

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**Entre a saudade do passado e os desafios do presente:  
representações de velhice, saúde e doença entre homens.**

Alessandra Dartora da Silva

Porto Alegre

2008

Alessandra Dartora da Silva

**Entre a saudade do passado e os desafios do presente:  
representações de velhice, saúde e doença entre homens.**

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

Orientador:  
Prof. Dr. Fernando Seffner

Porto Alegre  
2008

Alessandra Dartora da Silva

**Entre a saudade do passado e os desafios do presente:  
Representações de velhice, saúde e doença entre homens.**

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

Aprovada em 28 de abril de 2008.

---

Orientador : Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

---

Prof. Dr. Sérgio Antonio Carlos

---

Profa. Dra. Dagmar Estermann Meyer

---

Dedico este trabalho aos meus pais, que me ensinaram a dar os meus primeiros passos, me instrumentalizaram com amor e valores para seguir o meu caminho. Eu sou resultado inacabado de vários exemplos e modos de agir...

## **ARADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador, Prof. Fernando, pelo seu carinho, incentivo e confiança, por seu exemplo no seu modo de agir mesmo nos momentos mais difíceis, pela sua percepção e compreensão.

Aos/Às colegas de orientação, por construirmos uma equipe de trabalho unida por laços afetivos e de cuidado uns com os outros. Agradeço especialmente à Laura, pelas nossas caminhadas matinais e sua sabedoria; à Adriza, por fazer parte desta caminhada, do início ao fim, se é que pode se dizer que este é o fim, por dividirmos e compreendermos muitas sensações vividas durante esta trajetória.

Aos/Às professores do PPGEdU, com enorme satisfação e orgulho de poder conversar com autores/as comprometidos/as com a produção de conhecimento com muita qualidade e dedicação.

À banca de qualificação do projeto de dissertação, pelo carinho e incentivo nesta jornada.

Aos/Às funcionários/as, que sempre nos orientam nos processos acadêmicos com dedicação e paciência.

Aos/Às amigos/as do GEERGE, com quem os encontros, mesmo eventuais, se concretizam em momentos agradáveis de reencontro e estudos.

À Lene, por ter sido uma parceria nos diferentes momentos desta trajetória, por seu incentivo e dedicação sempre.

À Dagmar, que foi quem despertou em mim o desejo de buscar novos caminhos e novos modos de olhar o mundo, que me instigou a ‘descobrir’ que outros modos são possíveis; agradeço também pelo seu exemplo.

Ao Ricardo Ceccim, pelo acolhimento, cuidado e carinho em aceitar-me para fazer estágio da atividade docente e por dedicar seu precioso tempo a ouvir-me e planejar aulas comigo.

Agradeço, principalmente, por acreditar em mim e incentivar-me a caminhar por novos caminhos que, literalmente, mudaram o rumo da minha vida.

Aos meus pais, pois tudo o que eu sou hoje é resultado da junção e interação entre valores ensinados e exemplos dados no decorrer de toda a minha vida.

Ao meu irmão, por compartilharmos momentos de aprendizado e todas as suas intempéries.

Ao Adriano, meu parceiro, por seu imenso carinho e respeito, por incentivar-me e estar sempre ao meu lado.

À CAPES, que possibilitou que eu me dedicasse exclusivamente aos estudos durante este período.

## RESUMO

SILVA, Alessandra Dartora da. **Entre a Saudade do Passado e os Desafios do Presente:** representações de velhice, saúde e doença entre homens. – Porto Alegre, 2008. 161 f. + Apêndices. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2008.

Esta dissertação de mestrado analisa as representações de velhice, saúde e doença entre homens em um contexto específico, que são as casas de passagem. O *corpus empírico* desta pesquisa foi constituído por homens acima de 60 anos em situação de adoecimento que vieram para Porto Alegre fazer tratamento, permanecendo em casas de passagem. A pesquisa qualitativa e a realização de entrevistas semi-estruturadas constituíram-se em estratégias metodológicas que permitiram estabelecer um diálogo entre a aprendiz de pesquisadora e os participantes, possibilitando que estes (re)construíssem sentidos e significados relativos às situações vividas; também foi elaborado um diário de campo. 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. Foi possível a criação de categorias analíticas que abordam as questões relativas ao processo de construções de identidades masculinas. Outra categoria buscou trabalhar as masculin-“idades” e representações sobre velhice, algo para muitos impensado. O engendramento entre saúde, doença e masculinidades articula as questões relativas às construções das identidades masculinas e as distintas representações de saúde e doença. As viagens para Porto Alegre carregam consigo dificuldades e esperança. 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: **1. Velhice – Saúde. 2. Masculinidade – Identidade. 3. Envelhecimento. 4. Estudos culturais.**

## ABSTRACT

SILVA, Alessandra Dartora da. **Entre a Saudade do Passado e os Desafios do Presente: representações de velhice, saúde e doença entre homens.** – Porto Alegre, 2008. 161 f. + Apêndices. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2008.

This dissertation has analyzed representations of old age, health and disease among men living in the specific context of hostels. The empirical corpus of this research has consisted of men over 60 years old who were experiencing a disease and had to come to Porto Alegre for treatment, staying in hostels. A qualitative research and semi-structured interviews are the methodological strategies that have allowed for establishing a dialogue between this research learner and the participants, enabling them to (re)construct senses and meanings relating to their experiences; a field diary has also been used. This work has focused on one of possible ways of looking to the situations considered, from the fields of Cultural Studies and Gender Studies in a post-structuralist perspective. It has been possible to envision analytical categories approaching issues related to the construction of male identities. Another category has worked with masculinities and representations of old age, an aspect about which many of the participants had not thought. The engendering of health, disease and masculinities has articulated issues related to the construction of male identities and distinct representations of health and disease. The trips to Porto Alegre include difficulties and hope. This work has attempted to discuss daily situations so as to reflect upon some variables and possibilities of experiencing certain life situations.

