura foi salientado como um aspecto negativo, causador de entristecimento.

Parei com tudo. Parei, olha, não posso mais, é o que eu fico fazendo [...] a gente que tinha aquele vício de trabalho, né, a gente se sente muito de não poder trabalhar. Ali no vizinho lavrando, domando um bozinho novo, né. Eu olho e me entristece [...] (Francisco, 75 anos, aposentado).

Bom, ali mudou, com o problema da coluna já era difícil de trabalhar, aí já não podia trabalhar [...] (Danilo, 59 anos, aposentado).

Mudou tudo, no momento que eu não pude trabalhar mais, pra mim mudou tudo, eu trabalhava na lavoura, tinha uma chácara de pessegueiro aqui e plantava pra fora nas terras dos outros, porque eu tenho pouca terra aqui, então eu plantava nas terras dos outros pra fora (Benedito, 62 anos, aposentado).

Pesquisadora: O senhor acha que a depressão pode vir disso?

Eu acho que é disso aí, a gente está trabalhando e está intertido, faz um serviço, faz outro, agora tu dentro de casa fica pensando um monte de coisa... (Benedito, 62 anos, aposentado).

Alguns estudos têm apontado que o afastamento do mundo do trabalho por doença traz repercussões negativas aos homens, tais como quadros depressivos e isolamento social (NARDI, 1998; TOLFO, PHILIPPI E PICININ, 2006; BARSAGLINI, 2006; BURILLE, 2009;). O afastamento do trabalho traz sofrimento subjetivo, pois implica em sentimentos de impotência, vergonha e isolamento. Conforme Nardi (1998), vários autores tem apontado a importância do trabalho na construção da identidade masculina, como núcleo central do qual o indivíduo desenvolve o significado para a própria vida.

Segundo Lima-Costa e Barreto (2003) a fragilidade da seguridade social juntamente com a tradição, muitas vezes acaba por “*obrigar*” os homens a trabalhar até idades mais avançadas, pois deixar de trabalhar é sinônimo de inatividade e anúncio de decadência e desgraça. Tal sentimento também foi evidenciado no trabalho de Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008).

Embora a lida na lavoura tivesse que ser abandonada por muitos dos entrevistados, Antônio e João optaram por continuar envolvidos com a propriedade. Antônio continuava fazendo pequenas plantações de milho, feijão e batatinha para o consumo da casa. São atividades leves e que, segundo ele, o mantinham ativo e feliz. Já João procurou se envolver mais com atividades administrativas.

Tenho minhas plantaçoazinhas, milho, feijão, batata, essas coisinhas que eu posso fazer eu faço. Agora muita coisa já não dá pra fazer mais, mas o que dá pra fazer a gente vai fazendo, porque a gente foi criado na roça e não pode parar. Às vezes até minhas filhas brigam comigo, mas eu não vou parar, não parar porque não dá, se eu paro eu vou morrer em seguida. O cara para e o organismo já não funciona, então tem que trabalhar até quando dá e quando não dá mais aí tem que parar mesmo [...] (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Acho que faz uns 15 dias, vou te dizer, eu não trabalho ou trabalho muito pouco, mas procuro está sempre junto, organizando, às vezes tem que ir pra Canguçu pra buscar alguma coisa, pagar alguma conta ou pedir dinheiro pra alguém, é tudo comigo [...] (João, 56 anos, agricultor).

O trabalho garante a honra masculina. Nessa visão, homens que não trabalham não podem reivindicar seus direitos. Homens mais velhos se orgulham de ter saúde para continuar a trabalhar e principalmente do sustento que oferecem para os filhos e netos em residências de famílias extensas (PORTELLA et al., 2004).

Os demais entrevistados que continuaram com o trabalho na lavoura deixaram de fazer algumas atividades que antes desempenhavam, pois não tinham mais condições de desempenhá-las.

Eu não posso mais subir em estufa, não posso ajudar a carregar, é um serviço muito forçado e parece que eu não me equilibro muito bem lá em cima do estaleiro, já tenho que ficar no chão alcançando para cima (Luís, 52 anos, agricultor).

Quando o trabalhador homem enfrenta uma situação crônica, confronta-se com uma situação de incapacidade para o exercício laboral. Por outro lado, a enfermidade que traz fraqueza e incapacidade também o retira do espaço público e masculino do trabalho, e leva-o para o espaço privado, do lar, espaço tradicionalmente feminino. Tal deslocamento foi sentido negativamente pelos entrevistados.

Os homens devem pertencer à esfera pública do trabalho, enquanto que as mulheres cuidam da casa. Se a casa é considerada um espaço feminino, ter que permanecer próximo a esse espaço pode ser uma situação que coloca em risco a masculinidade (PORTELLA et al., 2004; KOLLING, 2010).

Para os homens, o trabalho permite adotar determinadas condutas e atitudes que os impulsionam para o reconhecimento e a respeitabilidade social. Além disso, o labor possibilita as condições necessárias para o cumprimento de seus deveres e obrigações, permitindo, dessa forma, que consigam assumir suas responsabilidades de manter, proteger e cuidar da família, ações consideradas inerentes à condição de ser homem (FIGUEIREDO, SCHRAIBER 2011).

Sarti (1992, p.39) nos auxilia a pensar como a identidade masculina está relacionada ao trabalho:

O trabalho é muito mais do que o instrumento da sobrevivência material, mas constitui o sub-extrato da identidade masculina, forjando um jeito de ser homem. É condição de sua autonomia moral, ou seja, da afirmação positiva de si que lhe permite dizer eu sou.

A necessidade de mudar hábitos de vida em função da situação de adoecimento crônico também não foi bem recebida pelos entrevistados. Observa-se nos discursos a dificuldade de adaptação à nova dieta alimentar, como colocam Rodolfo e João:

É difícil, no nosso meio aqui a gente nem tem como fazer muita coisa pra se tratar, quando a gente vai ver a gente já tá com a doença. Eu tenho que trabalhar. Eu fiz dieta quase dois anos pra baixar 10 quilos, eu parei com a dieta e subi 10, em quase dois anos eu baixei sete e não levou seis meses pra mim subir 10, então é uma coisa difícil de controlar isso aí (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

É, eu continuo comendo, eu não cheguei a dizer pra ele que se eu não morrer de doente eu posso morrer de fome, mas é a coisa a gente controla. Desde aquela vez eu venho controlando não é, eu comia mais, chegava a comer dois ovos fritos, tocinho, duas, três fatias de pão comia mesmo [...](João, 56 anos, agricultor).

Como trabalham fazendo esforço físico na lavoura, os trabalhadores rurais referem que sua comida tem que ser forte, ou seja, deve ser rica em carboidratos e proteínas, para dar energia para passar o dia na roça. Também utiliza-se muita gordura de porco no preparo dos alimentos, então ter que encarar uma dieta mais restritiva faz com que eles se sintam fracos para desempenhar seu trabalho.

Barsaglini (2006) evidenciou que os homens referem maiores dificuldades de lidar com as limitações impostas pela situação de adoecimento. Entre as queixas mais presentes estão a dificuldade de seguir as dietas e a necessidade de se adaptar a uma rotina mais próxima à casa.

A alimentação, o comer bem, ter as despensas com muito alimento fazem parte dos valores fundamentais do meio rural. Ao mesmo tempo em que o alimento é fonte de saúde, a mesa farta representa também o fruto do trabalho, é a representação da condição de prosperidade (BUDÓ, GONZALES, BECK, 2003).

Muitos homens relataram que deixaram de frequentar festas e bailes na comunidade pelo fato de não poderem mais beber e fumar. Segundo eles, os eventos sociais são sempre regados de bebidas e cigarros, assim, estar lá e não poder participar da roda é constrangedor.

Eu não bebo, não fumo, alimentação agora eu cuido, depois que fiquei doente, tinha os bailes e as festas, agora não vou mais [...] (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Até eu reconheço que a cerveja, mesmo que seja cachaça, muitas ela vai te prejudicar, né [...] Um pouquinho e tu sabes que a cachaça e a cerveja é

como um cigarro, se não tem um cigarro não tem festa [...] tu não pode muitas vezes tomar um rabo de galo, uma cervejinha, um sambinha, tu não pode enfrentar um churrasquinho (João, 56 anos, agricultor).

Socialmente, o homem dispõe de maior liberdade por estar associado ao espaço público e, interiormente, necessita de independência para viver. Esta liberdade atribuída aos homens se manifesta no fato de não precisarem justificar seus comportamentos e também se realiza por meio de práticas caracteristicamente masculinas, tais como consumo de bebidas de álcool e diferentes tipos de reuniões entre pares (KNAUTH, 1998). Sobre isso, Portella et al. (2004) ainda afirma que a cerveja é associada à sociabilidade, uma vez que é usada como justificativa para encontros sociais.

As mudanças na sexualidade foram referidas por apenas dois dos entrevistados. Danilo e João referiram que não poder ter relações sexuais foi uma das coisas mais negativas que vivenciaram após adoecer. Embora contassem com o apoio de suas esposas, referiram que muitas vezes não se sentiam homens de verdade.

Não mudou muita coisa, a única coisa que mudou foi a relação sexual, porque terminou, não consigo mais ter reação, não terminou de um tudo, mas terminou muito (Danilo, 59 anos, aposentado).

[...] eu quando vim de Pelotas, o médico me tirou até a cama, até o sexo, e tu acha que um homem com 50 e poucos anos, mas um homem com minha idade precisa de relação sexual e tu sabe disso, e ele me cortou, eu não podia fazer nada, ele cortou tudo [...] (João, 56 anos, agricultor).

A sexualidade também é uma das fontes primordiais da identidade masculina (PORTELLA et al., 2004). Fertilidade, impotência, ejaculação precoce, preocupações com o tamanho do pênis são alguns dos receios mais comuns encontrados entre homens. Essas preocupações chegam, por vezes, a caracterizar uma área onde navega o desespero de alguns homens, pois [...] “*fracassar sexualmente é fracassar como homem*” (NOLASCO, 1997, p. 24).

E a última mudança negativa mencionada pelos entrevistados foi a dificuldade financeira, oriunda dos gastos com o problema de saúde e do abandono do trabalho.

As dificuldades foram grandes, o cara não podia fazer nada [...] o financeiro foi mais ou menos, a gente peleava, mas ia dando... O Guilherme eu tinha plano, pagava 25 reais por consulta, só que depois vinha os exames, saía R\$250, 280, 300, saía os exames dele todo mês, era difícil, fiquei pelado

nessa época, gastei tudo que tinha [...] (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Ela [médica] mandou fazer uns exames tudo particular e eu sem condições, tive que fazer meio no prego, aí fiz um tratamento longo, saiu caro aquele tratamento [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

Eu nem senti muita dificuldade, a única dificuldade é que tu não tinha dinheiro pra pagar o médico, a dificuldade maior é ali, só nós dois. Chegava lá e tinha que pintar os cem pila e o médico só diz pra mim não comer, esse médico briga comigo uma barbaridade pra mim não comer [...] (João, 56 anos, agricultor).

Tudo foi difícil, dinheiro faltava, às vezes faltava, sou aposentado, mas não dá pra tudo [...] eu tive que gastar os troquinhos que tinha [...] (Carlos, 80 anos, aposentado).

Dinheiro, né, e transporte, dinheiro não chegou a faltar, mas fiquei meio prejudicado porque a gente tem o dinheirinho pra viver e foi gasto tudo [...] (Benedito, 62 anos, aposentado).

Vivenciar uma situação de adoecimento crônico pode causar um significativo comprometimento financeiro (OMS, 2005), pois depende-se de transporte para o deslocamento até o serviço de saúde, passa-se a usar medicamentos e necessitar de um acompanhamento médico contínuo, além da realização de exames.

