

# **Educação em saúde: o que se ensina e o que se aprende? Representações de saúde e doença para homens idosos em situação de adoecimento**

**Alessandra Dartora da Silva<sup>1</sup>**  
**Fernando Seffner<sup>2</sup>**

**RESUMO:** A educação tornou-se um elemento constitutivo da atuação profissional na área da saúde. Tanto a educação quanto a saúde incitam a produção de práticas pedagógicas destinadas à produção de saúde e o cuidado as doenças. Este artigo analisa as representações de saúde e doença entre homens idosos em situação de adoecimento que realizaram seu tratamento de saúde em Porto Alegre, permanecendo em casas de passagem e seus itinerários terapêuticos. Este trabalho é parte de uma pesquisa qualitativa em saúde realizada com homens acima de 60 anos. Através desta foi possível a criação de categorias analíticas que abordam questões relativas ao o que se ensina? Ações em saúde como pedagogias para construção de concepções de saúde e doença; O que se aprende(u) sobre saúde e o que se faz? Os itinerários terapêuticos. O engendramento entre educação, saúde, doença e masculinidades articula as questões relativas às construções das identidades masculinas e as distintas representações de saúde e doença. Este trabalho busca a discussão de situações cotidianas, de modo a refletir sobre algumas variáveis e possibilidades de viver determinadas situações de vida.

**Palavras-chave:** Educação; Saúde; Doença; Envelhecimento; Homens.

## **Education and health: what we teach and what we learn? Representations of health and illness for elderly men in process of becoming ill**

**ABSTRACT:** Education has become a component of the professional action in the health area. Both education and health stimulate the production of pedagogical practices aimed at producing health and health care. This paper analyzes the representations of health and illness by old ill men that stayed in halfway houses in Porto Alegre along their health treatment, as well as their therapeutic routes. This study is part of a qualitative health research carried out with men over 60. The research has enabled the creation of analytical categories approaching issues related to: what has been taught; health actions as pedagogies for the construction of conceptions of health

---

<sup>1</sup> Doutora em Educação. Professora do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e do Centro Universitário Metodista IPA. Porto Alegre, RS.

<sup>2</sup> Doutor em Educação. Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

|         |        |      |         |                |
|---------|--------|------|---------|----------------|
| Textura | Canoas | n.33 | p.51-74 | jan./abr. 2015 |
|---------|--------|------|---------|----------------|

and illness; what has been learnt about health and what has been done; therapeutic routes. The articulation between education, health, illness and masculinity involves issues related to the construction of male identities and different representations of health and illness. This study intends to discuss daily situations in an attempt to reflect on some variables and possibilities of experiencing certain life situations.

**Keywords:** Education; Health; Illness; Aging; Men.

## INTRODUÇÃO

Os (des)encontros vividos e significados no campo de atuação em saúde enquanto profissional da atenção e da educação no campo do ensino da saúde incitam-me a explorar os campos da educação e da saúde como instâncias de produção de sujeitos, saberes e condutas, permeados por relações de poder que diferenciam, hierarquizam e incidem sobre o corpo e a vida dos sujeitos. O desejo de pensar *outros* atravessamentos, como as questões de gênero, corpo e sexualidade que operam na produção de corpos e posições de sujeitos, tanto de profissionais quanto de usuários, desdobra-se para a organização dos serviços de saúde, a realização do cuidado e os processos de saúde, adoecimento e morte, questões que se interceptam e que complexificam ainda mais essas áreas do conhecimento e esses setores, seja na formação, seja na atuação profissional.

O desejo de exercitar o pensar sobre *essas questões* moveu-me para estudos na área da educação, na sua interface e intersecção com educação, gênero, saúde e políticas públicas. O engendramento entre as áreas do conhecimento da saúde e da educação ocorre de muitas maneiras. Tanto o campo da educação quanto o campo da saúde têm o corpo como um elemento central de conhecimento e intervenção. O corpo é o elemento que possibilita esses cruzamentos e oscila entre as verdades biopsicológicas da saúde e os atravessamentos de gênero, sexualidade, raça, etnia, geração e classe social, entre outros. É o lócus privilegiado de significação, regulação e controle – o corpo como um construto cultural, situado igualmente na tensão entre forças e poderes (SEFFNER, 2004).

A educação, como área de produção de saberes e práticas pedagógicas relacionadas aos modos pelos quais se ensina e se aprende, em um conceito mais amplo, também produz e detecta processos de ensino-aprendizagem relacionados à vida, à saúde, à doença, à morte, à cultura, à sociedade, aos modos de ser homens e mulheres, à individualidade e à coletividade (CECCIM, 2008). A educação é como um “conjunto de processos pelos quais

indivíduos se transformam ou são transformados em sujeitos de uma cultura” (MEYER, 2012, p.50) e sujeitos de uma cultura da saúde.

Na saúde, assim como na educação, diversas instâncias atuam sobre os corpos, dentre elas, a educação em saúde e a educação para a saúde, por meio da atuação profissional. O trabalho dos profissionais de saúde traduz-se na produção de ações voltadas para o cuidado em saúde – tanto de promoção e prevenção quanto de tratamento, cura e reabilitação –, incidindo na vida e nas escolhas dos sujeitos. Essas ações configuram-se como recursos tecnológicos<sup>3</sup> de cuidado, ou seja, são acionados e articulados conhecimentos, técnicas, instrumentos e equipamentos capazes de intervir nos corpos e nos problemas de saúde. A utilização de recursos tecnológicos para o cuidado coloca em exercício uma prática pedagógica que pressupõe um encontro, uma interação em “um processo educativo incorporado ao cotidiano” das ações em saúde (CECCIM, 2005, p.161). Essa prática pedagógica de produção de atos de saúde pode gerar resultados que variam desde a realização de procedimentos pura e simplesmente até a produção de saúde com maior autonomia, resultando na melhoria da qualidade de vida, em uma positivação dos atos de saúde. No entanto, em algumas situações, também pode resultar no adocimento e na morte.

A educação tornou-se um elemento constitutivo da atuação profissional na área da saúde (CECCIM, 2008; MERHY, 1998). Tanto a educação quanto a saúde incitam a produção de práticas pedagógicas destinadas à produção, à regulação, à vigilância, ao controle e à correção de corpos de homens e mulheres por meio de instituições, como escolas, hospitais e clínicas, mas também na micropolítica das relações sociais (LOURO, 2012).