Key-words: **1. Old age – Health. 2. Masculinity – Identity. 3. Ageing. 4. Cultural studies.**

## SUMÁRIO

ENSAIO DE UMA APRESENTAÇÃO .....	11
<b>1. A VONTADE DE PESQUISAR NASCE DAS NOSSAS INQUIETAÇÕES</b> .....	14
1.1 DAS ESCOLHAS AOS DESAFIOS .....	17
1.2 ESTAS MAL TRAÇADAS LINHAS .....	18
<b>1.2.1 Linhas Pontilhadas Para a Construção de Caminhos Investigativos</b> .....	22
<b>1.2.2 As Entrevistas</b> .....	22
1.2.2.1 Das Possibilidades e dos Limites de Utilizar as Entrevistas Como Metodologia Para a Construção De Dados De Pesquisa .....	24
1.3 DESCOBERTA DE POSSÍVEIS CAMINHOS .....	26
<b>1.3.1 Os Primeiros Passos</b> .....	28
1.4 CENÁRIOS DAS ENTREVISTAS .....	31
1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS .....	37
<b>2. MASCULINIDADES: compondo identidades</b> .....	40
2.1 O HOMEM OU OS HOMENS? .....	43
<b>3. MASCULIN-“IDADES” E REPRESENTAÇÕES SOBRE A VELHICE</b> .....	51
3.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS QUE REFLETEM NO COTIDIANO DAS NOSSAS VIDAS .....	52
3.2 MODOS E IMPLICAÇÕES RESULTANTES DA PERIODIZAÇÃO DA VIDA .....	65
<b>3.2.1 O ‘Normal’ e o ‘Natural’ da Velhice</b> .....	65
<b>3.2.2 A(s) Idade(s) e suas Possíveis Combinações</b> .....	70
<b>3.2.3 Velho, Idoso, Terceira, Quarta e/ou Quinta Idade?</b> .....	73
3.3 MARCAS HISTÓRICAS DE UMA GERAÇÃO .....	78
3.4 ESCOLA, ESCOLARIDADES, ESTUDOS – o que representam? .....	83
3.5 ALTERAÇÕES SOCIAIS E NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DOS HOMENS ENTREVISTADOS .....	87
3.6 TRABALHO, APOSENTADORIA E VELHICE .....	92
<b>4. MASCULINIDADES, ENVELHECIMENTO, SAÚDE, DOENÇA E SEUS ENGENDRAMENTOS</b> .....	103
4.1 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA .....	105
<b>4.1.1 As Políticas de Saúde e Construção dos Sujeitos aos Quais Elas se Destinam</b> .....	115
4.2 OS SIGNIFICADOS E AS REPRESENTAÇÕES RELATIVAS ÀS DOENÇAS .....	119
4.3 GÊNERO MASCULINO E O PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA .....	124
<b>4.3.1 O Cuidado em Saúde</b> .....	127

4.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E GÊNERO .....	133
4.5 OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS .....	137
4.6 A SEXUALIDADE PAIRA NO AR .....	140
<b>5. AS VIAGENS PARA PORTO ALEGRE .....</b>	<b>143</b>
5.1 PRÓXIMA PARADA: AS CASAS DE PASSAGEM .....	145
<b>5.1.1 A Sociabilidade Entre os Homens .....</b>	<b>148</b>
<b>6. ALGUMAS MARCAS DESTA DISCUSSÃO .....</b>	<b>151</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>153</b>
ANEXO A – Roteiro de Entrevista .....	162
ANEXO B – Consentimento Livre e Esclarecido .....	165

## ENSAIO DE UMA APRESENTAÇÃO

A apresentação desta dissertação configurou-se a partir de momentos de criar e estabelecer coordenadas, desenhar formatos, curvas, continuidades e descontinuidades que a tornassem minimamente inteligível, assim como afirma Sandra Corazza<sup>1</sup>, “de maneira tal que outros/as possam ter uma razoável visão de seus territórios, linhas, operações, arranjos, dispositivos, agenciamentos, processo, redobras” (2007, p.104). Tal tarefa não foi fácil, devido à necessidade de aproximação do referencial teórico e de ensaio de movimentos dentro dele, constituindo uma tentativa de melhoria da tessitura do texto e redes de significados para que o enfoque dado faça sentido. Já o tempo mostrou ser um fator desfavorável, causador de maiores ansiedades, medos, preocupações.

Este trabalho materializa-se em processos de encontros e desencontros, de construções e desconstruções. O período de sua elaboração foi caracterizado por muitas novas experimentações e descobertas, momentos de lançar-se no desconhecido, aprendendo a caminhar caminhando, tentando sobreviver às oscilações próprias de uma viajante que sabia que queria viajar e também previa vários desafios e necessidades de superação.

Constituir redes de significados que buscam dar sentido aos percursos não se constitui em uma tarefa simples ou fácil. Além de todos os desafios enfrentados, a própria escrita foi uma habilidade a ser exercitada.

Enveredar pelos ‘novos’<sup>2</sup> caminhos, sinuosos, irregulares e acidentados da perspectiva pós-estruturalista implica movimentos de desacomodar, de repensar ‘certezas’<sup>3</sup> e ‘verdades’<sup>4</sup>, de

---

<sup>1</sup> Vou utilizar o nome e sobrenome dos/as autores nas indicações de referências bibliográficas.