- A ressaca e seus tesouros- Vivenciar uma situação de adoecimento crônico não impede de ser/sentir-me saudável

Vivenciar uma situação de adoecimento crônico trouxe para a vida dos entrevistados coisas que eles avaliaram como positivas, como o cuidado com a saúde, prática que antes não tinham e só passaram a ter depois de enfrentar um problema de saúde. Danilo relatou em uma das visitas que nunca tinha cuidado de sua alimentação e que após descobrir seu problema começou uma dieta:

Ah, eu resolvi a fazer regime porque eu tive aqueles problemas que eu tinha [...] próstata e problemas de coração, e aí eu tô sendo... tenho acompanhamento com o pessoal da Fau lá de Pelotas. E aí eles pediram pra mim, assim, ter um acompanhamento com a netra... essa... nutricionista. E agora faz três meses que eu tô que todos os meses eu tenho que ir. Agora dia 30 eu tenho que fazer acompanhamento [...] Tem dado as dietas e eu tenho feito... (Danilo, 59 anos, aposentado).

Também nesse contexto, vários dos entrevistados incorporaram novas práticas de cuidado, como uso de chás, sucos, como nos mostra o relato de Luís:

[...] eu vou te dizer, para a depressão a única coisa que eu tomava era o maracujá, eu comprava o suco pronto e fazia o suco em casa de maracujá e isso me ajudava me acalmar [...] (Luís, 52 anos, agricultor).

Um dos relatos mais surpreendentes sobre as práticas de cuidado incorporadas foi o de Nelson, que contou que, após descobrir seu problema de saúde, não saiu mais para a cidade sem levar em uma bolsa seus remédios. Além de seguir os horários corretos para tomar a medicação, ele disse que tal prática era uma forma de segurança para ele:

Tem sempre um estoque, eu vou lhe mostrar, essas caixas tá aí dentro da bolsa. Às vez o que acontece as pessoas me acham na rua e acha que eu não tenho nada, aí eles já vê que eu sou doente (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

Outro elemento positivo que veio com o adoecimento crônico foi o cuidado também como os outros, familiares, amigos, vizinhos. Observa-se em alguns relatos que após vivenciar um problema de saúde os homens entrevistados passaram a enfatizar o cuidado com a saúde:

Ah não! A gente orienta isso aí, eu digo para os amigos: Ó, isso é bom o cara fazer um exame, o cara procurar um médico (Danilo, 59 anos, aposentado).

Há também, nesse cenário, a preocupação com o cuidado de sua saúde para não prejudicar a família.

Me cuido, atenção comigo eu tenho, já não sou como era antes de não ligar muito, hoje eu já me cuido bastante, até pra não prejudicar a família. Se eu não ter esses cuidados comigo eu vou prejudicar a família, poh! Mas o Miro tá bem, até podia trabalhar, fazer isso ou aquilo, mas eu não vou fazer, porque se eu for fazer eu sei que não vai me fazer bem, então eu vou prejudicar a família também, então eu me cuido (Benedito, 62 anos, aposentado).

Uma valorização maior da família e das coisas simples da vida passou a fazer parte do cotidiano dos entrevistados.

No meu caso, como eu te disse, coração é dolorido, mas eu tenho que me cuidar, eu em primeiro lugar. Eu tenho que aceitar melhor do que aceitava as pessoas que estão na minha volta, aquelas pessoas que querem viver comigo, que aceitam viver, eu tenho que procurar vida melhor [lágrimas] [...]

eu muito me emocionei, eu muito chorei, porque dificilmente a pessoa que dá o terceiro enfarte voltar. Por isso que eu te disse hoje na entrevista que como eu voltei eu aprendi mais, a ter moral com as pessoas, a aceitar mais as pessoas, a amar mais as pessoas que te querem bem, aqueles que te fazem bem. Eu chego a receber crítica de certas pessoas que, se tem algum probleminha na casa dela, eu pego a família e vou lá dá um adeus, ir prá lá me mostrar voluntário porque, se tiver, se precisar de alguma coisa e tiver no meu alcance e eu puder ajudar... E o mais marcante foi isso achar que tinha morrido, voltar administrar, ficar no meio de meus quatro filhos e viver bem [...] (João, 56 anos, agricultor).

Todos os elementos descritos acima foram os tesouros trazidos pela situação de adoecimento crônico. Ter a possibilidade de cuidar de si e dos outros, valorizar mais a família e as pessoas que fazem parte de nossa história.

O processo de vivenciar uma doença crônica, que pode se iniciar muito antes do diagnóstico e se estende por toda a vida do adoecido, obriga o indivíduo acometido a desenvolver formas personalizadas para conviver, lidar, pensar o seu problema de saúde. Tal processo ainda envolve fatores de ordem estrutural, simbólica, do contexto diário, da biografia do sujeito, da experiência prévia, atual e de pessoas conhecidas, e do próprio curso da doença. Admite-se que esses fatores e as formas de interpretar e gerenciar a doença mantêm uma relação recíproca em que elementos envolvidos são constantemente atualizados, podendo ser definidos, redefinidos, inovados, reinterpretados, transformados ou reproduzidos (BARSAGLINI, 2006).

Quanto à questão de se considerar ou não saudável, houve dois padrões de respostas: um em que os entrevistados, embora soubessem de suas limitações, se consideravam saudáveis; e outro em que a presença de limitações fazia com que se sentissem não saudáveis.

Observa-se nos relatos de Danilo, João, Antônio e Benedito que eles conseguiam conviver com as limitações e que se sentiam saudáveis, embora apresentassem condições crônicas.

Me considero [saudável], eu acho que estou bem. Por todos os problemas que passei, eu acho que estou bem, porque às vezes, assim, se a gente não está bem e aí começa a se preocupar, pô! eu não estou bem... Então parece que aquilo é pior (Danilo, 59 anos, aposentado).

Assim estou tomando esses remédios e estou bom, estou trabalhando (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Sim, me considero sim... (João, 56 anos, agricultor).

Sim, eu até sou, eu vou levando a vida... (Benedito, 62 anos, aposentado).

Para Canguilhem (2009), a saúde existe quando um ser vivo possui condições de ficar doente e de novamente ficar são. Assim, a doença é uma nova forma de estar no mundo, é uma experiência positiva e não um fato diminutivo. Complementando, Almeida-Filho (2000) coloca que “nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença” e “nem todos os isentos de doença são sadios”. Na prática clínica e na vida cotidiana, identificamos com frequência indivíduos ativos, social e profissionalmente produtivos, sem sinais de comprometimento, limitação funcional ou sofrimento, auto e heterorreconhecidos como sadios, que, no entanto são portadores de doenças ou sofrem de agravos, sequelas e incapacidades parciais, mostrando-se muitas vezes profusamente sintomáticos. Outros, ao contrário, encontram-se infectados, apresentam comprometimentos, incapacidades, limitações e sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença.

Riquinho (2009) pontua que alguns indivíduos, apesar de conviverem com uma doença crônica, como diabetes ou hipertensão, sentem-se bem e ainda com saúde. Ao realizar tal declaração, estes estão acentuando a dimensão subjetiva de quem vive em situação de adoecimento crônico, sem negá-la, mas reconhecendo que mesmo com a presença de uma enfermidade é possível ser saudável. Tais informações são relevantes para os profissionais de saúde, pois essa percepção precisa ser considerada nas orientações e no acompanhamento, para que não prejudique a adesão ao tratamento característico dessas patologias.

Já o mesmo não pode ser dito em relação a Carlos, Rodolfo e Nelson, que se consideravam não saudáveis em função de suas limitações.

Não, eu gostaria de ser que nem aquele cara [apontou foto dele trabalhando], naquele tempo ali eu não sentia nada (Carlos, 80 anos, aposentado).

É um problema grave, eu me considero doente porque eu não posso com sol quente muito. Se eu enfrentar o sol quente eu desmaio, a pressão dispara e nem com remédio eu consigo baixar ela. E outra coisa, se a gente tem pressão alta, um monte de coisa já não pode fazer, um monte de coisa não se pode comer, não se pode beber... (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

Saudável não sou, homem saudável não pode se desanimar, tudo se ele desanima é pior, aí já vem problema, daí vem outra, isso aí [...] (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

A pessoa pode julgar seu estado de saúde, não apenas apoiada em manifestações intrínsecas, mas também a partir de seus efeitos: pode-se buscar no médico (ou em uma figura correspondente a ele na sociedade) a legitimidade da definição de sua situação. Tendo recebido o atestado de doente, passa a ter atitudes e comportamentos peculiares em relação a seu estado e assim torna-se doente para o outro (MINAYO, 2009).

A sensação de estar adoecido é fortemente vinculada ao modo como se vivencia essa enfermidade, assim como o sofrimento decorrente, tendo em vista a incapacidade que esse estado impõe, seja ela física ou mental. A alternância entre sentir-se doente ou saudável vem da constatação prática de que nenhum estado é contínuo: ele pode se modificar, como igualmente o dia e a noite, o sol e a chuva. Portanto, a observação do meio natural sinaliza o quão tênue são os estados de saúde e doença (RIQUINHO, 2009).

5.3.4 O apoio e o cuidado no vivenciar a situação de adoecimento crônico

O papel das redes de apoio foi reconhecido como fundamental para enfrentar a situação de adoecimento crônico. Ao analisar as redes de apoio formadas e fortalecidas nesse processo de adoecimento, evidenciou-se que estas não possuem estruturas estáticas e, sim, variam como o passar dos dias e de acordo com os momentos de agudização e de silenciamento.

Gerhardt et al. (2009) aponta que, nas redes sociais, há uma circulação de bens materiais e imateriais que são preciosos tanto para quem recebe quanto para quem oferece, o que, por sua vez, permite movimentos locais na busca de alívio dos desconfortos físicos e mentais e na superação das dificuldades impostas pelo cotidiano.

Identificou-se que a rede de apoio dos homens em situação de adoecimento crônico se pluraliza em momentos de agudização, há nesses momentos uma intensa mobilização de familiares, amigos, vizinhos, profissionais e serviços de saúde. Já, nos momentos de silenciamento, a rede de apoio se retrai, os serviços e profissionais de saúde passam a ser referenciados apenas em situações pontuais e os amigos e vizinhos não se fazem tão presentes quanto antes.

]

De acordo com Araújo, Bellato e Hiller (2009), o cuidado é cotidianamente desenvolvido pelas próprias pessoas, suas famílias e outros que dele participam de alguma forma, constituindo suas redes para o cuidado nos diferentes subsistemas de cuidado. Para as autoras, as redes para o cuidado são vividas e movimentadas de acordo com a necessidade do momento, não sendo fixas, mas mutáveis em sua configuração, demonstrando os movimentos mais individuais, reticulados, que acontecem dentro e entre redes próprias e próximas, e são mais efetivos para dar potência ao cuidado familiar. Essa reflexão também é apoiada por Martins (2009), que aponta que as redes evoluem e se transformam de acordo com as novas experiências do cotidiano humano.

A família surgiu como fonte de apoio mais importante dos entrevistados, sendo mencionada tanto nos momentos de agudização, quando nos de silenciamento. No decorrer da pesquisa pôde-se observar que todos os entrevistados contavam com o apoio da família, principalmente das esposas.

Sobre isso, destaca-se que diversos estudos têm apontado o importante papel das esposas no enfrentar uma situação de adoecimento crônico (KNAUTH, 1998, BARSAGLINI, 2006, BURILLE, 2009, KOLLING, 2010; SOUZA, 2011). Knauth (1998), ao entrevistar esposas de homens com AIDS, refere que as mesmas apontaram que os homens não conseguiriam sobreviver muito tempo sem ter uma mulher que se ocupasse deles; para elas, homens precisam de uma mulher que lhes prepare alimentação adequada, exija um repouso mínimo ou que tome medidas necessárias em caso de doenças – desde a preparação de chá e a administração de medicamentos, até a marcação de consultas e internações hospitalares.

Figueiredo (2008), Kolling (2010) e Souza (2011) observaram no decorrer de suas pesquisas que os homens tendem a não se envolver em redes de apoio formais, ao contrário das mulheres, que buscam apoio nessas redes e nem sempre podem contar com o apoio da família para enfrentar o adoecer. No decorrer da pesquisa, foi possível perceber um engajamento de toda a família para acompanhar o novo modo de viver dos entrevistados, e um exemplo foi a alimentação da família que foi modificada, para auxiliar no cuidado em saúde do entrevistado. Também com relação à participação em redes de apoio formais, apenas dois dos entrevistados revelaram que participavam de grupos de autoajuda, os demais participantes não referiram nenhum apoio dessa natureza.