Os encontros e as relações entre os sujeitos nos diferentes espaços, espaços públicos e/ou privados, institucionalizados ou não, como no caso dos serviços de saúde, são permeados por marcadores identitários e sociais, e seus atravessamentos de gênero, sexo e idade, entre outros, os constituem e são constituídos por eles. A diversidade de elementos que se encontram e interagem, onde “um atua sobre o outro e (...) se opera um jogo de expectativas e produções” (MERHY, 1998, p.3) e relações de poder, está

---

<sup>3</sup> *Tecnologias* refere-se ao processo de trabalho em saúde que utiliza tecnologias leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves referem-se à escuta, ao acolhimento e ao vínculo e são tecnologias de relações; as tecnologias leves-duras pautam-se pela organização das ações em saúde no saber científico e nos protocolos, rotinas; a tecnologia dura refere-se à utilização de máquinas e equipamentos (MERHY, 1998).

expressa nas práticas, na organização dos espaços e nos modos de funcionamento. Múltiplos elementos, sujeitos, discursos, ditos, não-ditos, estruturas arquitetônicas e organizacionais e práticas colocam-se em cena, implicados na produção e no governo de si, dos espaços e dos outros.

Em virtude disso, este artigo busca mapear, analisar elementos e tecer redes de significados relacionados as representações de saúde e doença para homens idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, em situações de adoecimento, residentes fora do município em que realizam seus tratamentos de saúde, permanecendo em casas de passagem<sup>4</sup>, e seus itinerários terapêuticos. O *corpus empírico* desta pesquisa foi constituído por homens nove homens. A pesquisa qualitativa e a realização de entrevistas semiestruturadas constituíram-se em estratégias metodológicas que permitiram estabelecer um diálogo entre os participantes, possibilitando que estes (re)construíssem sentidos e significados relativos às situações vividas. O enfoque dado a este trabalho está em um dos possíveis modos de olhar para as situações consideradas, a partir do campo dos Estudos Culturais e de Gênero que se aproximam da perspectiva pós-estruturalista.

Outra questão que me parece importante destacar refere-se à visibilidade dos corpos e comportamentos de homens e suas relações com o processo de saúde e doença, pois vários estudos indicam a maior busca por serviços de saúde das mulheres e uma maior mortalidade de homens por praticamente todas as causas de morte em todas as faixas etárias. Contudo, homens e masculinidade(s) raramente são contextualizados a partir de uma perspectiva de gênero como uma problemática na discussão sobre saúde, “como uma presença real, mas oculta” (WELZER-LANG, 2004, p.108). Essa situação pode estar associada ao fato de que, por um longo período da história, os homens foram sinônimos de humanidade e ocuparam posições de governo nas suas múltiplas possibilidades e espaços, assim como de governmentação, constituindo-se como referências – imagens de corpo na televisão, na vida pública e na política. Em virtude de ocuparem posições presumidamente privilegiadas, os homens propunham – muito mais do que sofriam – intervenções e mecanismos reguladores para os outros, também usufruindo de maior autonomia.

---

<sup>4</sup> Casa de passagem é o termo escolhido para designar os locais de hospedagem para as pessoas que vêm em busca de assistência à saúde em Porto Alegre. Estas casas oferecem hospedagem gratuita espaço para preparo dos alimentos, sala de estar com televisão e quarto coletivos.

Este artigo conecta-se à educação e a saúde pelo fato de a construção das masculinidades implicar pedagogias culturais de corpo, gênero e sexualidade cotidianas, constantes e inacabadas que reverberam nos modos de andar a vida e conseqüentemente no processo de saúde e doença. A educação e a saúde perpassam a produção de saberes, os regimes de verdade, a organização social, as práticas cotidianas e as ações em saúde (SEFFNER, 2003; LOURO, 2004). Além do esforço de trazer para debate alguns elementos do cotidiano, como envelhecimento populacional, velhice e processo de saúde/doença masculino com o objetivo de conhecer alguns significados e sentidos atribuídos por homens idosos sobre o processo saúde/doença e como as vivenciam. O interesse consiste em conhecer a situações vividas, experiências que fizeram (e fazem) parte da vida dos homens sujeitos deste estudo em uma situação específica, específica de adoecimento e realização de tratamento fora do seu município de domicílio.

## **O QUE SE ENSINA? AÇÕES EM SAÚDE COMO PEDAGOGIAS PARA CONSTRUÇÃO DE CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA**

O envelhecimento populacional é decorrente de mudanças nos dados demográficos, resultante da associação de alguns fenômenos principais: a diminuição da mortalidade e da natalidade e o aumento da expectativa de vida da população. A maior assistência à saúde e às doenças durante a vida, devido aos avanços científicos e tecnológicos, contribuiu para a ocorrência de mudanças demográficas. Estas possibilitam surgimento de novos atores sociais, os/as velhos/as, como indivíduos e também como um grupo populacional. Portanto, a velhice entra em cena, sendo visualizada em virtude das transformações e transformando as relações de trabalho, nas relações familiares, nas relações de gênero, nos sistemas de aposentadoria e de assistência social e na saúde.

O envelhecimento populacional, a longevidade e a velhice são fenômenos recentes no Brasil. A população idosa é predominantemente feminina, fato que está associado à elevada mortalidade masculina, principalmente de homens jovens, por causas externas. Situação esta que assinala que “as diferenças de gênero, classe, credos religiosos, etnias, inserção profissional, estão presentes na construção das representações e das experiências de envelhecer *e do processo de saúde e doença*. Essas dimensões constituem a identidade deste grupo etário, que por sua vez não se apresenta de forma homogênea” (BARROS, 2003, p.9).

Os homens desta pesquisa participaram e participam desses processos de mudanças, tanto da transição demográfica e do envelhecimento quanto da área da saúde, em um processo ativo de produção e de (re)significação, por vezes conflituoso e contraditório, de alguns atributos que irão compor as representações, as identidades e modos de comportamento referentes às masculinidades, à velhice, à doença e à saúde. Assim como os modos de organização dos serviços de saúde e as próprias ações em saúde, tanto pública e coletiva quanto privada e/ou individual, constroem discursos, produzem saberes e realizam ações de saúde e de promoção à saúde que se destinam aos sujeitos e aos corpos. Na medida em que se dirigem à população, privilegiam determinados modos de comportamento, da mesma maneira que constroem sujeitos e corpos. Discursos e práticas destinam-se a certo tipo de sujeito, conforme Lupton (2000, p.15), “auto-regulado, consciente de sua saúde, de classe média, racional e civilizado”, assim como a corpos comedidos, que estão “sob controle da vontade”.