<sup>2</sup> As aspas simples foram recursos utilizados no texto para dar ênfase às palavras utilizadas com outros sentidos que não os convencionais, sob ‘rasura’; as aspas duplas foram utilizadas para citações, palavras e expressões referindo-se a estudos de outros autores. Nesse sentido, utilizo o termo novo referente a um movimento de conhecer e tentar tecer uma rede de significados a partir dos referenciais mencionados.

exercitar pensar o impensável (para mim mesma). Trata-se de um empreendimento um tanto difícil e desafiador, principalmente para quem, como eu, oriunda das ciências naturais, segue na contramão, buscando um domínio aparentemente estável e universalizante (Guacira Louro, 2004a; Maria Cecília Minayo, 2007). A escolha por outros caminhos ocorre pela busca de novas possibilidades de compreensão dos acontecimentos. Embrenhar-se por esses novos caminhos, ir por diferentes direções constitui-se como um grande desafio de conhecer, pensar e escrever.

Esta trajetória e, conseqüentemente, esta dissertação estão marcadas por movimentos que tentam, se arriscam na experimentação de mudanças, ensaiam aproximações e distanciamentos de alguém que se propõe a caminhar por estradas desconhecidas, mas sem garantias de qualquer resultado nesses movimentos de aproximação e articulação entre as teorias.

Esses movimentos materializam-se na construção de categorias analíticas produzidas pela articulação entre narrativas de vida e Estudos Culturais e de Gênero, inspirados na perspectiva pós-estruturalista. Eles se hibridizam, constituindo uma mistura de elementos que vão engendrando a trajetória de vida dos homens entrevistados e os meus modos de olhar.

O primeiro capítulo, “A vontade de pesquisar nasce de nossas inquietações”, aborda o processo de construção da pesquisa. Constitui-se em uma reflexão sobre os motivos pelos quais algumas inquietações profissionais e pessoais se engendraram na construção desta pesquisa e seus desdobramentos.

O segundo capítulo denominado “Masculinidades compondo identidades” busca compreender alguns dos sentidos atribuídos às identidades masculinas. Parto do pressuposto de que as identidades são múltiplas, provisórias e relacionais, resultantes de contínuos processos pedagógicos minuciosos experienciados na cotidianidade. Através desses processos pedagógicos, sentidos e significados são construídos e socializados, construindo modos de subjetividade, compartilhados ou não, em uma mesma cultura e em um mesmo período histórico, de modo que essas construções sociais configuram relações assimétricas de poder entre homens e entre homens e mulheres.

O terceiro capítulo “Masculin-“idades” e representações sobre a velhice” aborda aspectos do envelhecimento populacional que vão contribuir para o aumento da expectativa de vida e a

---

<sup>3</sup> Conforme Foucault, a verdade e, conseqüentemente, a certeza, são produzidas, e cada sociedade tem seu regime de verdades, que funciona permitindo que se façam distinções entre verdadeiros e falsos (Foucault, 1998). Isso implica compreender que existem múltiplas verdades e certezas que estão ancoradas no que é possível conhecer num dado momento, sendo, portanto, situadas, provisórias e históricas (Guacira Louro, 2004a).

<sup>4</sup> Ibidem

velhice como uma nova fase da vida das pessoas e, principalmente, dos homens entrevistados. O capítulo também busca, na trajetória de vida desses homens, compreender as transformações sociais às quais eles foram submetidos e como essas mudanças contribuíram para a construção das identidades masculinas e das representações masculinas relativas à velhice.

O quarto capítulo, “Masculinidades, envelhecimento, saúde, doença e seus engendramentos” propõe uma reflexão sobre a construção dos sentidos e significados relacionados ao processo de saúde e adoecimento que contribuem para a tomada de decisão na promoção, prevenção e na busca e adesão ao tratamento.

O penúltimo capítulo vai tratar sobre as viagens para Porto Alegre que constituem momentos de enfrentamento e superação de dificuldades, bem como a busca por esperança de tratamento, melhora nas condições de saúde e conseqüentemente de vida. As casas de passagem que (re)produzem espaços e atitudes marcados/as por gênero. E por fim algumas marcas destas discussões.

## 1 A VONTADE DE PESQUISAR NASCE DAS NOSSAS INQUIETAÇÕES

Essa afirmação reverberou em meus pensamentos, e enveredei por um processo auto-reflexivo. Minha turma de graduação em enfermagem foi uma das primeiras do currículo novo na instituição de ensino onde estudei. Começavam a se experienciar algumas rupturas em relação a um modelo tradicional, biologicista e tecnocentrado de compreensão do corpo, da saúde e da doença.

Algumas situações vivenciadas durante a graduação e experimentadas ao longo de minha trajetória pessoal e profissional inquietavam-me. Dentre elas, estava a idéia de que os avanços tecnológicos e as descobertas na área da saúde não se expressavam na saúde da população com a mesma velocidade com que surgiam. Houve a descoberta dos antibióticos no final da década de 1940 e a criação das unidades de terapia intensiva e de vacinas na metade do século passado; em um curto período de tempo, temos muitos outros expressivos avanços tecnológicos em saúde, exames diagnósticos complementares<sup>5</sup>, cirurgias<sup>6</sup> e tratamentos com drogas<sup>7</sup> muito potentes. Isso tudo tem um impacto na saúde da população, contribuindo para diminuir a mortalidade e aumentar a expectativa de vida e o envelhecimento populacional – mas não na mesma velocidade e nem com a mesma abrangência, ou seja, alguns desses recursos são de acesso restrito.

O Brasil vive um paradoxo. Tem índices de mortalidade semelhantes aos dos países industrializados, mas preserva altas taxas de mortalidade infantil, tendo a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias entre as principais causas de morte da população. As tecnologias de alta complexidade concentram-se nas grandes cidades, sendo necessário o deslocamento para realização de exames, cirurgias e tratamentos mais complexos. A maior parte da população não tem acesso a esses bens de consumo ou passa muito tempo na fila de espera. Esses são exemplos de algumas das situações que me mobilizavam de algum modo.