A doença não é apenas um processo individual, mas também coletivo, na medida em que afeta todos os que convivem com a pessoa enferma. A presença do adoecer é amenizada nas relações de amizade, parentesco, bem como na manutenção de bons sentimentos, os quais representam um alívio ao sofrimento, advindo da incapacidade de trabalhar ou das dificuldades em exercer as atividades de lazer (RIQUINHO, 2009).

Os serviços e profissionais de saúde juntamente com os benefícios concedidos pelo Estado também ganharam ênfase. O sindicato rural apareceu em várias redes de apoio que foram construídas no decorrer da pesquisa, pois o convênio que essa instituição estabelece com os profissionais de saúde é muito valorizado pelos agricultores e constitui uma das principais formas de acesso deles ao sistema profissional de cuidado. O Programa Farmácia Popular, assim como em outros trabalhos, também foi citado como um apoio importante no enfrentamento da situação de adoecimento crônico.

Os serviços de saúde podem participar das redes de apoio, na medida em que, inseridos em uma comunidade, partilham de seu cotidiano. No entanto, para ampliar essa atuação se faz necessário desenvolver laços de apoio coletivo, compartilhar das necessidades dos usuários e horizontalizar as relações (GERHARDT, et al., 2009).

Em virtude de não apresentarem mais condições para o trabalho, a aposentadoria também fez parte das redes de apoio dos entrevistados, pois esta, na ausência do trabalho, garante a reprodução material da família. Há de se salientar que, embora a aposentadoria seja um direito, nem sempre é fácil de conseguir, como vários entrevistados relataram brigas com a justiça para conseguir o benefício.

A aposentadoria, em especial no meio rural, desencadeia transformações, uma vez que este dinheiro passa a ser usado para compras de alimentos, para enviar crianças á escola, investir em tecnologias agrícolas e garantir a sobrevivência de muitas famílias (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Para os agricultores o acometimento de uma doença extrapola os limites biomédicos, apontando para as condições de vida, em especial, o trabalho, seja por meio da conhecida jornada dupla desenvolvida pelas mulheres ou ainda pelas perdas na agricultura e o posterior endividamento do trabalhador rural. Nesse sentido, a doença é expressa como um atraso de vida, ainda que seja concedido

benefício nessas situações, seu ganho não é prazeroso, pois não provém do trabalho direto (RIQUINHO, 2009).

A fé em Deus também foi mencionada como importante fonte de apoio pelos entrevistados. Segundo eles, a fé constitui um elemento que os espreme, lutando e buscando enfrentar cada obstáculo que a ccc impõe.

5.4 Homens e saúde: discutindo as arranhaduras da masculinidade

Dando continuidade na análise dos ITS de homens em situação de adoecimento crônico, tornou-se imprescindível discutir as possíveis arranhaduras da masculinidade e investigar a sua relação com a não busca pelo cuidado. A masculinidade é uma construção sociocultural tendo uma importância decisiva nessa ausência de busca de cuidado o que demandou o aprofundamento das “arranhaduras” da masculinidade. Para tal objetivo, discussões em grupo parecia ser a técnica mais adequada, então optou-se por trabalhar com a técnica de grupo focal. Mas, antes de estruturar o roteiro do grupo, ao visitar as famílias, perguntou-se para cada homem sobre qual assunto eles gostavam mais de conversar, e deu-se as seguintes opções: trabalho, futebol, política e saúde.

Como já era esperado, o trabalho surgiu em todas as respostas como unanimidade:

De trabalho [...] É sempre gostei muito de trabalhar [...] (Francisco, 75 anos, aposentado).

Ué, trabalho [...] o cara se interte mais, tá só sentado não adianta, agora eu tomei café e fui cortar lenha, não que precise, tem lenha cortada aí, mas pra não tá parado [...] (Paulo, 76 anos, aposentado).

Trabalho [...] eu me criei trabalhando, até foi uma dificuldade pra mim parar de trabalhar, foi uma dificuldade grande porque me criei trabalhando sempre e depois tem que parar [choro]. Pra mim foi difícil e depois, quando eu passei entender que a médica me disse: “O senhor não pode trabalhar, tem que se cuidar.”, foi difícil pra mim, mas eu tentei fazer isso aí e estou fazendo. E hoje não me preocupo com nada, com serviço nenhum, se tem serviço eu pago uma pra fazer, se não pode vir, deixa parado [...] (Benedito, 62 anos, aposentado).

Trabalho, porque se tu pode trabalhar tu tem tudo (Oscar, 58 anos, agricultor).

Diante das respostas, perguntou-se o que eles achavam sobre pensar e falar de saúde, e descobriu-se que eles procuravam não pensar em saúde e nem em problemas de saúde, muito menos conversavam sobre esse assunto. “*Em roda de conversa de homem não tem essas coisas*” (Diário de Campo 4), era a explicação dada por muitos deles.

Não, é, eu procuro não pensar, e não... e não lembro assim também, né [...] Eu não penso assim em doente, que tô doente, que tenho um problema, não (Danilo, 59 anos, aposentado).

Isso aí geralmente alguém... Muitas pessoas até sabe, mas eu... não adianta eu dizer pra muitas pessoas que eu tenho problema de pressão alta porque todo mundo sabe que eu tenho. Então o meu caso é tomar o remédio, é seguir tomando o remédio, e é isso que eu tô fazendo [...] (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

Não, não, não! Eu não me perco por isso aí. Não. É pior para a pessoa! É muito pior [...] A gente não pode se preocupar. Quando chega na hora vai se preocupar, tem isso, tem aquilo. Até que der se alimentar direito. É ou não é? [...] Aí a pessoa fica mais fraca, se pega a pensar, pensar... Chega no momento de se alimentar, já não se alimenta, daí já fica mais fraca (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

Nas interações verbais observou-se que falar de saúde não era uma prática cotidiana dos entrevistados e que estes evitavam falar sobre adoecimento porque isso lhes trazia sofrimento.

Não gostaria de falar, não gostaria de falar, mas se é preciso a gente fala, mas não gostaria. É coisa que já passou, eu gosto de esquecer aquilo ali, parece que não me sinto bem em repetir as coisas de novo, então eu gosto que, se já passou, passou! (Benedito, 62 anos, aposentado).

Não, eu procuro evitar porque o meu problema foi pesado, e eu não gosto de falar porque, quando eu falo, eu me remorso (João, 56 anos, agricultor).

Eu acho assim, eu não gosto de falar de doença. Quando a pessoa tá doente, eu acho! é tudo bobagem assim, é tudo bobagem, a pessoa já tá doente (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Nesse contexto apontaram alguns atravessamentos de gênero em relação à questão abordada. Segundo Benedito:

[...] os homens não se sentem muito à vontade com o negócio de saúde e de doença, porque o homem se preocupa muito com o bem-estar da família, porque geralmente o homem é o chefe da casa, como dizem, e o que manobra tudo é o homem, então ele não se sente bem de falar de saúde, não se sente bem com isso aí (Benedito, 62 anos, aposentado).

Após essa primeira aproximação com entrevistados, montou-se um roteiro de questões para investigar os possíveis “arranhadores” da masculinidade, aqui entendidos como, ações, práticas ou comportamentos que podem danificar ou por em risco a masculinidade heteronormativa. No grupo, iniciou-se as discussões a partir das respostas obtidas na etapa das entrevistas individuais e, quando lançada novamente a questão sobre o assunto sobre o qual eles preferiam conversar, surgiu trabalho aliado à saúde. Assim, os entrevistados mencionaram que, embora o trabalho fosse o assunto preferido deles, reconheceram a importância da saúde, pois sem saúde não há trabalho. Na mesma discussão, voltaram a enfatizar a ausência de trabalho como geradora de adoecimento.

Eu acho que a prioridade é a saúde, em primeiro lugar, porque se a gente tem saúde a gente pode trabalhar para qualquer lado, se falta saúde não se pode trabalhar, então eu acho que fica mais difícil para tudo, eu coloco assim [...] o que mais se conversa é trabalho e o que mais precisa pra isso é saúde [...] (Benedito, 62 anos, aposentado).

O problema é que saúde tá sempre junto com o trabalho, e o trabalho puxa a saúde e a saúde puxa o trabalho. Embora o cara não tenha condições de trabalhar, se obriga a trabalhar, embora não tenha saúde, às vezes facilita um pouco com a saúde, então para com o trabalho e vai procurar um médico onde o recurso vem a parar de trabalhar, então primeiro vem a saúde (Luís, 52 anos, agricultor).

Também perguntou-se ao grupo se pensar e falar sobre saúde e adoecimento fazia parte do cotidiano. E novamente os homens responderam que não gostavam de pensar e falar sobre saúde e adoecimento, embora reconhecessem a importância de buscar o cuidado profissional e outras medidas para amenizar o problema enfrentado. Assim, encontrou-se o primeiro dispositivo arranhador da masculinidade.

Eu na doença não gosto de conversar e nem de pensar (Danilo, 59 anos, aposentado).

Não é bom pensar (Luís, 52 anos, agricultor).

Não (Danilo).

Mas é bom tu te tratar (Luís).

Sim, tratar eu penso, pensar em tratar ela, mas no caso não pensar nela, porque a própria pessoa puxa a doença. Se tu impressionar que tá te doendo esse dente, daqui a pouco ele está te doendo, embora não devesse estar doendo, então pensou e vai me doer esse dente (Danilo).

E o que é bom pro estado nervoso, tu pode reparar, se tu está bem nervoso, tá bem atacado mesmo, a primeira coisa é o trabalho, tu vai na lavoura e tu se esquece (Luís).

Esquece, claro, já não pensa naquilo ali (Danilo.).

Vai pro trabalho e já muda tudo, se tiver condições de trabalhar. Agora, se não tiver, vai ter que procurar outro jeito de se acalmar (Luís).

Vai ter que procurar uma área de lazer, um amigo pra conversar... (Danilo).
 Um vizinho... (Luís).
 Jogar uma bocha, jogar um baralho como a gente faz, né Antônio, dá uma caminhada nas lavouras e ver como é que está, então se distrai. (Danilo).
 Sabe que o negócio da saúde não é bom, também não se pode pensar muito nela não. Se começa a se preocupar muito assim, se torna muito mais ruim (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).
 É, se torna sim (Danilo).
 E mais ruim, até o negócio do alimento, ele fica mais ruim e pega pesado, já vai enfraquecendo mais, se torna...(Nelson).
 Já começa se estressar, já fica estressado, já dá problema... (Danilo)
 Eu sou assim, eu não posso gravar muito na cabeça não, se eu fosse botar tudo na ideia o que eu tenho, eu ia estar bem mais fraco, bem mais fraco mesmo... (Nelson)
 Eu andei com uns problemas muito brabo. Agora, graças a Deus, normalizou, tá tudo resolvido, tenho feito uma série de exames, tá tudo bem. Mas eu não me impressionei com o meu problema, bah! estou com esse problema e agora o que vai acontecer comigo? (Danilo)
 O cara vai ficando sem força... (Nelson)
 O cara começa se impressionar, o melhor é fazer que não soube, esquecer... (Antônio, 70 anos, agricultor e aposentado).

A dificuldade de falar sobre sua saúde também foi enfrentada por Barsaglini (2006), ao entrevistar homens com diabetes. Tal ação mostra-se incompatível com a identidade masculina, o que faz com que os homens procurem manter-se distante do assunto, pois cuidado e saúde são coisas que reportam-se ao gênero feminino.

Segundo os entrevistados, falar sobre os problemas de saúde pode ser bom para a pessoa que está vivenciando, todavia, os encontros destinados a uma conversa sobre esse tema só ocorrem quando eles sabem que há algum homem da comunidade doente. Nos demais encontros na comunidade, limitam-se a perguntar se está tudo bem, mas no sentido de se ter uma primeira aproximação e isto ser um hábito em ocasiões sociais, não remetendo-se de fato à saúde.