Essas estratégias dirigem-se a corpos e a identidades, e vice-versa. Elas funcionam como ‘gramáticas de saúde’, na medida em que se destinam a ensinar o que deve ou não ser feito; geralmente, são ações prescritivas e, por vezes, autoritárias. O seu funcionamento pode ser percebido através do modo como as pessoas manifestam suas preocupações com sua saúde e demonstrado pela forma como realizam cuidados para sua saúde. No entanto, nem todas as pessoas agem da mesma maneira. Podemos dizer que as pessoas são interpeladas pelos discursos da saúde de modos variados, além de que essas interpelações não duram o tempo todo, pois são provisórias e contingentes (LUPTON, 2000).

Um fato marcante na saúde refere-se ao reconhecimento do caráter etiológico da doença, muitas vezes circunscrito ao corpo individual, conseqüentemente passa-se a ter o objetivo de eliminar ou evitar este para diminuir o risco de adoecimento. De certo modo, a saúde passa a ser responsabilidade do indivíduo; a doença pode surgir como resultado da “falta” de cuidado, o que permite a responsabilização e a culpabilização da pessoa e dos seus familiares por seu adoecimento. Essa lógica é datada do início do século XX, no entanto ainda norteia muitas práticas desenvolvidas nas áreas da saúde. Isso está presente nas falas de alguns dos Informantes, a partir do quanto eles se sentem responsáveis e culpados pelo seu adoecimento.

[...] às vezes, a gente tem culpa, porque não se preveniu, ou sei lá o que mais [...] (Informante 6).

Não sei, de repente, em função do histórico familiar e da vida que o cara leva, leva a esse troço [doença – enfarte]. A gente em si tem que se culpar, bater no peito e dizer que foi minha culpa, porque eu tive uma vida que me levou ao problema também, não só o histórico familiar, que foi o fumo e o estresse (Informante 9).

A descoberta dos agentes causadores das doenças, bem como dos modos de prevenir focalizados no indivíduo, permite que ele mesmo seja responsabilizado pelo cuidado de sua saúde. Às políticas de saúde, caberia o controle dos modos de comportamento. O descumprimento das regras resulta na doença, o que contribui para o sentimento de culpa, expresso nas falas.

Na mesma fala do Informante 9, o fumo, o estresse e os hábitos de vida são considerados escolhas próprias, fatores de risco individuais. A não-eliminação dos fatores de risco resultou em um problema de saúde, portanto, o único responsável teria sido o próprio entrevistado. Isso produz uma sensação de culpa e, possivelmente, de fraqueza e incapacidade para a mudança de hábitos<sup>5</sup>.

Existe também a compreensão de que as doenças têm uma “história natural”, constituída por uma causa, um quadro clínico com sinais e sintomas, diagnósticos e tratamentos apropriados. Elas são analisadas segundo um caráter universal, o que pode levar a pensar que sua causa, quadro clínico e tratamento serão sempre os mesmos, excluindo-se dessa perspectiva os aspectos sociais e subjetivos. As dimensões físicas das doenças, em algumas situações, são mais valorizadas e contribuem para a culpabilização do indivíduo – ele não fez o que deveria fazer, não emagreceu, não se exercitou, entre outras coisas. Esse modo de fazer saúde exime o Estado das suas responsabilidades de oferta de serviços e frequentemente pode contribuir para o afastamento do doente ou até mesmo para sua não-adesão às propostas de tratamento.

A racionalidade científica, a cientificidade das áreas da saúde, foi outra mudança que marcou o século XX, com base em pressupostos e hipóteses passíveis de serem testados e verificados sob condições de objetividade, empirismo e controle (HELMAN, 1994). Esses valores foram estabelecidos por consenso e implicam classificações de ‘normalidade’ e ‘anormalidade’. A

---

<sup>5</sup> Hábito: disposição adquirida por atos reiterados.

saúde pode ser compreendida como ‘normal’ ou ‘saúdável’ quando determinados aspectos são comparados a valores determinados como referência, tais como peso, nível de colesterol, glicemia. A situação de doença ou “anormalidade” é evidenciada quando há um desvio dos valores considerados normais, para cima ou para baixo, sinalizando o funcionamento inadequado de um órgão ou do organismo. Essas definições de saúde e doença baseadas no sistema de classificações de “normal” e “anormal” relacionados aos exames diagnósticos são cada vez mais utilizadas e difundidas.

Segundo Helman (1994, p.102), “um problema de saúde, portanto, é, em grande parte, fundamentado nas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo que possam ser demonstradas objetivamente e quantificadas com base nas mensurações fisiológicas ‘normais’”. As pessoas ficam subordinadas a um conjunto de normas e parâmetros fisiológicos; a dimensão humana fica à margem. Na fala de alguns dos Informantes, surge a situação em que os exames apontam adoecimento, mas eles não sentem nada, não apresentam nenhum sinal e nenhum sintoma. A partir do diagnóstico, subitamente, muitas coisas na vida das pessoas mudam: há interrupção de atividades cotidianas para a vivência de uma situação de adoecimento, restrições do tratamento e, no caso específico dos homens entrevistados, o deslocamento para outra cidade e a permanência em casas de passagem.

Foi por causa da gripe que foi descoberto isto (câncer de pulmão) no pulmão, mas eu já sabia que tinha, mas eu nunca procurei nada, nem o doutor, nem bater uma chapa, não sentia nada, trabalhava na roça, estava feliz (Informante 4).  
[...] É isso! Quase a gente não pode acreditar, não sente nada, e o exame está mostrando (Informante 7).

Os exames indicam um funcionamento inadequado ou anormal do organismo, do corpo biológico, como se este pudesse ser reduzido ou simplificado a um “saco de órgãos”. Na fala acima, prevalece a ideia de que, enquanto se pode trabalhar, não se está doente. A busca por cuidado ocorre depois do aparecimento da doença, quando os sinais e sintomas são evidentes e incomodam. É a partir daí que se tomam providências e se busca assistência. Esta é uma marca de gênero masculino relacionado aos cuidados em saúde.

As construções sociais relacionadas ao trabalho foram e são muito valorizadas, elas imprimem marcas identitárias as masculinidades que justificam priorizar o trabalho em relação à saúde, inclusive trabalhar com dor, como podemos ver na fala de alguns dos Informantes.