---

<sup>5</sup> Exames diagnósticos complementares são exames solicitados por profissionais da saúde, na maioria, médicos, para compor o diagnóstico e monitoramento dos diferentes tratamentos; por exemplo: hemograma, ressonância magnética, tomografia computadorizada. Os exames variam em níveis de complexidade. Existem também as técnicas de diagnóstico precoce, que são exames solicitados antes que a doença produza sinais e sintomas, a partir do reconhecimento de fatores de risco que aumentam a probabilidade de adoecimento (Rubens A. Mattos, 2006).

<sup>6</sup> As cirurgias são alguns dos modos de tratamento. Atualmente, as cirurgias têm evoluído com os avanços tecnológicos, tornando-se procedimentos cada vez menos invasivos.

<sup>7</sup> As descobertas farmacológicas de medicamentos, principalmente para tratamentos oncológicos, como medicamentos utilizados nas sessões de quimioterapia, tratamento da AIDS, entre outros.

Depois da graduação, fui trabalhar em um Programa de Saúde da Família<sup>8</sup>. Concomitantemente ao meu trabalho, ingressei no curso de especialização em Saúde da Família. Durante a construção de dados para a monografia final, referente aos sentidos da maternidade para mulheres de classes populares, surgiu a vontade de pesquisar o tema das masculinidades. Durante a pesquisa, na realização de uma das entrevistas com mulheres, um homem jovem escutava atentamente. Ao término da entrevista, conversamos. Ele tinha uma filha, mas não moravam juntos – ela morava com a mãe, de quem esse homem estava separado. No meio da conversa, uma das perguntas foi: “Se você pudesse fazer alguma coisa de diferente, o que você faria?”. Ele respondeu que, se pudesse voltar atrás, não gostaria de ter uma filha assim; ele gostaria de ter uma família tradicional, de viver com a mulher e a filha<sup>9</sup>. Esse acontecimento foi muito interessante, pois pude perceber as implicações das questões de gênero, tanto nas feminilidades quanto nas masculinidades, e o seu aspecto relacional. Além disso, dei-me conta de que os homens, de certo modo, estavam invisibilizados em muitas questões referentes à saúde, mesmo sendo co-autores de alguns processos.

Naquela pesquisa, entrei minimamente em contato com o gênero e a complexidade de sua problemática. Simultaneamente ao curso de especialização, ingressei no curso de Licenciatura em Enfermagem na UFRGS. Na disciplina de Prática de Educação, fui-me envolvendo ainda mais com essas questões. No campo de estágio, fui para FASC<sup>10</sup>, sendo que o projeto de ensino buscava trabalhar com as questões de gênero, corpo, DST/AIDS e gravidez na adolescência. Foi um desafio constante trabalhar com os adolescentes que freqüentavam os encontros.

Acontecimentos foram cruzando-se, conectando-se à medida que eu continuava a estudar, tanto na especialização quanto na licenciatura. No meu trabalho, minhas inquietações contaminavam-se pelas novas descobertas e novas possibilidades de ‘olhar’<sup>11</sup>. As mudanças, as problematizações colocavam em xeque as minhas certezas da graduação e da minha própria

---

<sup>8</sup> Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

<sup>9</sup> Esta resposta pode ser problematizada de vários modos, principalmente pela questão do discurso hegemônico, como se a situação de uma família nuclear fosse garantia de algo bom e desejável, ou, ainda, pela relação entre saber-poder no diálogo com uma mulher fazendo um trabalho de pesquisa, entre outras.

<sup>10</sup> FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania é o órgão responsável pela coordenação e execução de programas e serviços que promovem direitos e a inclusão social dos cidadãos. São atendidos crianças e adolescentes, especialmente os que estão em situação de risco e vulnerabilidade social, moradores de rua, idosos e família. Vinculada à Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

<sup>11</sup> O olhar não é utilizado no sentido de desvendar, descobrir, revelar a realidade, presumindo que exista uma realidade preexistente e supondo que exista apenas uma representação correta da realidade, mas no sentido de que há múltiplas possibilidades de olharmos e compreendermos a realidade a partir da posição de sujeito em que me coloco e quais os meus interesses ao atentar para um determinado fato ou situação (Alfredo Veiga-Neto, 2007).

formação, remetiam-me à minha prática e iam-me envolvendo cada vez mais, até eu poder perceber que outras ou muitas outras ‘coisas’ estão implicadas no modo como pensamos, falamos, conhecemos. Como lembra Guacira Louro, “a forma como se escreve (ou se fala) está articulada, intimamente, à forma como se pensa e se conhece” (2004b, p.11). As ‘novas descobertas’ engendram-se constituindo uma rede de significados implicados para além das questões ‘teóricas’<sup>12</sup>, entrecruzando-se na minha própria construção como sujeito.

Essas questões levaram-me a buscar novos rumos para tentar encontrar alternativas, respostas ou mais questionamentos, ampliando meu olhar para eventos de saúde e doença, não mais restritos ao modelo biomédico, mas buscando compreender como aspectos culturais, sociais, com ênfase nas questões de gênero, estão em constante articulação nas vivências dos processos de saúde e doença, assim como na adesão ou não das pessoas ao cuidado de si, à promoção e à prevenção e aos tratamentos. Isso se concretizou no desafio de escolher a área de educação para fazer o mestrado, conhecendo e utilizando conceitos ‘novos’, conceitos que passaram a orientar o meu olhar para que ele convergisse para outras questões, outros pontos focais, na tentativa de (re)organizar o meu modo de viver a vida, assim como de pensar a minha prática em saúde. Afinal, o mesmo objeto pode ser visto de vários diferentes ângulos.

Para além dessas questões de caráter profissional, existem também implicações e cruzamentos de ordem pessoal, se é que é possível fazer essas distinções. A escolha desse tema de pesquisa não foi por acaso. Ao considerar que “estamos imersos nesses problemas e possibilidades [*de pesquisa*]<sup>13</sup>, falamos e nos inquietamos a partir deles, como simples mortais, e como pesquisadores [*e aprendiz*]<sup>14</sup> também” (Rosa Fischer, 2007, p.51). Propus-me a ‘filosofar’<sup>15</sup> sobre as minhas relações com a escolha de envelhecimento, masculinidades, saúde e doença como temas. Para minha surpresa, existiam mais conexões do que eu imaginava.