Adoecer, ter que buscar cuidado, depender de outro e não desempenhar as atividades que faziam antes também foram apontados como arranhadores da masculinidade no decorrer das entrevistas.

É, achava que não podia ficar doente. Não... E não levava a sério que era coisa perigosa, né (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

É, morrer eu não tenho tanto medo. Morrer eu não teria medo, mesmo que eu tenha, porque eu não posso ficar, eu tenho que ir também, porque os outros já foram, eu tenho que ir. A única coisa que eu não quero é a angústia de ficar esperando numa cadeira, ficar debaixo de um escombro, de ficar alejado e não poder caminhar, de não poder participar. Isso eu tenho medo, mas de morrer não [...] como eu te disse agora, o pior é ficar em cima de uma cadeira, depender do outro. Ainda quando depende da esposa ou do marido, tudo bem, porque ele vai fazer o possível pra tu está bem. Mas faz o possível como a mulher sempre me atendeu bem. Tu imagina uma pessoa em cima de uma cadeira, isso é um problema [...] não

posso nem caminhar, parado eu sou homem, agora se tiver que caminhar aí meio dia, um dia e pouco, eu não aguento. Ficar atrás de uma capinadeira, já não dá, começo a urinar vermelho e aí nem deitado eu não consigo ficar mais, tem que ficar sentadinho lá no banheiro feito um santo (João, 56 anos, agricultor).

Segundo Figueiredo (2008, p.163) “*as construções de gênero definem as diferentes formas de cuidar em saúde e na perspectiva das masculinidades, são vivenciadas de maneira bastante problemática*”. O autor ainda aponta que para os homens, adoecer implica em reconhecer uma limitação, caracterizando um sinal de fraqueza. Por isso, parecer saudável passa a ser a forma de manter seu posto de sujeito forte e destemido. Nesse sentido, não está em jogo apenas cuidar da saúde quando determinada condição se manifesta, mas antes sim, pelo próprio significado de estar doente. Desse modo, pensa-se que cuidar da saúde é em certa medida cuidar da integridade do papel social masculino.

Portella et al. (2004) afirma que as mulheres são mais atentas às mudanças do que consideram normal e mais dispostas a checar suas dúvidas com o profissional de saúde. Para elas, a ideia de se submeter à medicalização, mesmo a mais invasiva, é bastante tranquilo, enquanto que os homens resistem mais a essa medicalização. Em alguns casos, a ida ao médico é considerada uma exposição de vulnerabilidade e da fraqueza, pondo em dúvida a masculinidade de quem procura ajuda, sendo que essa ação deve ser evitada a todo o custo.

O adoecer impõe regras de comportamentos que não combinam com o valor de liberdade que integra a construção do universo feminino, mas são, de certa forma, mais próximas das mulheres pelo caráter recluso da casa, que constitui o seu espaço por excelência. Parece que para mulheres seguir as recomendações dirige-se ao controle da enfermidade, para eles parece ter uma vida controlada (BARSAGLINI, 2006).

No grupo focal os homens abordaram o machismo e colocaram essas questões novamente. Figueiredo (2008) também traz para a discussão o machismo como inibidor de atitudes consideradas adequadas para cuidar da saúde. Para ilustrar e falar da dificuldade que os homens têm em se reconhecer como vulneráveis ao adoecimento, Benedito contou sua história.

Mas homem também ele guarda as coisas (Benedito, 62 anos, aposentado).
Guarda! (Luís, 52 anos, agricultor).
Não adianta dizer que não guarda, porque eu guardei (Benedito).
Todos concordam!

É, mas é ruim (Danilo, 59 anos, aposentado).

Fui acumulando e então na última hora, até falei para Andréia lá em casa, depois um dia eu estava podando, me senti tonto, me deu umas tonteiras e eu comecei a escutar as conversas dos outros. Uns falavam dos problemas de coração, dói assim, dói ali, e eu só escutando. Mas eu tava trabalhando sempre, me sentia às vezes meio ruim, mas trabalhava sempre, até que um dia me obriguei a dizer para mulher: Eu tô ruim, acho que é problema de coração pelo sintoma que eu tenho, digo pelo que eu tenho ouvido os outros falar, eu estou com problema de coração. E aí ela até riu de mim: "Poh! mas tu se queixou de nada!". (Benedito).

Pois é... (Danilo)

Diga, mas eu achava que não fosse problema, mas agora eu estou achando que é, eu acho que o homem esconde (Benedito).

Demora muito mais pra ir no médico e aí agrava muito mais. Homem quando tem um problema assim era em ficar só com ele e não diz para família, aí quando vão descobrir já está bem adiantado e quando vê, se o problema é bem ruim, quando vê está desmaiando. Aí o que ele diz: Já fazia tempo que vinha me dando isso aí, mas eu não fazia nada (Nelson, 62 anos, agricultor e aposentado).

A gente às vezes vai dizer na hora que tá bem preocupado, antes a gente pensa que não é muita coisa, que pode passar, que pode ser uma dor passageira qualquer (Benedito).

O defeito do homem é não chorar, se ele chorasse um pouquinho estaria bem melhor (Luís, 52 anos, agricultor).

Às vezes o choro desabafa (Danilo, 59 anos, aposentado).

Existe uma ideia, socialmente construída, de que um homem deve ser forte, desdobrando-se na figura de um homem que teme cuidar de sua saúde, adiando tratamentos preventivos, assim, a doença e suas possíveis associações com a finitude da vida representam um perigo e uma ameaça à vida dos homens. Há uma associação entre idas aos serviços de saúde e morte, como se a proximidade com esses espaços remetesse muito mais ao eixo do tratamento da doença e de suas sequelas, do que a um lugar de cuidado com a vida e a saúde. Tal perspectiva dificulta a incorporação da experiência de adoecimento e sua elaboração na direção do autocuidado (GOMES, et al., 2011).

Outro dispositivo arranhador da masculinidade heteronormativa é o exame de toque retal. Em vários momentos os entrevistados falaram da importância de se realizar o exame para próstata, embora muitos afirmassem que ainda não o fizeram.

Augusto: Eu nunca me interessei em fazer, é falta de interesse [risos]... [...] o relaxamento, eu não sinto nada... Eu nunca fiz, não sei o que é feito e nunca perguntei, mas eu acho que é um exame importante, mas não faço [risos] (Augusto, 70 anos, agricultor e aposentado).

Pesquisadora: O senhor chegou a fazer exame de próstata?

Não, mas já era pra ter feito [risos] (Rodolfo, 45 anos, agricultor e diarista).

Pesquisadora: E o que o senhor acha disso?

Ué, tem que fazer, uma coisa que ninguém gosta, mas se tem que fazer, tem que fazer [...] Sabe que tem que ir, mas esse dia custa a chegar, eu preciso fazer, eu tenho que fazer, mas enquanto puder adiar é melhor [risos].

Durante as entrevistas, alguns referiram que realizaram apenas o exame de sangue, e os que fizeram exame de toque retal mencionaram que só se submeteram a tal procedimento porque era extremamente necessário e que não dividiram esse feito com mais ninguém, além de algumas pessoas da família que precisavam ficar sabendo.

Faço só o de sangue, eu peço pro médico (Luís, 52 anos, agricultor).

Pesquisadora: Exame de próstata o senhor já fez?

Fiz esses dias (Oscar, 58 anos, agricultor).

Pesquisadora: O senhor ficou sabendo do exame por quem?

Pelo médico, fiz o de sangue.

Também, não, e não vai te prejudicar em nada, é vergonhoso, é constrangedor, mas não vai me... (João, 56 anos, agricultor).

Tal comportamento reforça a ideia de que o exame de toque retal é um desestabilizador em potencial arranhador da masculinidade, pois exige o toque em uma região “interditada para homens heterossexuais”. Portanto, submeter-se a tal exame pode desencadear sentimentos de vergonha e brincadeiras constrangedoras por parte de outros homens e da sociedade em si. Durante a realização do grupo focal, tal procedimento não foi abordado, pois poderia trazer constrangimentos a alguns dos participantes que ali estavam.

No Brasil, o câncer de próstata é a quarta causa de morte por neoplasias, correspondendo a 6% do total de óbitos neste grupo nosológico. A taxa de mortalidade vem apresentando acentuado ritmo de crescimento, representando 12% do total das mortes esperadas por câncer em homens. Quanto mais inicialmente a doença for diagnosticada, maiores serão as chances de cura, além de permitir um tratamento menos agressivo e mutilante (BRASIL, 2002).

Perante esse cenário, torna-se importante promover a sensibilização dos homens com idade superior a 40 anos, que procuram o serviço de saúde por outros motivos ou não, para a realização do exame de toque retal e da dosagem do PSA total, informando-os sobre cada um dos procedimentos, dos seus benefícios e desmistificando muitos tabus que envolvem principalmente o exame de toque.

Já não é a mesma coisa de quando a gente tinha saúde e era mais novo, vem tudo junto, a saúde e quando era mais novo, porque quando era mais novo a memória da gente era outra (Danilo, 59 anos, aposentado).

Ao aprofundar a discussão sobre prevenção do câncer de próstata, Gomes (2003) defende a ideia que o toque retal é uma ação que pode gerar medo no homem. Ainda de acordo com autor, esse medo pode se desdobrar em vários outros medos, como de sentir dor física e simbólica em função da violação causada pela penetração, medo de ser tocado e de ter ereção, o que pode ser visto ou interpretado como um indicador de prazer, ou ainda, ao atender o pedido do profissional de ficar descontraído, isso possa ser visto como sinal de que o toque nessa parte é algo comum e/ou prazeroso.

O último dispositivo arranhador da masculinidade relatado pelos entrevistados foi o envelhecimento. Para eles, assim como adoecer, o envelhecimento acaba deixando o “*homem menos homem*”, pois ele não pode mais fazer o que fazia quando era jovem. Há um apagamento de seu papel social e isso gera tristeza e muitas vezes ameaça suas ações e prescrições sociais definidas por certo tipo de masculinidade.

Em uma cultura como a brasileira, em que o corpo é um importante capital, o envelhecimento pode ser vivenciado como um momento de grandes perdas (de capital) como revela Goldenberg (2010), e esse sentimento de perda não se restringe apenas aos corpos femininos, homens também sentem-se ameaçados pelo processo de envelhecer.

Heck (2000) ao pesquisar um grupo de colonos alemães no Rio Grande do Sul observou como são socialmente construídas as relações de gênero e a rigidez com que se moldam os papéis do homem e da mulher. Com intuito de investigar os suicídios rurais, o estudo trouxe um dado interessante com relação aos homens que, na fase do envelhecimento, não tem mais o mesmo espaço social no grupo, morrem mais, se comparados às mulheres que organizam outra dinâmica de vida. Na visão da autora, as mulheres, principalmente, a partir da década de 90, quando conquistaram a aposentadoria rural, diferentemente dos homens, buscaram reforçar as relações sociais protagonizando nessa experiência, uma valorização da identidade, uma nova possibilidade de envelhecer por meio da motivação e da participação social.

Assim, corrobora-se com Heck e Langdon (2002) quando as mesmas colocam que a visão clínico-biológica do envelhecimento mostra-se insuficiente para pensar nas questões de saúde, pois o envelhecimento não é apenas uma fase biológica. Nessa etapa, as diferentes construções de acordo com as relações de poder, as expectativas dos papéis sociais das pessoas no grupo, as relações de gênero e conflitos que fazem parte da vida, podem se encaminhar para situações de readaptação, invenção de valores, execução ou abandono. Desse modo, tal arranhador da masculinidade precisa ser pensado e considerado pelos profissionais de saúde, na medida em que busca-se a promoção do bem-viver.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inspirada nas palavras de Clifford Geertz (1989) apresento nestas últimas páginas algumas questões de chegada e também novos pontos de partida, afinal um estudo sempre deixa novos caminhos para serem percorridos.