Não, eu ainda continuei trabalhando um pouco. A mulher queria que eu fosse para o médico, não, eu não vou, quero trabalhar. Até que eu me entreguei, não agüentei mais, eu vim. O cabeçudo era eu. Graças a Deus, as mãos de Deus, eu estou bem (Informante 2).

Na próxima fala, podemos perceber que as restrições indicadas pelos tratamentos nem sempre são seguidas. Pode-se imaginar que elas não fazem sentido na compreensão que o doente tem em relação à própria situação de adoecimento. As restrições não são justificadas e, portanto, não são cumpridas.

P: O senhor faz quimio?

I: Agora, para ver se aquela manchinha dos pulmões sai.

P: O senhor fumou?

I: Sim, sim, até hoje estou fumando.

P: Não pensou em parar de fumar?

I: Sabe, eu não acredito nesta história, muitos que têm tudo, mas aqueles que não fumam também têm. Vejo lá no hospital, [...] tudo que é criança pequena de dois meses para cima tem câncer, tudo existe (Informante 3).

Não cumprir o que o médico prescreve, o que a enfermeira orienta, configura uma característica de resistência peculiarmente masculinidade, com um código de conduta próprio, mesmo que isso implique algum risco. O risco também faz parte da masculinidade, assim como a postura de desconfiar de tudo, ter suas idéias próprias acerca da vida, ter autonomia e, no fundo, debochar das estatísticas e achar que não vai acontecer ou que, se acontecer, é porque era para acontecer mesmo. Trata-se de uma visão fatalista da vida, típica da masculinidade mais idosa. Não que a resistência seja exclusivamente masculina, mas que esta traz conseqüências representadas nos próprios dados epidemiológicos.

Além das doenças serem percebidas, muitas vezes, de modos diferentes pelos profissionais da saúde e pelos doentes, como afirma Ceccim (2006): nem sempre a doença indicada pelo médico é compatível com a doença sentida pelo doente. Essas diferentes representações estão associadas às distintas construções sociais e de gênero vinculadas ao modo como percebemos as alterações decorrentes de sinais e sintomas desencadeados por processos de adoecimento, bem como a prevenção das doenças e a busca por tratamento.

A organização da assistência à saúde é compatível como o momento histórico vivido pelo país. Os interesses políticos, econômicos e sociais colaboram com a elaboração de um plano de assistência à saúde de nível nacional. A identidade de trabalhador estava assegurado com direito à assistência médica e à aposentadoria, principalmente para os homens, que nesse período pertenciam mais ao espaço público. O trabalho passa a ter um significado social muito importante e valorizado, como forma de manutenção da família e também de assistência a si e aos dependentes.

O Brasil viveu/vive um momento particular na organização do setor e na compreensão de saúde como direito e cidadania. Existia uma separação na elaboração e no funcionamento da política de assistência à saúde. De um lado, estava a saúde pública, com enfoque em ações de promoção e prevenção, cabendo-lhe o controle dos indicadores de saúde; de outro, estava a assistência médica, composta basicamente por ações curativas, principalmente relacionadas à reposição da força de trabalho, ou seja, a assistência médica era destinada ao tratamento das doenças dos trabalhadores, para que eles retornassem o mais rápido para o trabalho.

Pode-se destacar a organização das ações curativas como pautada em aspectos individuais do corpo como máquina, analisado em partes, como peças, engrenagens, sistemas de encaixe e disjunção, fragmentação. No processo de saúde-doença, a saúde era pensada como bom funcionamento da máquina e ausência de doença, enquanto a doença era caracterizada por falha, defeito, desgaste mecânico, e muito relacionada a questões de higiene. A intervenção terapêutica, ou assistência à saúde, era tida como prática restauradora, corretiva ou de retorno ao bom funcionamento do corpo (CECCIM, 2006).

Essa organização dicotomizada, com a separação entre promoção da saúde e tratamento de doença, contribui para a construção de modos de representação de saúde como ausência de doença. A maior visibilidade e materialidade das ações em saúde ocorre no âmbito curativo, assim como o maior destino de recursos para desenvolvimento de tecnologias duras, ou seja, a ênfase no processo de trabalho realizado com um conjunto de intervenções que utilizam ferramentas e máquinas, aparelhos, equipamentos (MERHY, 1999).

A construção de modelos técnico-assistenciais em saúde viveu e vive momentos de transformação. A população mais idosa, principalmente a dos homens entrevistados, vivenciou processos de construção e transformação e,

conseqüentemente, de construção e (re)significação de valores que permearam o processo de organização do sistema de atenção à saúde no Brasil, assim como permeiam os modos de as pessoas perceberem os processos de saúde e doença.

A polarização do processo de saúde com ênfase nos aspectos curativos e individuais e, no pólo oposto, as ações em saúde coletiva destinadas à higiene social e com enfoque nas doenças epidêmicas, faz com muitas pessoas se reconheçam interpeladas por uma dessas concepções. São modos distintos de organizar a assistência em saúde, refletindo-se no comportamento social, na construção de sentidos e significados de processos que vão ordenar os modos de agir em saúde e no cuidado com a doença. O viés curativo da assistência individual adquire um caráter hegemônico em relação aos demais, sendo ainda predominante no imaginário social. Esses processos estão articulados em consonância com aspectos econômicos e políticos.

## **O QUE SE APRENDE(U) SOBRE SAÚDE**

Ao perguntar aos entrevistados o que era ter saúde, foi possível perceber que algumas falas incorporam os discursos de promoção de saúde, que enfatizam questões relacionadas ao autocontrole, associados aos conceitos de autodisciplina e força de vontade. A saúde, muitas vezes, é considerada como uma realização individual do sujeito, numa criação consciente para execução de ações cujos resultados envolvem o corpo, referindo-se principalmente a alguns cuidados com alimentação e uso correto de medicação. Essas formas de compreender a saúde são bastante disseminadas e associadas à prevenção de doenças, de modo prescritivo (LUPTON, 2000).

Saúde é cuidar. Tem que cuidar a saúde em tudo, não beber, nos medicamentos, alimentos, tem que cuidar a saúde (Informante 2).

Saúde, a gente precisa procurar ter, é se alimentar bem, se cuidar bem (Informante 4).

No entanto, na fala de outro informante, ele ressalta que para ter saúde é necessário uma ‘comida forte’. No seu entendimento há uma não concordância com as prescrições relacionadas aos cuidados em saúde relacionados aos hábitos alimentares.

Para ter a saúde, é comida forte, às vezes, eles dão soro, eu te digo, não adianta. Isso tem que ter uma comida, traz uma carne, comida boa, um queijo (Informante 3).