O convívio intergeracional nas relações familiares na minha vida, com a presença dos meus avós, principalmente da minha avó (*in memoriam*), é muito importante para mim. No caso específico dos meus avós, as questões de gênero relativas ao processo saúde-doença foram na contramão dos dados epidemiológicos. Minha avó faleceu ‘precocemente’ aos 76 anos. Meu avô,

---

<sup>12</sup> Na perspectiva pós-estruturalista, a teoria e a prática são inseparáveis. Segundo Tomaz Tadeu da Silva (2007a), a teoria, ao descrever um objeto, de certo modo, estaria implicada na sua construção.

<sup>13</sup> Grifos meus.

<sup>14</sup> Grifos meus.

<sup>15</sup> Filosofar no sentido de olhar para dentro de mim e refletir sobre como esses temas produziam sentidos para mim mesma.

atualmente com 87 anos, organiza seu tempo cuidando da sua saúde, faz exercícios físicos diários e caminhadas, frequenta academia, faz revisões periódicas de saúde, cuida da alimentação. Fiquei imaginando que talvez esse perfil de usuário dos serviços de saúde fosse o mais desejado.

Em contrapartida, meu pai confirma e compõe as estatísticas em saúde. Ele, aos 48 anos, teve um acidente vascular encefálico – AVE, o que ocasionou um impacto na organização familiar, um (re)pensar posições de sujeito, novas configurações e (re)arranjos para o andar da vida. Ele sempre foi o responsável pela manutenção e o funcionamento estrutural da casa, era ele quem tomava decisões e consertava o que fosse necessário. A ele cabiam as questões mais complexas que não eram resolvidas em outros âmbitos.

Com isso, quero dizer que este processo de pesquisa se constitui em um aprendizado e também em um processo de transformação pessoal, em suas possibilidades e desdobramentos. Nas palavras de Stuart Hall (1997, p.26):

[...] “nossas identidades” poderiam provavelmente ser melhor conceituadas como as sedimentações através do tempo daquelas diferentes identificações ou posições que adotamos e procuramos “viver”, como se viessem de dentro, mas que sem dúvida, são ocasionadas por um conjunto especial de circunstâncias, sentimentos, histórias e experiências única e peculiarmente nossas, como sujeitos individuais.

O processo de aprendizado, (re)construção e transformação engendra-se com o processo de construção identitária, sempre constante e inacabado, que ocorre principalmente durante minha trajetória e também durante a tessitura deste texto. Dessa forma, este texto une discussões acadêmicas e políticas, pois meu olhar se dá a partir de minhas relações históricas e sociais, imersas em relações de poder, que vêm sendo significadas e (re)significadas constantemente; portanto, são provisórias e instáveis.

## 1.1 DAS ESCOLHAS AOS DESAFIOS

Esta dissertação foi criada com o esforço de trazer para debate alguns elementos do cotidiano, como envelhecimento populacional, velhice e processo de saúde/doença masculino. A complexidade e a abrangência desse tema de pesquisa, por vários momentos, fizeram-me pensar em mudar os rumos, em deter-me apenas em um desses aspectos – as masculinidades, a saúde, a doença ou a velhice. No entanto, as escolhas resultam de e em promessas e desafios aos quais eu mesma me propus. Analisando a situação de que existem pessoas nessas posições de sujeito e que

vivem essa multiplicidade de atravessamentos e de possíveis (re)combinações entre masculinidades, idades, saúde, adoecimentos, deslocamentos, segui em frente.

Este trabalho tenta criar um espaço flutuante para problematizar algumas situações – “é um território singular, criado por um olhar próprio e, portanto, não representa a aproximação da verdade, mas uma de suas múltiplas possibilidades” (Marisa Costa, 2007, p.09). Gostaria de salientar que o problema de pesquisa foi construído e é localizado. É uma possibilidade histórica e provisória, entre outras, de falar sobre alguns acontecimentos. As situações de vida cotidiana foram sendo pensadas e foram engendrando novos elementos para ‘inventar’ o problema de pesquisa a partir de uma rede complexa de relações.

Este trabalho não tem a pretensão de dar respostas, apontar soluções ou direções. Ele se constitui na tentativa de problematização e reflexão de situações de vida (experiências sociais e locais) oriundas das narrativas – “histórias contadas e que contam” (Nadia Souza, 2000, p.96) – sobre os diferentes momentos das vidas, identidades e corpos dos sujeitos entrevistados. O trabalho busca a discussão de uma situação cotidiana, inspirado por perspectivas teóricas em que as questões elencadas se constituem somente como um modo situado de conhecer, ou seja, o que foi possível perceber em um momento datado, localizado no tempo e no espaço. Conforme Guacira Louro, “trata-se, pois, [...] de fazer escolhas e de tentar ser coerente com elas [...]” (2004b, p.13).

## 1.2 ESTAS MAL TRAÇADAS LINHAS

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferente do que se vê é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (Michel Foucault, 1998, p.13).

Mudanças, transformações, novos rumos. Incertezas, inseguranças, aprender, conhecer. Essas são algumas das sensações desses momentos na minha trajetória de vida – que abriu mão do método, da experiência e da certeza para se lançar aonde? Ao mundo. Que mundo? Um outro mundo a ser ‘descoberto’? Não, a ser (re)significado.

Fissuras fizeram-me buscar outros caminhos. Tratava-se mais precisamente de aprender a olhar e pensar de outras maneiras, conhecer e/ou compreender outros significados atribuídos a situações vividas. A escolha de novos caminhos e novas experimentações constitui-se e constitui-

me por aproximações aos Estudos Culturais e de Gênero, particularmente na(s) sua(s) vertente(s) pós-estruturalista(s). Tais encontros produziram outras trilhas.