Os estudos constroem-se sobre outros estudos, não no sentido de que retornam onde outros deixaram, mas porque melhor informados e melhor conceituados, eles mergulham mais profundamente nas mesmas coisas (GEERTZ, 1989,p.18).

A oportunidade de prosseguir com meus estudos na área da saúde do homem mostrou-se repleta de surpresas, desafios e alegrias. Nesta breve caminhada, acho difícil contabilizar os aprendizados que adquiri como pesquisadora e pessoa. Nestes dois anos, aos poucos fui me acostumando com um caminho não tranquilo, com as implicações de pesquisar no meio rural e de trabalhar com atores masculinos. Ouvi, conversei, refleti, aprendi, ajudei e muito fui ajudada neste tempo. Assim, ao escrever essas últimas páginas, sinto que tudo isso valeu muito a pena!

Mas antes de apresentar uma síntese dos resultados deste estudo, gostaria de fazer um parêntese e comentar um pouco mais sobre pesquisa com atores masculinos, pois muito tem a ser realizado nessa área do conhecimento e eu, como pesquisadora apaixonada pelo tema, não posso deixar isso passar em branco. Há coisas que são reproduzidas e associadas ao que é masculino e não são questionadas, pois então digo, é chegada a hora de questionar, pensar e refletir sobre isso! Será que realmente homem não se cuida? Ou será que esse cuidado existe, no entanto, ele vem tardiamente? O quê podemos fazer para transformar isso? Qual o papel das políticas públicas, dos profissionais da saúde e da sociedade na promoção da saúde do homem?

Penso que ao buscar seguir prescrições sociais, os homens preferem colocar sua saúde em risco a serem alocados ao universo feminino. Observei no decorrer de minha pesquisa que os homens não se sentiam à vontade em falar de cuidado, saúde e doença. No entanto, com as visitas fui entendendo pouco a pouco que a oportunidade que estava ali sendo lançada trazia sofrimento, mas, ao mesmo tempo, era um momento em que eles podiam se expressar, compartilhar suas

dúvidas, medos. Muitos segredos foram divididos, entre conversas daqui e de lá, desabafos, lágrimas e sorrisos.

Sobre isso, acredito que falar de saúde e doença pode ser desagradável para qualquer pessoa, mas isto se acentua para os homens devido ao modelo de masculinidade, em especial o heteronormativo, construído pela sociedade. Por outro lado, penso que as mulheres podem se sentir mais a vontade a conversar sobre esse tema devido a sua socialização, pois desde meninas são ensinadas a cuidar. Assim, falar sobre saúde e doença pode não ser tão desagradável para elas, pois ambas as situações desencadeiam a necessidade de cuidado, ação que ainda é associada no senso comum como pertencente às mulheres.

Confesso que nessas idas e vindas, passei por momentos de questionamentos de minha ação e somente fiquei tranquila no dia em que finalizei minha estadia no Rincão dos Maia. Nesse dia, fiquei profundamente emocionada com as declarações que recebi sobre o trabalho, não imaginava que ele pudesse despertar tantas coisas positivas e que eu poderia me tornar uma fonte de apoio para eles. Mas essa foi apenas uma das surpresas, vamos às demais:

- Observei com meu trabalho, que as concepções de saúde e doença dos entrevistados vão muito além do caráter biologicista. Nos relatos, são expressas concepções ampliadas, que ultrapassam a barreira do biológico, considerando saúde como a harmonia entre o homem e tudo que o cerca, e a doença, uma situação que extrapola a presença de sinais e sintomas físicos. Nesse mesmo contexto, a classificação deles sobre doenças sérias e simples, o que fazer com cada uma delas, também mostrou-se importante para pensar em estratégias para se promover a saúde dos atores masculinos.

- Com relação aos itinerários terapêuticos, configuraram-se dois grupos, um com homens que buscaram somente o cuidado profissional ao vivenciar a situação de adoecimento crônico, e outro, no qual os entrevistados tiveram uma busca plural de cuidados. Evidenciaram-se critérios elencados ao escolher um sistema de cuidado ou outro, e uma busca quase sempre tardia, motivada principalmente pelo agravamento do problema vivenciado.

- Entre outros disparadores para a busca de cuidado, também foram apontados pelos homens entrevistados a incapacidade para o trabalho, a indicação de familiares, amigos e conhecidos, sintomas parecidos de doença de pessoa conhecida e insatisfação com sistema de cuidado buscado anteriormente. Sobre

isso, pode-se refletir sobre o papel do gênero no cuidado, pois nenhum dos entrevistados mencionou buscar cuidado rotineiramente, sendo essa busca disparada somente na presença de um ou mais disparadores citados.

- Ainda com enfoque nos itinerários terapêuticos, abordou-se os momentos de silenciamento da situação de adoecimento crônico, o que traz a este estudo um diferencial, pois muitos autores dedicam-se a explorar somente os momentos de agudização, esquecendo que, entre um episódio e outro, o cuidado está presente sim, mas de forma diferenciada. Além disso, tal abordagem permitiu trazer à tona aspectos positivos que o adoecer trouxe para o cotidiano dos indivíduos acometidos.

- Com relação à rede de apoio, destaca-se seu potencial dinâmico e mutável durante os períodos de agudização e de silenciamento. A presença da família, em especial das esposas, no cuidado também precisa ser considerada, sem esquecer também, a aposentadoria, os amigos, os programas governamentais e a espiritualidade/religiosidade.

- Constatei nas entrevistas uma predileção dos homens para serem atendidos em serviços de saúde por mulheres, o que despertou atenção, afinal alguns estudos apontam que o fato de ter mais mulheres trabalhando nesses espaços seria um impeditivo para homens buscarem cuidado. Isso talvez aponte que o sexo do profissional que ali atende não é o diferencial, e, sim, o modo com esses recebem as necessidades e demandas em saúde. Muitos dos entrevistados disseram que, ao serem atendidos por mulheres, eram ouvidos mais atenciosamente e sentiam-se melhores ao colocar o que se passava. Também tem que ser feita uma ressalva de que expor a um profissional de sexo masculino suas fragilidades pode ser uma “ação arranhadora” da masculinidade.

- Outro aspecto que chamou a atenção foi a questão do acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde pela população do meio rural. No decorrer da pesquisa, acompanhei algumas barreiras que essa população tem que transpor para chegar aos serviços de saúde, todos localizados no meio urbano, com horários rígidos, nem sempre ao alcance daqueles que dependem de transporte coletivo. Vários entrevistados salientaram essa questão. Nesse cenário, os serviços de urgência e emergência acabam tornando-se mais acessíveis e, com relação, especificamente, aos homens, apresentam a vantagem de serem rápidos, se diferenciando da atenção básica, que às vezes requer mais de uma ida para obter solução para o problema evidenciado.

- Como arranhadores da masculinidade, revelaram-se o pensar e falar sobre saúde e conseqüentemente de adoecer, buscar cuidado, depender de outro, não desempenhar as atividades cotidianas, realizar o exame de toque retal e o envelhecimento. Tais elementos nos remetem à necessidade de se pensar os papéis masculinos na sociedade e sua relação com o adoecimento e o envelhecimento. O que é ser homem no final do ciclo vital? Como adequar os papéis sociais ao vivenciar uma situação de adoecimento?

Frente aos resultados, destaca-se a importância de estudos e discussões sobre saúde do homem, considerando-se suas especificidades, para fomentar ações integrais, humanizadas e efetivas. Espero que este estudo estimule algumas reflexões e talvez aponte alguns caminhos para promoção da saúde masculina, pois refletir como nós, profissionais e pesquisadores, estamos olhando e acolhendo esses atores torna-se um processo imperativo no Campo da Saúde. Talvez a de se considerar que a ausência dos homens nestes espaços pode também estar relacionada a uma construção social dos serviços, pois nem sempre os profissionais de saúde cuidam bem dos homens.

Para finalizar, gostaria de colocar que tenho a certeza de não ter esgotado todas as interfaces que permeiam uma situação de adoecimento crônico, mas tentei apresentar o que foi mais significativo para os entrevistados. Espero despertar em todos que lerem este trabalho o gosto de querer, o desejo de buscar e de conhecer “o novo, o diferente, o inusitado”.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sônia. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2006. p 57-166.

ALMEIDA FILHO, Naomar. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 3, n. 1, p.1-17, 2000.

ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria (Orgs). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 125-38.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; BELLATO, Roseney; HILLER, Marilene. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p 203-214.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 396-404, 2005.

ARAÚJO, Maria. Homens e políticas públicas em saúde. In: MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana (Orgs). **Homens, gênero e políticas públicas**. Recife: Instituto PAPAÍ, 2008.p.3-14.

BARBOUR, Rosaline; DUARTE, Marcelo Figueiredo; FLICK, Uwe. **Grupos focais**. Porto Alegre: ArtMed, 2009. 216 p.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes**. 2006. 402f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; FARIA, Ana Paula Silva de; COSTA, Aldeman Lima Ribeiro Correa da; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.p.187-202.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos. In: BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Org.). **Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil**. 2009.p.1-3. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaud e.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades**. Censo demográfico 2000-População e domicílios com divisão territorial 2001/Canguçu. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 03 de junho de 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2008, esperança de vida dos brasileiros chega a 72,86 anos. In: BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Org.). **Tábua completas de mortalidade de 2008**. 2010. p.2-6. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2008/default.shtm>>. Acesso em: 17 de maio de 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**, Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem**. Brasília (DF); 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2008/pt-09-cons.pdf>> Acesso em: 01 de maio de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 1996. Disponível em: <http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf?PHPSESSID=8878f67e3873e05d3c53bf8bdf4dc56d> Acesso em: 7 de agosto de 2010.

BRASIL. **Relatório final 8ª Conferencia Nacional da Saúde**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 10 de setembro de 2011.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 97-104, 2005.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; GONZALES, Rosa Maria Bracini; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.24, n. 1, p.43-52, 2003.

BURILLE, Andreia. **Conhecendo as mudanças no cotidiano de homens com câncer: um olhar sobre a perspectiva de gênero**. 2009. 72f. Monografia em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

CALDEIRA, Tereza Pires do Rio. Uma incursão “não respeitável” da pesquisa de campo. In: CALDEIRA, Tereza Pires do Rio (Org.). **Ciências sociais hoje**. Recife/Brasília: CNPq- ANPOCS, 1981. p.333-353.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 293p.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1988. 432p.
CASTIEL, Luís David. **O buraco e a avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papirus, 1994. 203p.

CECCHETTO, Fátima. **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004. 245p.

CERVO, Amado Luís; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 209p.

CESSE, Eduarda Angêla Pessoa; FREESE, Eduardo. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, Eduardo. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.47-71.

CONNEL, Raewyn. **Masculinities**. Berkeley: University of California Press, 1995.
COURTENAY, Will. Constructions of masculinity and their influence on men' well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**, New York, v.50, n. 1, p. 385-401, 2000.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.1-14, 1986.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003. 200p.

FAVORITO, Luciano; NARDI, Aguinaldo; RONALSA, Mario; ZEQUI, Stenio; SAMPAIO, Francisco; GLINA, Sidney. Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, São Paulo, v.34, n. 5, p. 587-593, 2008.

FIALHO, Marco Antônio Verardi. **Rincões de pobreza e desenvolvimento: interpretações sobre comportamento coletivo**. 2005. 223 f. Tese (Doutorado)- Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. 295f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.105-109, 2005.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, supl.1, p. 935-944, 2011. Disponível em:

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3153> Acesso em 3 de dezembro de 2011.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.213p.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. **Sistemas locais de saúde, determinantes sociais e itinerários terapêuticos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis**. 2008. 67p. [Projeto de Pesquisa]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008a.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. **Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade e necessidades em saúde de usuários e novos desafios para a integralidade em saúde pública**. 2008.54p [Projeto de Pesquisa]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008b.

GERHARDT, Tatiana Engel. **Estudo Independente: Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. Aula proferida em 09 de dezembro de 2010.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2007. p. 279-300.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf> > Acesso em: 05 de janeiro de 2011.