Os significados de saúde não são restritos somente às representações corporais e à ausência de doença. Na fala de alguns dos Informantes, podemos observar a ampliação dos conceitos de saúde, incorporando situações de realização pessoal, como amizade, tranquilidade, conhecer-se e gostar-se, ter condições mais amplas de vida e bem-estar, que também representam riquezas. Isso não escapa da lógica de promoção da saúde, que pode ser direcionada para que “os indivíduos descubram seu verdadeiro estado de saúde, para que revelem sua posição moral e para que, de fato, modelem seus verdadeiros *eus* por meio de estratégias de gerenciamento corporal” (LUPTON, 2000, p.23).

Saúde e amizade são as duas coisas principais que eu quero. Saúde porque, com saúde, eu faço, vou aonde posso ir, e, com amizade, o pessoal me estende a mão. O resto vem com saúde e amizade. O resto não precisa porque vem em si. Com amigo, se tem a mão, e, com saúde, eu posso me locomover pro lado que for. Está certo? (Informante 1).

Tranquilidade de espírito, se conhecer e se gostar, como consequência, achar que está certo. Alguma coisa tem a ver com hereditariedade (Informante 9).

Olha, a maior riqueza do mundo (Informante 8).

Poder trabalhar e fazer de tudo (Informante 7).

É ter fortunas, se não tem, a coisa mais rica que é a saúde. Rico em saúde. Olha, não tem nem explicação. É uma coisa boa, né! Sim, disposição de fazer, e, se não tem saúde, não faz mesmo (Informante 6).

Terá sido um novo conceito de saúde, e/ou o conceito ampliado de saúde disseminado e incorporado pelos sujeitos ou, ao contrário, um novo conceito de saúde foi incorporado e aceito pela área da saúde? O conceito de saúde vem sendo ressignificado. A saúde está sendo entendida como um conceito mais amplo, que não se restringe à ausência de doenças, mas que inclui ‘recursos para viver’. Conforme Oliveira e Meyer (2005, p.10), saúde é “algo que produz oportunidades e bases para a ação e algo que deve estar disponível para qualquer pessoa, independente desta pessoa ter ou não ter doença”. A saúde passa a ser compreendida como um fenômeno mais complexo, que envolve questões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e biológicas. Está associada às condições de moradia, trabalho, saneamento, acesso a serviços de saúde, entre outros. O estado de saúde de um indivíduo e de uma população

está associado ao seu modo de vida, ao seu universo social e cultural e ao sistema de saúde. Aqui, trata-se de ver a saúde descentrada do indivíduo, mas como resultado de um contexto (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Contudo, há pessoas e também alguns dos Informantes que não foram e não são capturados pelos discursos da saúde, como podemos ver nas próximas falas.

Nunca pensei em saúde, nunca fiquei doente. Nunca dei bola, sempre trabalhei (Informante 5).

Não, nunca pensei. Eu só pensava em gripe e trabalhar, quando eu trabalhava (Informante 4).

A saúde, mesmo com uma concepção mais ampla, ainda comumente se dirige ao autocontrole, ao disciplinamento, ao regramento. Esses modos de cuidado com a saúde disputam espaço com outros significados sociais e culturais, tais como o trabalho, o lazer entre outros. Talvez as práticas de saúde não sejam mobilizadoras de ações para alguns homens, sendo invisibilizadas. O fato de não ter ficado doente, ou seja, não ter sofrido alguma limitação ou restrição provocada por uma ausência de saúde e/ou acometimento de alguma doença, pode contribuir para que alguns homens não atentem para as questões de saúde, como observamos nas falas acima.

Assim como não se pode pensar que mesmo as pessoas interpeladas pelo discurso da saúde não transgridam, não burlam as prescrições da ‘gramática de saúde’ ou que elas não ressignifiquem suas regras e as adaptem às suas situações de vida cotidiana, que podem coincidir ou não com as propostas de promoção da saúde.

Na primeira parte da fala abaixo, percebe-se que o Informante se refere aos cuidados que toma com a saúde a partir de uma situação de doença. Continuando a conversa, ele fala mais sobre cuidados que devemos ter com a saúde, mas afirma que às vezes exagera.

I: Eu tenho problemas sérios, só que estou me cuidando. Estou tomando remédio, eu tenho coração crescido. Só que não sofro, eu vivo, caminho, faço minhas caminhadinhas, cuido, meu comprimidinho. Eu fui ao médico esses dias, ele me disse que está estacionada, não está melhorando nem piorando, então, ao menos, está aí. Não podemos nos queixar da vida, vamos levando.

P: Como o senhor diz que se cuida, o que o senhor acha que são cuidados que a gente pode ter para saúde?

I: Bebida, cigarro, tudo e até a comida, quando é um pouco exagerada, porque às vezes a gente está numa festa e come e, quando a gente come em uma festa, tu não te sentes mais bem. Então, tem que ter muito cuidado. O cuidado é o máximo, então, para que exagerar? Mas eu exagero também, não na bebida. Eu fumava quando era novo, fumei uma temporada, tomava minha cervejinha, mas o pior foi o refrigerante. Eu fui bodegueiro, né! (Informante 1)

Como o trabalho se constitui em um atributo de masculinidade muito presente e valorizado, intimamente relacionado à manutenção do status de provedor, a força, o controle, o domínio, a transgressão, o exagero e a resistência também são características que configuram traços de masculinidades e modos de ser homens. Algumas profissões/ocupações por si só vão se configurar como situações de risco para a saúde, sendo que o próprio trabalho pode-se caracterizar como uma situação de exposição, ocupando um lugar praticamente de oposição ao cuidado em saúde. As exigências e condições de trabalho, acrescidas de algumas características de masculinidade, como a força, podem resultar em um descuido de si, com o próprio corpo e com a saúde.

O cuidado ainda está muito associado à feminilidade, ocupando praticamente um lugar de oposição às características de masculinidade, pois, como as identidades também são definidas pelas diferenças, a força é uma característica de quem não é fraco. Quem tem força possivelmente não precise de ajuda, ao contrário, ajuda os outros, parece ter o controle da situação, necessário para manutenção da ‘dominação’ e das diferenças entre homens e mulheres. Conforme Braz, (2005, p.101) “esta constante questão de gênero que perpassa a conduta e os hábitos masculinos produz não somente modos de vida, como também modos de adoecer e morrer”. São modos de ser e agir construídos e valorizados socialmente que podem ser prejudiciais à saúde dos homens e, com isso, estar contribuindo para que eles adoçam e morram mais do que as mulheres em praticamente todas as faixas etárias e por praticamente todas as causas de doença.