Assumir essas filiações é outro grande desafio. Elas apresentam muitos aspectos convergentes, entretanto, também têm pontos discordantes. Os referenciais teóricos e os conceitos passam a ser escolhas políticas que vão contribuir para tecer uma rede de significados, articulada com o problema de pesquisa para produzir significado (Maria Isabel Bujes, 2007). Segundo Rosa Fischer, os referenciais vão se tornar “a herança” que passa “a orientar o nosso olhar (agora convertido) por outros olhares, sem, no entanto, deixarmos de ser nós mesmos” (2005, p.125). Os referenciais teóricos vão sendo ‘apropriados’ através de pontos de encontro entre as obras dos autores e o tema de pesquisa; eles são (re)significados, considerando que a minha trajetória histórica, meu lugar e o meu tempo são outros.

Para a realização deste estudo, foi necessário começar a pensar e a traçar “linhas pontilhadas” que pudessem construir e se constituir em um “caminho investigativo”<sup>16</sup> a partir do problema de pesquisa: conhecer como homens idosos falam sobre suas experiências relativas ao processo de envelhecimento e como as vivenciam; as implicações desse envelhecimento nas suas concepções de masculinidade; a relação com o processo de saúde/doença; e a permanência em casas de passagens para fazer tratamento em Porto Alegre. Para isso, foi necessário aventurar-me por terrenos desconhecidos, movediços, com algumas ferramentas na bagagem, que contribuíram para a construção do trajeto.

Seguindo essa ‘idéia-problema’, o próximo passo foi conhecer as casas de passagem, que se tornaram o ponto chave nesse momento da construção de um caminho para a investigação, a fim de saber da viabilidade para a constituição da proposta de pesquisa. Era imprescindível desvendar a existência e a localização das casas de passagem. Uma das maneiras pelas quais foi possível localizá-las foi obtendo informações com os próprios motoristas<sup>17</sup> das Secretarias de Saúde. Depois de localizadas, o passo subsequente foi conhecer o seu funcionamento e fazer um levantamento das possibilidades e da disponibilidade desses lugares como locais para realização da pesquisa.

---

<sup>16</sup> *Caminhos Investigativos* é o título de uma série de livros organizados para reunir um conjunto de análises e discussões sobre a pesquisa em educação. Utilizo “caminhos investigativos” para me referir ao processo de construção de uma pesquisa.

<sup>17</sup> Os motoristas das Secretarias de Saúde fazem o transporte dos pacientes dos seus municípios para Porto Alegre, para consultas e tratamento, entre outras atividades - que são um dos modos pelos quais as pessoas chegam às casas de passagem (através do encaminhamento e com o próprio transporte das secretarias municipais de saúde).

As casas de passagem são instituições coletivas que necessitam se manter organizadas, tanto por sua funcionalidade quanto pelo grande número de pessoas que nelas se hospedam todas as semanas – aproximadamente 70 e, em algumas, até mais. São pessoas com identidades<sup>18</sup> distintas, mas que vivenciam situações similares, compartilham experiências, principalmente por estarem vivenciando um processo de adoecimento e tratamento fora de suas casas, com todas as dificuldades que essa situação impõe. Esse grupo heterogêneo, mas com um objetivo, um projeto em comum, organiza-se com o mesmo fim: ter uma convivência harmônica, estabelecer redes de solidariedade e apoio e manter as condições do ambiente. Mesmo que haja alguns funcionários contratados para fazer a limpeza, a arrumação e a organização dos pertences ficam a cargo de cada um. O deslocamento e, conseqüentemente, o afastamento do convívio social e de muitos hábitos de vida cotidianos, ao mesmo tempo em que propõem um (des)encontro, acarretam um encontro com novas experiências, novos comportamentos, novos modos de agir e pensar.

A proposta de pesquisa consistiu em entrevistar homens, em Porto Alegre, com idade igual ou superior a 60 anos, em situações de adoecimento, residentes fora do município em que realizam o tratamento. Portanto, os entrevistados que compuseram o *corpus empírico* da pesquisa foram homens que precisaram sair de casa, do seu local de convívio e de sua cidade, deslocando-se para Porto Alegre e permanecendo em uma casa de passagem durante a realização do tratamento. Este recorte do grupo a ser pesquisado buscou analisar um outro deslocamento que considerei importante: será que o deslocamento da sua casa para uma casa de passagem engendra outros arranjos para a realização do cuidado? No convívio familiar com que eles estão acostumados, haveria pessoas, principalmente mulheres, como mães, irmãs, esposas e/ou filhas, que poderiam ser identificadas como envolvidas ou responsáveis pelo cuidado, acompanhamento e monitoramento da situação? Nas casas de passagem, a própria pessoa é a principal responsável? O deslocamento para as casas de passagem aciona outras práticas, somando-se à vivência de uma situação de adoecimento, que por si só mobiliza diversas sensações? A situação de permanecer em uma casa de passagem pode fazer com que o indivíduo não receba as mesmas atenções como

---

<sup>18</sup> O conceito de identidade vem sendo transformado ao longo do tempo. As pessoas eram consideradas como tendo uma identidade unificada e estável. Segundo Stuart Hall (2005), as identidades estão se fragmentando, sendo compostas não somente por uma única identidade (aquilo que identifica), mas por várias identidades, algumas vezes contraditórias. As pessoas não têm mais uma identidade fixa ou permanente, as identidades são provisórias. A identidade é relacional, ela se define ou é marcada pela diferença, a identidade se define pelo idêntico, a mesmidade, e também pelo que difere.

se estivesse em casa ou, ao contrário, que receba mais atenção do que se estivesse em casa, por tratar-se de um local coletivo?