GERHARDT, Tatiana Engel; BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Correa da; DUARTE, Elysângela Dittz; LOPES, Tatiana Coelho. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida das pessoas, famílias e comunidades. In: PINHEIRO, Roseni;

SILVA JR, Aluísio Gomes da. (Orgs). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010, p. 293-306.

GERHARDT, Tatiana Engel; RAMOS, Ieda Cristina Alves; RIQUINHO, Deise Lisboa; SANTOS, Daniel Labernarde dos. Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS editora, 2009. 115p. p.65-89.

GERHARDT, Tatiana Engel; RIQUINHO, Deise Lisboa; BEHEREGARAY, Livia Rocha; PINTO, Juliana Maciel; Rodrigues, Fernanda. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: Pinheiro, Roseni; Martins, Paulo Henrique (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 287-98.

GOLDENBEERG, Mirian. O corpo como capital: gênero, casamento e envelhecimento na cultura brasileira. **Redige**, Rio de Janeiro, v.1. n.1, p. 192-200, 2010.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.825-829, 2003.

GOMES, Romeu. Um panorama sobre a saúde do homem. In: GOMES, Romeu. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 41-50.

GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; REBELLO, Lucia Emília Figueiredo de Sousa; COUTO, Márcia Thereza; SCHRAIBER, Lilia Blima. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl. 1), p.983-992, 2011.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do, ARAÚJO, Fábio Carvalho de. 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-74, 2007.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.901-11, 2006.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Souza; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p. 1975-1984 2008.

HECK, Rita Maria. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. 2000.268f Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HECK, Rita Maria; LANGDON, Esther Jean Matteson. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos. **Antropologia e envelhecimento**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2002. p.129-151.

HECKERT, Ana Lucia. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. 404p. p.199-212.

HELMAN, Cecil. Cuidado e cura: os setores de atenção a saúde. In: HELMAN, Cecil. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009. p.79-112.

KASSOUF, Ana Lucia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v.43, n.1, p. 29-44, 2005.

KNAUTH, Daniela Riva. Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, Luís Fernando Dias, LEAL, Ondina Fachel (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.183-198.

KOLLING, Marie. **Diabetic disruption to male gender identity: an anthropological investigation of chronic illness among men in the city of Salvador, northeast, Brazil**. 2010. 120f. Dissertação (Mestrado), Departamento de Antropologia, Faculdade de Ciências Sociais da Universidade de Copenhagen, Copenhagen.

KORIN, Daniel. Nuevas perspectivas de género em salud. **Rev. Adolesc Latinoam**, Porto Alegre, v.2, n.2, p.67-79, 2001.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, Maria Helena Prado; GOTLIEB, Sábina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p.35-46, 2005.

LEAL, Ondina Fachel; BOFF, Adriana. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina (Orgs). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS/Uerj, 1996. p. 119-135.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 735-43, 2003.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens q**
São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Fábio Ribeiro. Grupo de homens: repensando o papel masculino na sociedade contemporânea. **Rev. Científica de Psicologia**, Maceió, n.2, p.1-31, 2008.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Rev. Eletrônica Enfer**, Goiânia, v.9, n.3, p.687-699, 2007. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm> > Acesso em: 12 de dezembro de 2010.

MARTINS, Paulo Henrique. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, Roseni, MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 61-90.

MASON, J. **Qualitative researching**. London Saye Publications, 1996. p.35-39.

MEDRADO, Benedito; LYRA-DA-FONSECA, Jorge Luís Cardoso; LEÃO, Luciana Melo de Souza; LIMA, Daniel Costa; SANTOS, Breno. Homens jovens no contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. In: ADORNO, Rubens de Camargo; ALVARENGA, Augusta Tereza; VASCONCELOS, Maria da Penha (Orgs). **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos**. São Paulo: Fapesp/EDUSP, 2005. p. 241-64.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Baptista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p. 316-23, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al., (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 189-218.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAIS, Eliane Pinheiro. **Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul - Rio Grande do Sul**. 2007.216f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MORAIS, Eliane Pinheiro; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; GERHARDT, Tatiana Engel. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.2, p. 374-83, 2008.

MORIN, Edgar. **O caminho para o futuro da humanidade**. Fronteiras do Pensamento: Porto Alegre: Brasil. 2011. Disponível em: <http://www.fronterasdopensamento.com.br/portal/content/resumo2011-edgar_morin_sp.pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2011.

NARDI, Henrique Caetano. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, Luís Fernando Dias, LEAL, Ondina Fachel (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.95-104.

NOLASCO, Sócrates. Um “homem de verdade”. In: CALDAS, Dario. (Org.). **Homens: Comportamento, sexualidade, mudança**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 1997.p. 14-29.

NOVAKOSKI, Lourdes Emília. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Paraná, Université Bordeaux 2, Curitiba.

OKIN, Susan. Gênero, o público e o privado. **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 305-332, 2008.

OLIVEIRA, Francisco Arsega. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luís Fernando Dias, LEAL, Ondina Fachel (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.81-94.

OLIVEIRA, Pedro Paulo. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Relatório Mundial. 2009. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_fin> Acesso em 10 de outubro de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: um investimento vital**. Brasília: Relatório Nacional. 2005. p.3-16. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas/1088>>. Acesso em 06 de outubro de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boy**. 2000.p.10-15. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/166Q/2000/WHO_FCH_CAH_00.7.pdf > Acesso em: 01 de julho de 2010.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 37-60.

PORTELLA, Ana; MEDRADO, Benedito; SOUZA, Cecília de Mello, et al. **Homens: sexualidades, direitos e construção da pessoa**. Recife, SOS corpo, gênero e cidadania; Instituto Papai, 2004.144p.

RAMOS, Mariana Oliveira. **A “comida da roça” ontem e hoje: um estudo etnográfico dos saberes e práticas alimentares de agricultores em Maquiné (RS)**. 2007.172f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RAYNAUT, Claude. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.27,n.2, p.149-165, 2006.

RIQUINHO, Deise Lisboa. **A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural**. 2009. 213f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROESE, Adriana. **Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005.194f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROESE, Adriana; GERHARDT, Tatiana Engel; SOUZA, Aline Corrêa de; LOPES, Marta Julia Marques. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Brazilian Journal Of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n.3, p.1-12, 2006.

ROSSATTO, Noeli Dutra. Viver bem: ética e justiça. **Revista Mente, Cérebro & Filosofia**, [São Paulo], [v.11], p.1-10, [2008]. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/ppgf/menuesp1/3061c335ee6f9ecf4e6532de941a3ba0.pdf>> Acesso em 03 de dezembro de 2011.

SABO, Donald. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN, M; SILVESTRIN, C.B (Org). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR; 2002. p. 33-46.

SANTOS, Paulo Reis dos. Desejos, conflitos e preconceitos na constituição de uma travesti no mundo da prostituição. **Rev. Latino-americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v.1, n.1, p.39-48, 2010.

SARTI, Cyntia. Família patriarcal entre pobres e urbanos? **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.82, p.37-42,1992.

SCHRAIBER, Lilia Blima, GOMES, Romeu, COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Saúde de homens e de mulheres: questões de gênero na saúde coletiva. In: GOMES, Romeu. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 7-20.

SCHRAIBER, Lilia Blima; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza; PINHEIRO, Thiago Félix; MACHIN, Rosana; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da; VALENÇA, Otávio. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.5, p.961-970, 2010.

SCHWARTZ, Eda. A singularidade do viver das famílias rurais do extremo Sul do Brasil. In: ELSEN, Ingrid, MARCON, Sônia Silva, SILVA, Mara Regina Santos (Orgs). **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 79-94.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 71-99, 1995.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. 320p. p.241-257.

SILVA, Cristiane Maria da Costa; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, Luiza Ferreira. O gênero, determinante cultural de saúde. **Rev. Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.5, p.31-34, 1999.

SILVA, Luiza Ferreira; ALVES, Fátima. **A saúde das mulheres em Portugal**. Porto: Afrontamento, 2003.

SOUZA, Aline Correa de. **Cartografias do cuidado de indivíduos com diabetes mellitus em situação de pobreza**. 2011. 203f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SOUZA, Aline Corrêa de. **Como manda o figurino: práticas entre idosos de Porto Alegre**. 2005. 116f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TOLFO, Suzana da Rosa; PHILIPI, Daniela Althoff, PICININ, Dhiancarlos. Implicações psicossociais da privatização para trabalhadores remanescentes e demitidos do setor de telecomunicações. In: PICCININI, Valmiria; HOLZMANN, Lorena; KOVACS, Ilona; GUIMARÃES, Valesca Nahas (Orgs). **O mosaico do trabalho na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.p.177-201.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 190-198, 2004.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 2, p.7- 18, 1998.

VANCE, Carole. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-32, 1995.

VERDUM, Roberto et al. **Desenvolvimento rural na “Metade Sul” do Rio Grande do Sul: sistemas de relações, mecanismos e dinâmicas sociais e naturais**. [Projeto de Pesquisa].2008.57f. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Programa de Pesquisa Interdisciplinar, Faculdade de Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

APÊNDICE A – Termo de Esclarecimento

Meu nome é **Andréia Burille**, sou enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Para conclusão de meu mestrado, estou fazendo uma pesquisa com homens em situação de adoecimento crônico com intuito de conhecer os cuidados adotados por estes ao perceberem-se adoecidos. Para tanto, estou entrevistando homens que autorreferem possuir uma ou mais condições crônicas, que residem na comunidade Rincão dos Maia.

As informações, que pretendo obter serão utilizadas exclusivamente para a elaboração de minha pesquisa e poderão ajudar os profissionais de saúde e de demais áreas afins a prestar uma melhor assistência pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, sobretudo na integralidade.

Se o senhor puder colaborar, gostaria que respondesse algumas questões que estão formuladas em um roteiro e me recebesse em momentos posteriores para conversarmos um pouco mais sobre seu cotidiano e sua saúde. Afirmando que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de conhecer sua história de adoecimento.

Gostaria de gravar nossa conversa para não perder as informações. Garanto ao senhor que essa gravação não será mostrada a ninguém e após a sua transcrição, apagarei tudo o que foi gravado. Afirmando que se o senhor não quiser responder alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento que achar necessário.

Também gostaria de pedir sua autorização para divulgar os dados, em periódicos e eventos científicos, uma vez que se trata de um trabalho científico. Todavia, garanto que todas as informações fornecidas para a minha pesquisa permanecerão o anonimato, ou seja, o senhor não será identificado.

Para esclarecer qualquer dúvida sobre esta pesquisa o senhor poderá entrar em contato comigo pelos telefones (51)85739459 ou (51) 97498974, em Porto Alegre, ou com minha orientadora, Professora Doutora Tatiana Engel Gerhardt, na Escola de Enfermagem da UFRGS, Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 99979248.

Termo de Consentimento Pós-Esclarecimento

Eu, _____, após receber as informações sobre a pesquisa "***Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da masculinidade***", concordo em participar deste estudo e estou ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- a garantia de receber informações a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- a liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento;
- a segurança de não ser identificado, mantendo o anonimato das informações e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa;
- o conhecimento que não receberei qualquer incentivo financeiro pela minha participação na pesquisa;
- a segurança de que não terei nenhum prejuízo ou punição, de qualquer natureza, por participar ou não desta pesquisa;

Tenho ciência do exposto e manifesto, livremente, meu desejo em participar da pesquisa.

Canguçu, __/__/__

Andreia Burille*

Entrevistado ou responsável

*Pesquisadora Responsável. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Contato: (51)97498974 ou andreiaburille@yahoo.com.br

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Pesquisa - “Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da masculinidade”
Data da Entrevista: __/__/__ Horário:
Dados Pessoais
1) Nome:
2) Telefone de contato:
3) Idade:
4) Ocupação:
5) Tempo em que reside na comunidade:
6) Doença Crônica Referida:
7) Reside com alguém? Se sim, com quem?
8) Desde quando tem conhecimento da situação de adoecimento:
Concepções de saúde e doença
9) O que é saúde para você?
10) E o que você considera por doença?
11) Quais fatores influenciam a saúde? O que você considera prejudicial à saúde?
12) Na sua opinião, que doenças são sérias e quais são simples?
O adoecimento crônico e os itinerários terapêuticos
13) Quando você percebeu que sua saúde se encontrava debilitada?
14) O que o levou a perceber isso?
15) Alguém percebeu antes de você?
16) Se alguém percebeu, quem foi essa pessoa? Qual sua ligação com ela? Como foi que esta pessoa te falou sobre sua saúde?*
17) Ao perceber que sua saúde se encontrava fragilizada, quais foram os caminhos que o senhor percorreu na busca por cuidado? Conte-me sua trajetória.