## **OS SIGNIFICADOS E AS REPRESENTAÇÕES RELATIVAS ÀS DOENÇAS**

As doenças fazem parte da história da humanidade. A lepra, a peste negra, o cólera dizimaram populações em diferentes momentos históricos. As crenças e práticas relacionadas aos problemas de saúde e à doença são construções socioculturais, temporais e históricas que se inscrevem em corpos biológicos; é a experiência como membros de uma sociedade que configura modos de ver o mundo.

A doença como punição foi vista como consequência do comportamento do próprio indivíduo ou grupo, que a teria provocado doença por meio de uma transgressão. Segundo Laplantine (1991, p.229), “o indivíduo é punido por negligência ou por excesso, mas sempre por um mau comportamento – com relação às prescrições religiosas e/ou médicas – ou seja, por alguma falta cometida em desacato à manutenção da ordem social”.

Geralmente, os profissionais da saúde consideram a doença como o funcionamento inadequado de algum órgão ou sistema. Ao considerar o ser humano como universal e autônomo, esse modelo em muitas vezes desconsidera a engrenagem social e cultural à qual o indivíduo pertence. “Assim, se há uma dimensão biológica, ela só se manifesta através de sua inscrição no social” (KNAUTH, 1991, p.1). Para ‘os doentes’, a experiência do mal-estar é subjetiva.

Conforme Uchôa e Vidal, a experiência da doença não fica restrita ao modelo biomédico de compreensão da doença apenas como algo patológico. “Considera-se que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais quanto coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir” (1994, p.500). Esses modos de agir e pensar serão diferentes, de acordo com as muitas combinações e recombinações dos marcadores sociais, como gênero, idade, classe, credo.

Para alguns Informantes, a doença faz parte da vida, pode ou não estar associada a fatores genéticos. Como afirma o Informante 3 na próxima fala, algumas pessoas têm problemas com doenças que são genéticas.

Isso é a vida, isto eu falei para o médico. Como eu vou dizer que eu tenho esta doença? Nem meu pai não tinha, nem meus tios, que estão todos acima, todos mais velhos, todos acima de 80 anos, e eu não tenho esta idade, dançando junto com os velhos. Eu sei que isto não é genético. Isto é uma coisa que vem de certa idade, isso é qualquer porcaria que amanhã, depois, sai fora. Isso

é uma coisinha, que nem existem coisas graves. Isso é coisa que vem assim, acho que... Tem famílias que conheço, que faleceu uma e tudo era genético (Informante 3).

Aqui tem-se a apropriação do discurso biomédico, referindo-se a questões relativas à genética. Para o entrevistado, não se tratava de uma doença genética, pois nem seus pais, nem seus irmãos tiveram o problema, mesmo sendo mais velhos do que ele. Então, como explicar? Talvez esteja relacionado com a idade? Para ele, a doença é uma ‘coisa’, uma situação que aparece e desaparece, como algo externo ao corpo e ao indivíduo. Nessa fala, aparece a busca para encontrar algum sentido para o infortúnio pelo qual o Informante está passando. Somente as explicações biomédicas não são suficientes para dar sentido a essa situação.

Na próxima fala, a doença também é considerada um evento do qual as pessoas não estão livres, independentemente de classe, idade, gênero, profissão. No entanto, a questão da culpa individual pelo adoecimento mantém-se presente, mesmo que a doença não seja considerada castigo ou punição e que tenha sido (re)significada. A descoberta bacteriológica contribui para concepção de individualização das doenças, tornando as pessoas as principais responsáveis pelo processo de saúde e doença, sendo o adoecimento ocasionado não pelo mau comportamento, mas pela não-observância da ‘gramática da saúde’, este entendimento relativo a saúde e o adoecimento pode fazer com que as pessoas se sintam culpadas.

Olha, a doença é uma coisa que cada um pode ter. Nós não temos ninguém que está livre, como diz aquele ditado: “Morre papa e morre bispo”. Então, às vezes, a gente tem culpa porque não se preveniu, ou sei lá o quê, mas... (Informante 6).

A doença também poderia atuar como uma advertência divina, como um sinal, um chamado para a conscientização da necessidade de cuidados para a manutenção do corpo, da saúde e da vida e, conseqüentemente, da necessidade de autocontrole.

A doença que eu vejo, para mim, é uma advertência para nós nos conscientizarmos daquilo que nós somos, eis a questão. Se tu não tiveres nada, tu não vais dar valor à vida. Se tu tiveres algo, tu vais ver por que o Pai fez isso aí para ti (Informante 8).

Na fala abaixo, a doença aparece como resultado da associação entre fatores não-modificáveis, como a história familiar, e fatores modificáveis,



como o tabagismo. Além desses, há outras situações de estresse, sedentarismo, obesidade, em consequência da intensa rotina de trabalho.

Não sei, de repente, em função do histórico familiar e da vida que o cara leva, leva a esse troço (enfarto). A gente em si tem que se culpar, bater no peito e dizer que foi minha culpa, porque eu tive uma vida que me levou ao problema também, não só o histórico familiar, que foi o fumo e o estresse (Informante 9).

Um outro Informante, na fala a seguir, relaciona a situação de adoecimento à sua preocupação com a falta de recursos, devido à centralização dos serviços de saúde gratuitos nos centros urbanos maiores. A doença está associada às dificuldades fisiológicas e também financeiras. No caso dele, sua aposentadoria não lhe assegura assistência à saúde, e a idade pode favorecer o aparecimento de doenças. Vários elementos são ligados à doença e à sensação de insegurança devido à falta de recursos, tanto financeiros, do próprio Informante, quanto assistenciais na cidade onde mora.

Eu vejo que a doença está cada vez mais difícil, cada vez está apertando mais, com toda ajuda, assim mesmo, está difícil. Eu não sei, acho que estamos mal centralizados, nossos médicos, é que nem professores, centraliza em uma cidade, e outras ficam sem recursos. Deveria ter um pouco mais descentralização. Nós temos uma região mais ou menos boa, mas pelo SUS. É só se tu tens dinheiro, tem médicos bons, mas, pelo SUS, não fazem o que estão fazendo aqui. Então, tem que se deslocar ou pagar particular. É assim, o pior é isso (Informante 1).