A situação de viver em espaços coletivos requer organização, e o funcionamento do ambiente fica a cargo das pessoas que nele se encontram. O deslocamento de um lugar conhecido, a própria casa e cidade, para tratamento em um lugar desconhecido, muitas vezes distante, traz como necessidade a construção de coletivos organizados. Aqui compreendo o sentido de coletivo como o modo de organização que “venha dar conta da disposição em grupo de pessoas interligadas por uma tarefa que constitui uma finalidade produtiva”, sendo organizado porque “põe este grupo em convergência” (Ricardo Ceccim, 2005, p.170).

Nessas situações específicas, será possível identificar como algumas masculinidades são construídas ou reconstruídas? O que representa a saúde, a doença e o envelhecimento para esses homens na nossa cultura ocidental contemporânea? Essas representações<sup>19</sup> têm implicações na promoção e na qualidade de vida das pessoas, especialmente na vida masculina? E na prevenção e no tratamento das doenças?

Dentre os objetivos desta dissertação, está conhecer como homens idosos falam sobre suas experiências relativas ao processo de envelhecimento, à velhice e aos problemas ligados ao processo saúde/doença e como as vivenciam. O que eles entendem e desenvolvem como sendo autocuidado? E como aprendem a realizá-lo? Como a situação de casa de passagem incide sobre esses aprendizados e vivências? Como suas masculinidades se sentem afetadas por todos esses processos?

Uma das intenções desta pesquisa também é perceber como os aspectos biomédicos funcionam e se engendram através do compartilhamento de significados e sentidos construídos culturalmente e socializados pela linguagem. As alterações que ocorrem tanto na cultura quanto na biologia interagem e desencadeiam relações nesse corpo.

---

<sup>19</sup> A partir desta perspectiva, considero os sujeitos como “transpassados por construções simbólicas – representações – que circulam na cultura e os precedem, constituindo e instituindo o que e como ‘ver’ a si e o mundo” (Nádia Souza, 2000, p.100).

### **1.2.1 Linhas Pontilhadas Para a Construção de Caminhos Investigativos**

Dentre algumas possibilidades que poderiam se constituir como estratégias metodológicas para compor os objetivos desta pesquisa e suas contingências teóricas, a pesquisa qualitativa constitui-se como uma estratégia de escolha. A escolha pelo caminho da pesquisa qualitativa tem a ver com questões específicas, de um nível local, de situações particulares de vida de algumas pessoas. Este estudo não tem a pretensão de ser representativo da ‘realidade’<sup>20</sup>; pelo contrário, busca informações que contextualizem os eventos e as relações sociais em seu aspecto cotidiano.

O interesse da pesquisa consiste em conhecer alguns significados e sentidos atribuídos a situações vividas, experiências que fizeram (e fazem) parte da vida dos homens sujeitos deste estudo em uma situação específica, particular. Não procuro mensurar, mas explorar alguns significados, crenças, motivos, valores e atitudes atribuídos a essas vivências específicas e históricas, considerando que os significados são construções culturais, provisórias e que, por meio das relações sociais, configuram certos modos de vida. A partir da situação específica em que se encontram, busco conhecer como esses homens percebem o envelhecimento e o processo de saúde e doença. Acredito que os sentidos e significados por eles atribuídos podem auxiliar na compreensão das ações relativas à busca, ou não, por cuidado diante de situações adversas, tais como situações de manifestação de sinais e sintomas, assim como situações de prevenção (Maria Cecília Minayo, 2007; Ceres Victora, Daniela Knauth e Maria de Nazareth Hassen, 2000). Mesmo a pesquisa qualitativa sendo uma ferramenta comumente utilizada nas pesquisas sociais, Denise Gastaldo e Patrícia Mckeever (2002) destacam que essa metodologia e esse tipo de desenho ainda são pouco freqüentes em investigações no campo da enfermagem.

### **1.2.2 As Entrevistas**

A entrevista é um procedimento bastante usual, mas que me permitiu estabelecer uma relação baseada no diálogo entre uma aprendiz pesquisadora e os participantes. Conforme

---

<sup>20</sup> Na perspectiva pós-estruturalista, não existe uma ‘realidade’, mas processos lingüísticos que produzem e descrevem situações localizadas, pelas posições ocupadas pelos sujeitos em diferentes momentos históricos. Saliento, com isso, a multiplicidade de possibilidades de produzir ‘realidades’ e ser constituído por determinadas realidades, pelos sentidos que damos às coisas no mundo (Tomaz Tadeu da Silva, 1999).

afirmam Denise Gastaldo e Patrícia Mckeever (2002), a entrevista procura dar voz aos participantes para que eles falem a respeito da sua experiência em relação às temáticas a serem desenvolvidas na pesquisa.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro<sup>21</sup> e combinadas com os registros do diário de campo – técnicas utilizadas para construção dos dados desta pesquisa. As conversas foram intencionais, pretensiosas e orientadas pelo roteiro de entrevista, que me possibilitou sistematizar um amplo conjunto de perguntas para obtenção de informações relativas ao processo de envelhecimento, saúde, doença e masculinidade. O roteiro, propositadamente amplo, foi organizado de forma a possibilitar a máxima constituição de elementos que me permitissem compreender os significados atribuídos pelos entrevistados a diferentes situações de vida.

As entrevistas contemplaram as temáticas principais, no entanto, seguiram por caminhos totalmente diferentes umas das outras. Com o andar das entrevistas, fui-me distanciando e me desprendendo do questionário, que era o roteiro oficial. Já sabendo o que eu queria perguntar, as perguntas foram-se tornando mais flexíveis, e foi possível falar do que interessava, seguindo mais o fluxo da fala do Informante e menos o roteiro, privilegiando as histórias de vida. Isso possibilitou um encontro com situações cotidianas e com modos singulares de andar a vida. As entrevistas potencializaram a ocorrência de narrativas referentes às trajetórias de vida dos homens entrevistados, o que forneceu vários elementos pertinentes para o problema de pesquisa (Maria Cecília Minayo, 2007).