<p>Recorreu ao:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Setor Informal ²³(automedicação, tratamentos recomendados por alguém da família, amigos e pessoas conhecidas, chás, pomadas medicinais); -Setor Popular (procura por curandeiros, benzedeiros, espiritualistas, igreja); -Setor Profissional (Unidade Básica de Saúde, Ambulatório, Serviços de Pronto Atendimento, Consultórios Médicos, Hospital, Farmácias);
18) Quais foram as motivações que o levaram a procurar por cuidado? Especificar para cada cuidado buscado.*
19)*Se não buscou por cuidado ao sentir-se adoecido, quais foram as motivações que o levaram a não buscar?
Momentos de Silenciamento
20) Diga-me os cuidados que você adotou após descobrir que sua saúde estava fragilizada.
21) Você recebe cuidados de outras pessoas? Quem cuida de você? Quais cuidados recebe? Com que frequência? O que acha disso?
22) Conte-me quais foram as práticas que você incorporou em seu cotidiano e que o deixou de fazer.
Rede Social no Adoecer
23) Conte-me o que constituiu ou constitui um apoio para você neste processo (amigos, vizinhos, família, igreja, profissionais, instituições)?
24) Você gostaria de contar algo mais sobre sua trajetória em busca de cuidado?

²³ Adota-se a classificação elaborada pelo Antropólogo Cecil Helman (2009).

APÊNDICE C – Roteiro para Observação Não Participante

Pesquisa – “Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da masculinidade”	
Nome do participante:	Duração da Entrevista: _____ h
Data: ____/____/____	Local: _____
<p>-Acompanhar as práticas de cuidado adotadas por eles no decorrer das entrevistas.</p> <p>-Observar o apoio social recebido.</p> <p>Registros:</p>	

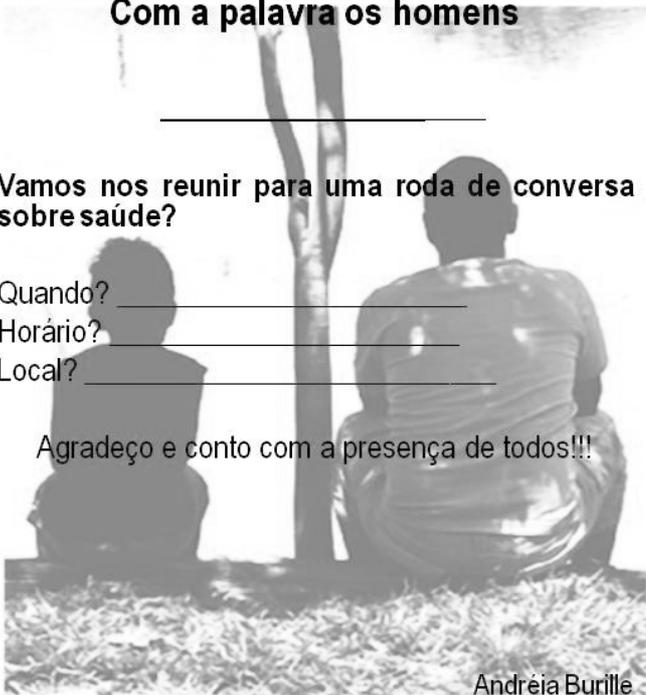
APÊNDICE E – Convite Grupo Focal

Com a palavra os homens

Vamos nos reunir para uma roda de conversa sobre saúde?

Quando? _____
Horário? _____
Local? _____

Agradeço e conto com a presença de todos!!!

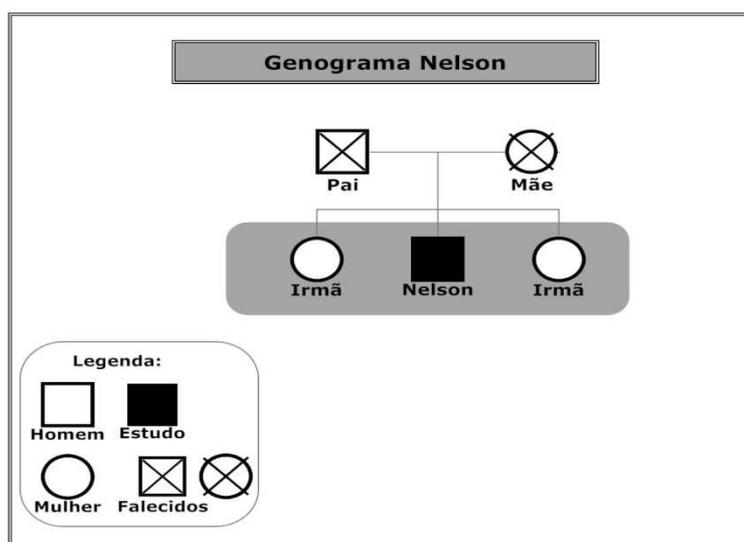
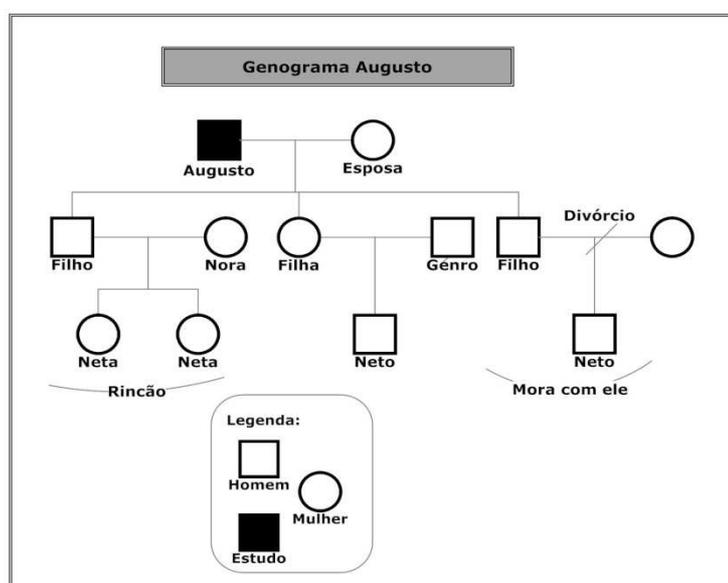
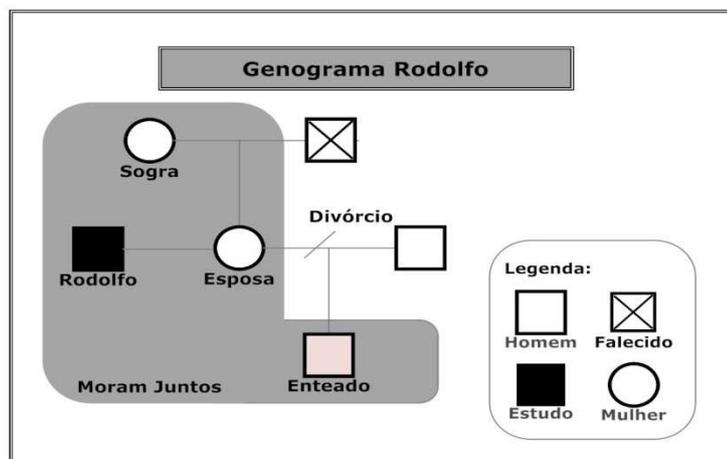


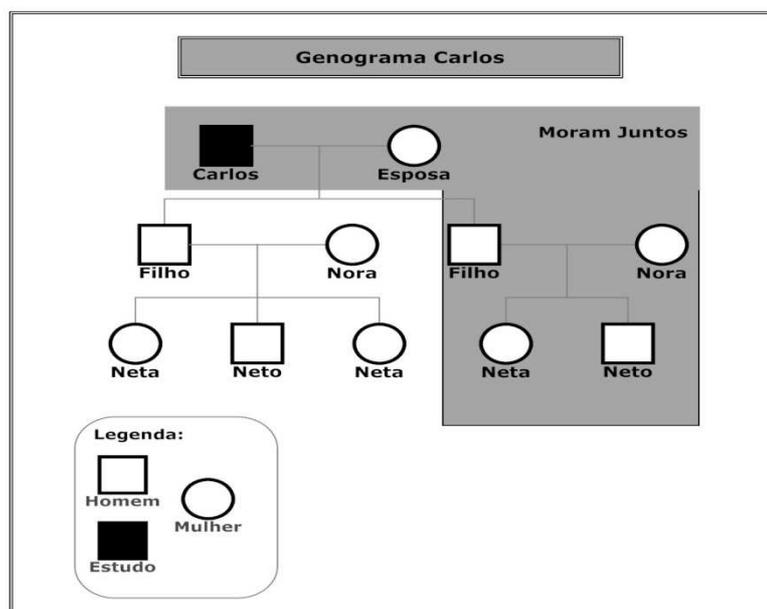
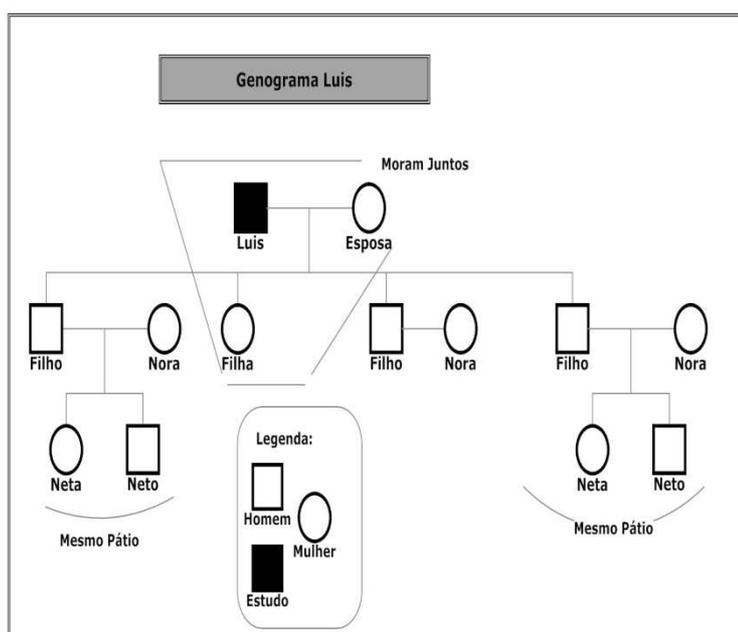
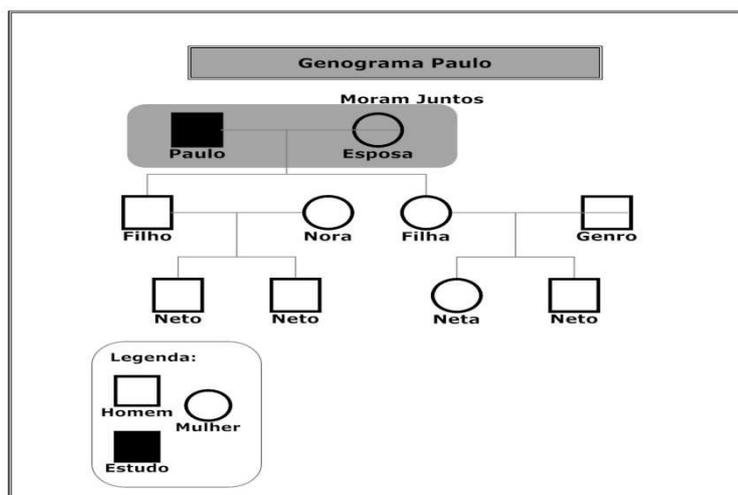
Andréia Burille
Mestranda em Enfermagem-UFRGS