Já na fala seguinte, a doença é vista como algo que pode ser superado. Trata-se da transposição do infortúnio, uma vitória que resultou na continuação da vida.

Para mim, parece que não é nada, estou cantando a vitória, não sinto nada de... Estou me sentindo bem, da maneira que eu passei e agora do jeito que eu estou, eu passei mesmo pelo vale das sombras da morte. (Informante 2).

A intenção é ressaltar que “a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra” (CZERSNIA, 2003, p.42). As fronteiras entre o biológico, a cultura e o social não são estáticas e fixas. Ao mesmo tempo em que as doenças se materializam nos corpos, nas suas funções, elas atingem também a sociedade. O modo como as doenças são percebidas depende da situação de vida atual. Muito

provavelmente, os relatos desses homens se modificaram e continuarão se modificando com o passar do tempo e das suas experiências de vida.

As representações das doenças, muitas vezes, constituem-se através de um ‘juízo moral’ do indivíduo sobre si mesmo, uma avaliação moral da sua conduta durante a sua trajetória de vida até o momento do episódio. Contudo, isso não significa uma mudança de atitude definitiva, mas talvez temporária (KNAUTH, 1991). Os processos de saúde e doença apareceram, em algumas falas, relacionados com crenças religiosas; em muitos outros, associados com o trabalho, refletindo os momentos de vida em que os Informantes se encontravam.

## **O QUE SE FAZ? OS ITINERÁRIOS TERAPEUTICOS**

Os itinerários terapêuticos são os caminhos percorridos pelos homens entrevistados de distintos modos para buscar tratamento e cura entre os diferentes recursos disponíveis. “Na maior parte das sociedades, as pessoas que sofrem algum desconforto físico ou emocional têm várias maneiras de se auto-ajudar ou buscar ajuda de outros” (HELMAN, 1994, p.70). As pessoas podem decidir tomar um chá, descansar, procurar um médico, curandeiro, benzedeira; podem recorrer às suas crenças ou a um familiar, amigo, vizinho, a terapias energéticas, massoterapia, homeopatia, florais, entre outras. Existem múltiplas maneiras de se cuidar, de cuidar dos outros e de ajudar a cuidar. Quanto maiores são as sociedades, mais complexas elas são e maiores são as ofertas de ajuda. Para a pessoa que busca tratamento, o que importa é a eficácia em aliviar a sensação de desconforto (Ibidem).

Quando alguém da família ficava doente, os próprios da família cuidavam, os da família tinham que cuidar o doente. O negócio primeiro era chá, e não médico. Lá, primeiro, fazia chá, e o último recurso era o médico. Tinha ou não tinha dinheiro, tinha que levar (Informante 1).

Existem muitos remédios naturais que a gente agora está descobrindo, porque tem médicos naturalistas aqui (Informante 6).

As práticas culturais vão construir itinerários terapêuticos que organizam formas de cuidado que englobam outros atores além dos profissionais de saúde. Existem possibilidades para assistência à saúde; dentre elas, encontra-se o sistema informal, o tratamento popular e a assistência profissional. Os

sujeitos desta pesquisa construíram vários itinerários terapêuticos ao longo de suas vidas. O sistema informal geralmente é a primeira opção a partir do momento em que surgem alterações que são percebidas pelas pessoas. Esse tipo de apoio terapêutico, dentre outras, caracteriza-se por não ter nenhum custo. Normalmente, a família é a sede da primeira assistência, correspondendo a um auto-tratamento, conselho, recomendação de um parente ou amigo, alguém de relações próximas. Como podemos observar na fala a seguir, as práticas informais estão baseadas em crenças sobre a estrutura e funcionamento do corpo e sobre a origem das doenças (HELMAN, 1994).

O reumatismo, de vez em quando, então, tenho até um tipo de erva, eu ponho (Informante 3).

As terapias populares constituem-se em uma forma de ajuda no tratamento de alterações sensoriais. Elas se caracterizam pela busca de modos de tratamento em que certas pessoas se tornam especialistas em métodos de cura, que podem ser sagrados ou seculares, ou mesmo uma combinação de ambos. Essas terapias implicam um custo para o cliente e geralmente se situam em uma posição intermediária de cuidado, entre as práticas informais e as profissionais. O Informante 4, por exemplo, sentiu-se atraído pela situação de haver uma pessoa de fora atendendo a população, além de contar com a recomendação de um conhecido, o que potencializou a vontade de experimentação.

Olha, eu sabia que tinha, mas não sei se você acredita, ou não acredita, uma vez, uma curandeira me disse que eu tinha essa mancha no pulmão, faz uns 15 anos ou mais, até fumo, fumava, fumei, mais de 60 anos que eu fumo. Não, não sentia nada. É que ela estava lá na minha cidade e tinha um movimento de gente, e tinha um conhecido meu. Aí, eu vinha passando, e ele disse é assim, assim. Ela era da Bahia, e aí decidi me consultar com essa mulher para ver se ela era boa mesmo. Aquela época, era 500 mil réis, era caro, mas paguei e foi que ela me disse isso, mas, como de fato, cheguei em casa e em dois dias não fumava mais. Aí, depois com o rapaz lá, conversando, peguei o cigarro (Informante 4).

O setor profissional de assistência à saúde é composto por uma gama de profissões e profissionais cuja formação é sancionada em bases legais, através de cursos de formação que visam a desenvolver habilidades e competências relativas ao exercício da profissão. Constitui-se em um recurso de mais difícil acesso, devido à concentração de profissionais em grandes

centros urbanos, ao excesso de demanda, ao custo relativamente alto e ao modo de organização das instituições de saúde, além da valorização cultural. A fala do Informante 4 representa a peregrinação em busca da assistência profissional. É uma fala que pode ser considerada emblemática, pois representa um pouco das dificuldades de acessar o atendimento profissional do setor público.

Comecei a sentir, foi faltar... Foi urinar pouquinho, ne? Urinar pouco. Consultei com a doutora lá, e ela disse que isso era infecção na urina e me tratou anos para infecção urinária, só comprimido, depois de novo, e aí eu perguntei como isso nunca combate? Ela respondeu: “É porque agora é inverno”. E o verão que passou, foi o mesmo e está piorando. Este dia, ela me receitou 80 comprimidos antibióticos, e tudo comprado, a gente comprava tudo, e o posto não dava, 80 comprimidos e um cartelão assim. Eu já não podia mais beber comprimido, tinha que misturar com pão, tomar com água, leite, pois ele queimava o estômago. Aí, eu peguei, botei tudo em cima da mesa, aquele monte de remédio, eu disse para a mulher: “Eu não vou beber mais estes remédios, senti que queimava o estômago, ele vai terminar é me matando”. Aí, não quis mais. Aí, ficou mais uns dias, e chegou um ponto que não urinava mais, era muito pouquinho. Aí, vim para Porto Alegre. Aqui fiz exame e em outro lugar. Ele disse que era a próstata. Então, vamos operar, aí levei um ano e meio para poder operar. Todos os dias, eu estava em Porto Alegre e não conseguia marcar nada. Fui para Rio Grande para ver se eu conseguia fazer lá e cheguei lá e não deu certo, não tinha este procedimento pelo SUS, e quem atendia pelo SUS não estava atendendo porque o SUS não estava pagando. Aí, surgiu uma vaga no Hospital de Clínicas, e eles me mandaram me chamar. Aí, como eu vim, me deram remédio nenhum, só me deram duas caixas de remédio de comprimido para urinar, mas não podia continuar, tinha que operar. O remédio era bom, mas não podia continuar. Aí, operei (Informante 4).

No caso das masculinidades, os homens são ensinados a suportar o sofrimento e a dor e devem fazê-lo sem emoções ou queixas, o que pode contribuir para que suportem por períodos mais longos os desconfortos até procurarem assistência. Alguns homens podem até mesmo subestimar a gravidade dos sinais e sintomas e da própria doença, confirmando as estatísticas de que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres. Eles procuram os serviços quando os sintomas são mais intensos. Essa situação, combinada com as dificuldades de acesso, poderia apontar para fatores individuais, comportamentais, culturais e de modo de organização dos

serviços de saúde que levam a uma maior mortalidade masculina? (HELMAN, 1994).

Não, ficou uns seis meses, achava que era um distúrbio. Sabe que a gente hoje, a gente corre. Naquele tempo, a gente ia levando, num chazinho aqui, num chazinho lá, num remedinho aqui, num remedinho lá. A gente não ia ao médico, ainda mais que não tinha recurso. Naquele tempo, era tudo do bolso. Hoje, graças a Deus, temos o SUS. Tem gente que se encarrega da situação da gente. Tu vês aqui o que esses homens fazem para a gente. Eu nunca vou conseguir pagar o que eles fazem (Informante 1).

Os itinerários terapêuticos das populações e das pessoas frente aos seus desconfortos, infortúnios ou problemas de saúde são variáveis. As pessoas vão buscar diferentes modos de aliviar o sofrimento, independentemente da origem do tratamento. O que mais importa é a eficácia, ou seja, a resolutividade, sem entrar no mérito de o que representa tal eficácia.

## **ALGUMAS MARCAS DESTA DISCUSSÃO**

Através das análises, foi possível reconhecer vários processos pedagógicos cotidianos que organizam e põem sob tensão os modos como vivemos a vida. Por vezes, esses processos se contradizem. Podemos perceber isso na vida dos homens que fizeram parte desta pesquisa. Esta dissertação buscou desenhar caminhos para analisar os processos de construção das masculinidades e seus atravessamentos, com ênfase nas questões relativas ao envelhecimento, à velhice, à saúde e à doença – questões que fazem parte de um processo muito mais amplo e complexo. Tentei apresentar uma gama de fatores envolvidos nesses processos, de modo a refletir sobre as muitas variáveis e possibilidades de ser e estar em determinadas condições na vida. Operar com a singularidade e com a diversidade hoje se faz necessário para interação e intervenção no processo de cuidado. As representações de saúde e doença põem sob tensão as identidades masculinas, contribuindo para que as pessoas não procurem assistência no início dos sinais e sintomas. As estruturas de saúde, as políticas de saúde, assim como os modos de organizar a assistência, também se refletem no modo de construir significados e representações sobre o processo de saúde e doença. As questões de gênero e poder permeiam todas as relações sociais entre as pessoas na constituição de suas identidades e no modo de organizar as coisas.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Myriam Moraes Lins de. Apresentação. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de (Org). **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

CECCIM, Ricardo B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.9-23, jan/jun.2008.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, Ricardo B. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar Ester (Org.) **Saúde e Sexualidade na escola**. 3ª ed. Porto Alegre, Editora Mediação, p. 37-50, 2006.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução: Eliane Mussnich. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. 333p.

KANULTH, Daniela. **Os Caminhos da Cura: Sistemas de Representações e Práticas Sociais sobre Doença e Cura em uma Vila de Grupos Populares**. Porto Alegre: UFRGS, 1991, Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. Tradução: Walter Lelis Siqueira. Título original Anthropologie de la maladie. Copyright Payot, Paris, 1986. 1ª Edição Brasileira, São Paulo, Martins Fontes Editora, 1991.

LOURO, Guacira L. Currículo, gênero e sexualidade – o “normal”, o “diferente” e o excêntrico. In: LOURO, Guacira L; FELIPE, Jane;

GOELLNER, Silvana V. (ORG). **Corpo, Gênero e Sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. 8.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

LOURO, Guacira L. **Um corpo estranho** – ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

LUPTON, Deborah. Corpos, prazeres e práticas do eu. (15-48). **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v.25, n.2, p. 5-224 jul/dez 2000.

MERHY, E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MEHRY, E.E. (ORGS). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamú, p.103-20, 1998.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde. Campinas, abril de 1999.

MEYER, Dagmar E.; PARAÍSO, Marlucy A. Metodologias de pesquisas pós-críticas ou sobre como fazemos nossas pesquisas. In: MEYER, Dagmar E; PARAÍSO, Marlucy A. (ORG). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de; MEYER Dagmar E. Gênero e saúde das mulheres. In: OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de (Org). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2005.

SEFFNER, Fernando. Derivas da masculinidade: representação, identidade e diferença no âmbito da masculinidade bissexual. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2003.

SEFFNER, Fernando. Masculinidade bissexual e violência estrutural: tentativas de compreensão, modalidades de intervenção. In: UZIEL, Anna Paula; RIOS, Luís Felipe; PARKER, Richard G.(ORGS). **Construções da sexualidade**: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropología médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 10, nº 4, p. 497 – 504, out/dez. 1994.

WELZER-LANG, Daniel. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. IN: SCHPUN, Monica R. **Masculinidades**. São Paulo: Boitempo Editorias: Santa Cruz do Sul, Edunisc, 2004.

*Recebido em dezembro de 2014*  
*Aprovado em março de 2015*