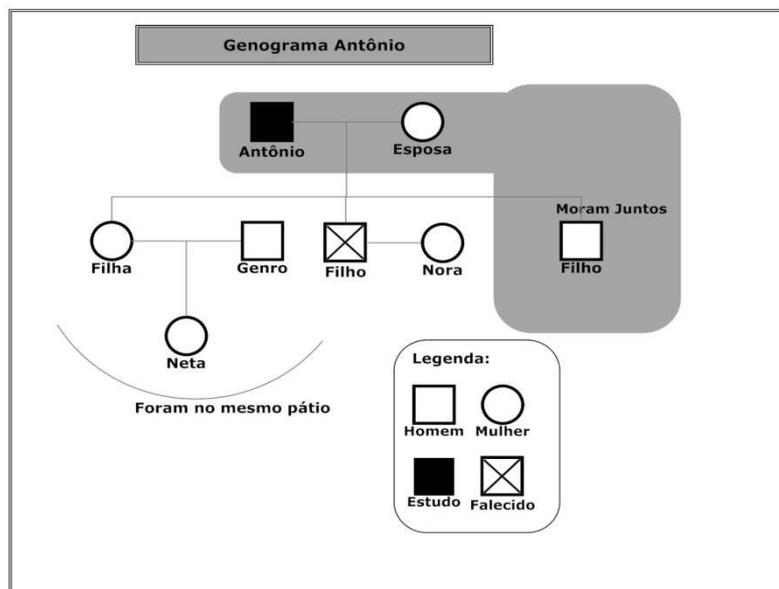
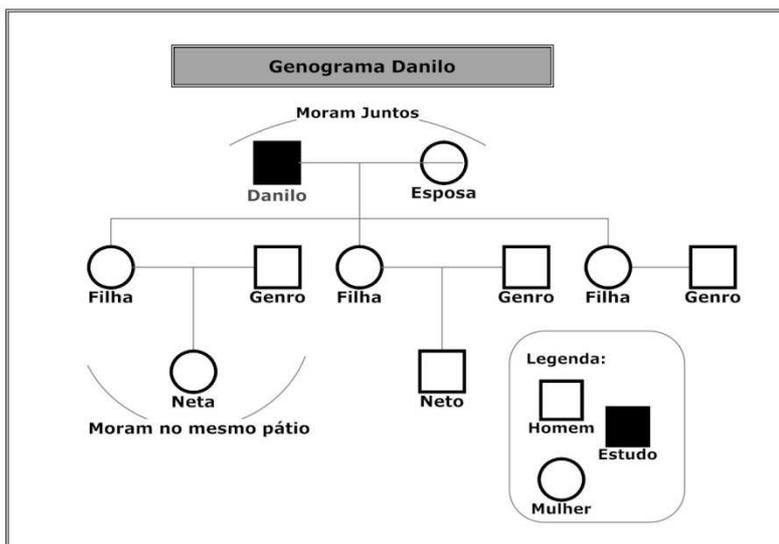
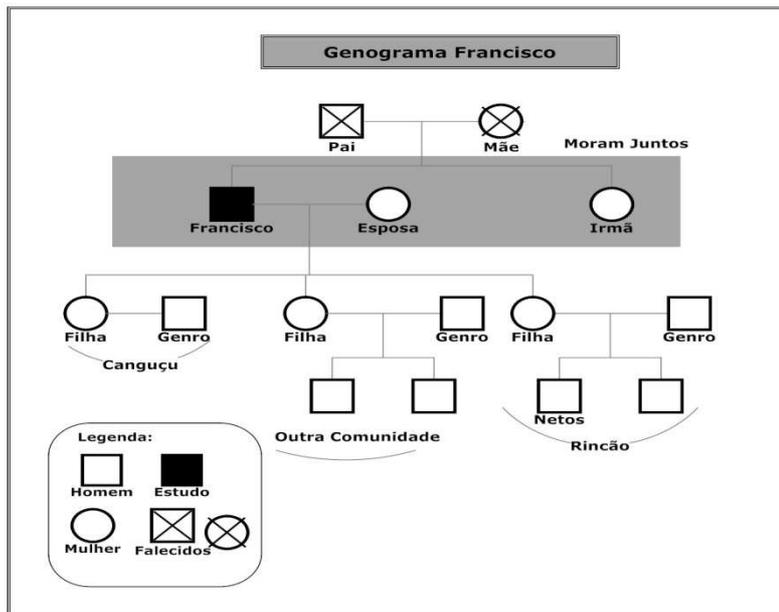
APÊNDICE F – Roteiro para Grupo Focal

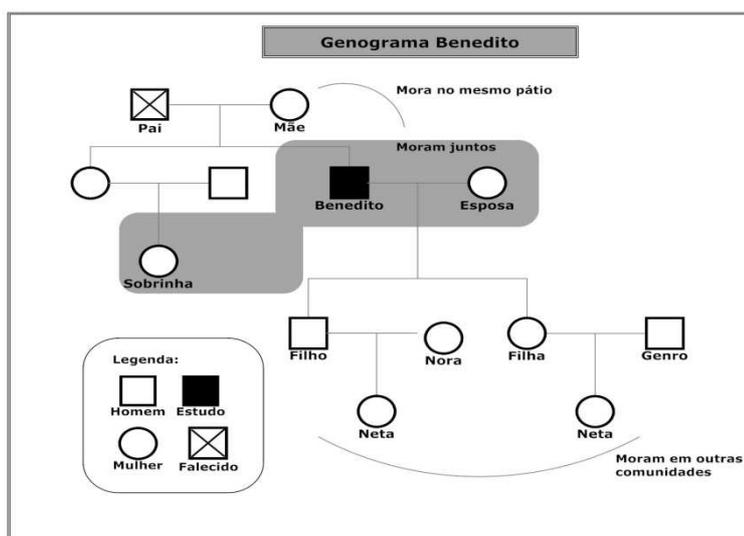
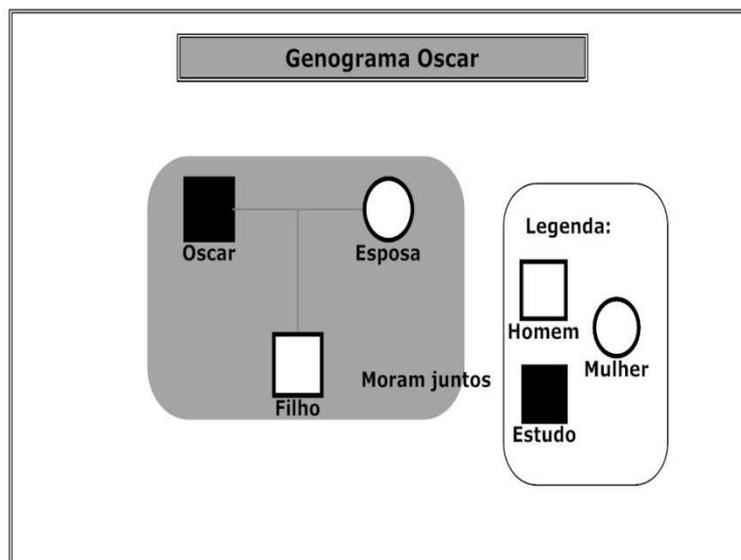
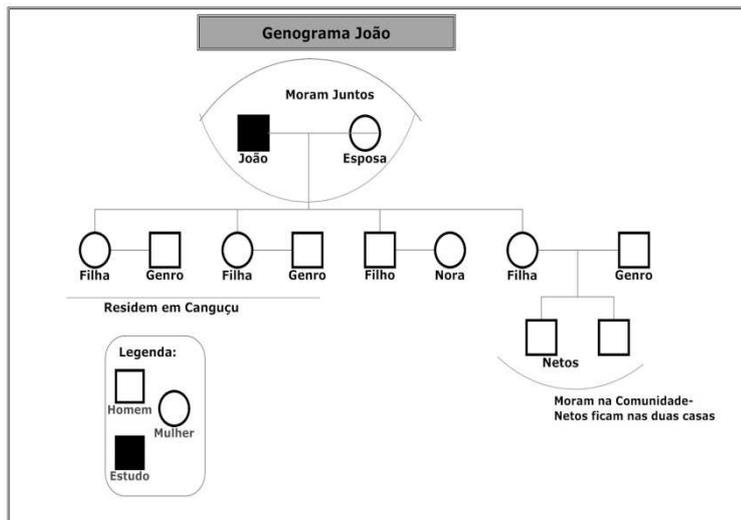
Pesquisa – “Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da masculinidade”	
Participantes :	Início : Término :
<p>-Rodada de Apresentação dos Participantes e das Pesquisadoras; -Explicação da dinâmica do grupo e dos aspectos éticos.</p> <p>Alguns Questionamentos:</p> <p>-Eu estive na casa de vocês e na última visita eu perguntei: Se vocês pudessem escolher entre conversar sobre trabalho, futebol, política e saúde e doença, qual assunto que vocês iriam preferir? Em quase todos os que eu entrevistei eu recebi a resposta de que conversaria sobre trabalho, política, futebol e, por último, saúde e doença. Eu gostaria de saber o por quê dessas escolhas.</p> <p>Conversar sobre saúde e doença é uma coisa de que vocês gostam?</p> <p>Vocês têm tido tempo pra conversar sobre saúde?</p> <p>Às vezes quando se está doente, a gente tenta segurar isso mais com a gente, não dividir. Será que existe diferença entre o homem e a mulher quando estão doentes, no sentido de buscar ajuda?</p> <p>Na opinião de vocês quem se cuida mais, o homem ou a mulher?</p> <p>Vocês acham que o fato de ficar doente pode deixar o homem menos homem, pode atrapalhar a sua masculinidade?</p> <p>Eu queria que vocês me contassem como foi relembrar essa história, ver o que passou, se foi muito difícil ou não.</p> <p>Tem mais alguma coisa que vocês gostariam de colocar?</p> <p>-Agradecimentos e Confraternização</p>	

APÊNDICE G – Genogramas dos Entrevistados









ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**

pro:pes

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008077

Título : SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE, DETERMINANTES SOCIAIS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Pesquisador (es)

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
ELIZIANE NICOLDI FRANCESCATO RUIZ	PESQUISADOR		
CÁSSIA REGINA GOTLER MEDEIROS	PESQUISADOR		
TATIANA ENGEL GERHARDT	PESQ RESPONSÁVEL		
ALESSANDRA RIVERO HERNANDEZ	PESQUISADOR		
JULIANA MACIEL PINTO	PESQUISADOR		
FERNANDA ARAÚJO RODRIGUES	PESQUISADOR		
MARISTELA CORREA RODRIGUES DE LIMA	PESQUISADOR		
MARTA JÚLIA MARQUES LOPES	PESQUISADOR		
DEISE LISBOA RIQUINHO	PESQUISADOR		

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião nº 57, ata nº 137, de 8/10/2009, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 9 de outubro de 2009


 JOSE ARTUR BOGO CHIES
 Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO B – Localização geográfica de Rincão dos Maia-Canguçu

Localização do Município de Canguçu/RS, Brasil e comunidade Rincão dos Maia.

Fonte: adaptado de Fialho, 2005

ANEXO C – Declaração para utilização dos dados da pesquisa “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise de fluxos e utilização de serviços de saúde”

ANEXO C – Declaração para utilização dos dados da pesquisa “A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural”

Eu, **Deise Lisboa Riquinho**, autora da pesquisa intitulada “A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural” autorizo **Andréia Burille**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, juntamente com a pesquisadora e orientadora da pesquisa **Tatiana Engel Gerhardt** a utilizar o banco de dados da pesquisa supracitada para localizar homens em situação de adoecimento crônico residentes na comunidade Rincão dos Maia para a realização do projeto “*Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da masculinidade*”.

Fui informada pela pesquisadora de que esta assegurará o anonimato das informações por mim fornecidas, bem como garantiu que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.


Deise Lisboa Riquinho

Porto Alegre, janeiro de 2011