Sempre havia preocupações com a realização das entrevistas – preocupações em aproveitar ao máximo a minha estada nas casas de passagem, bem como com as próprias entrevistas, pois eram momentos únicos. O melhor aproveitamento dependia de minha habilidade de afetar-me pelo meio, pelas situações, pelos fluxos que lá circulavam. Eu deveria conseguir conduzir as perguntas para realmente fazer-me entender e deixar com que a pessoa se sentisse à vontade para falar. Mas, durante as transcrições, sempre ficava a sensação de que poderia ter explorado mais esse ou aquele assunto. Para Maria Cecília Minayo (2007, p.67), “apesar dos esforços e cuidados, sempre haverá dificuldades típicas de intervenções no trabalho de campo”.

Foram realizadas nove entrevistas, totalizando aproximadamente sete horas de conversa. A delimitação desse número ocorreu no momento em que o material estava de grande volume e com uma grande heterogeneidade de narrativas de vidas, compondo um material bastante fecundo

---

<sup>21</sup> Roteiro de entrevista em anexo (anexo A).

para análise, o que resultou no encerramento da fase de construção dos dados empíricos. Também foi possível perceber que algumas histórias eram parecidas, embora cada uma com o tom pessoal do narrador.

O diário de campo foi sendo confeccionado a cada dia do processo e do caminho investigativo. Foi-se constituindo em espaço em que fui registrando movimentos, percepções, sensações e acontecimentos obtidos através de outras técnicas que não somente pelo questionamento – o instrumento de construção de dados. Houve também as leituras de tempo e espaço empreendidos, as diferentes falas, enfim, tudo o que foi produzido durante o percurso, no decorrer da caminhada. O diário de campo foi habitado por diferentes locais, situações e homens que falaram sobre suas trajetórias de vida. Ele contribui, nesta dissertação, para que eu possa contar uma ‘história’<sup>22</sup> a partir do meu olhar de aprendiz de pesquisadora. Conforme Maria Cecília Minayo, “ele se constitui como construtor de detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa” (2007, p.63).

O diário de campo foi uma atividade concomitante e complementar às entrevistas. Utilizo esses dois instrumentos, que me possibilitaram a construção dos dados: as entrevistas realizadas com os Informantes e as anotações do diário de campo, que constituem o material que vou analisar e comentar na seqüência. Esses registros contribuíram para uma descrição dos detalhes, principalmente da organização e funcionamento das casas de passagem.

#### 1.2.2.1 Das Possibilidades e dos Limites de Utilizar as Entrevistas Como Metodologia Para Construção De Dados de Pesquisa

As entrevistas freqüentemente foram consideradas técnicas simples, com vários preceitos metodológicos que oscilavam da criação de um clima propício (ser empático, estabelecer um clima de confiança) até cuidados para não fazer perguntas induzindo as respostas (respeitar o entrevistado, não interromper).

O domínio da técnica deveria ser exercitado, supondo-se que fosse garantia para máxima obtenção e confiabilidade de dados na busca da verdade, objetividade, fidedignidade e

---

<sup>22</sup> Considero história todas as coisas que puderam ser ditas, pensadas e concebidas em um momento histórico, datado e situado.

imparcialidade. No entanto, na perspectiva teórica deste trabalho e com a ajuda de Rosa Hessel Silveira (2007), utilizei as entrevistas como metodologia, considerando-as como processo de interação entre entrevistador/entrevistado, mas também entre discursos<sup>23</sup>, representações<sup>24</sup> e expectativas que compõem um cenário. Existem diferenças entre mim e os homens entrevistados, como idade, sexo, gênero, escolaridade, entre outras que se engendraram e se acomodaram. Ao mesmo tempo e a partir dessas diferenças, conseguimos (minimamente, entrevistador/entrevistado) co-produzir tanto um campo empírico de pesquisa, quanto a elaboração de dados.

Utilizo a expressão “construção de dados” porque, em nenhum momento, esperei qualquer tipo de resposta – eu não pressupunha um “devir” da entrevista, nem mesmo da pesquisa. As perguntas funcionaram como dispositivos que contribuíram para acionar reflexões relativas às situações de vida, situações estas, muitas vezes, impensadas antes das perguntas. Houve uma construção de dados referentes às situações vivenciadas pelos homens participantes da pesquisa. Ao mesmo tempo em que os entrevistados se davam conta das suas situações de vida, as entrevistas reverberavam na minha própria vida, na minha própria história, fazendo com que eu (re)pensasse algumas de minhas posições.

Concedida a autorização para as entrevistas, foram feitas algumas combinações para sua realização. Antes de ir até as casas de passagem, eu entraria em contato com o funcionário responsável, agendando o dia e o melhor horário. Também deveria saber se havia algum homem que se encaixasse no perfil desejado proposto na delimitação da pesquisa. As combinações foram benéficas, pois evitaram que eu fosse até as casas de passagem quando não havia pessoas que pudessem participar da pesquisa, mas houve situações em que eu estive nas casas de passagem sem fazer entrevistas.

Os participantes que se dispuseram a participar da pesquisa foram convidados segundo alguns critérios<sup>25</sup> utilizados para delimitar o grupo, tais como: sexo masculino, faixa etária

---

<sup>23</sup> Discurso, na perspectiva pós-estruturalista, “ênfatisa o caráter lingüístico do processo de construção do mundo social. [...] Foucault argumenta que o discurso não descreve simplesmente objetos que lhe são exteriores: o discurso ‘fabrica’ os objetos sobre os quais fala” (Tomaz Tadeu da Silva, 2000, p.43).

<sup>24</sup> Na perspectiva pós-estruturalista, conhecer e representar são processos inseparáveis. A representação - compreendida aqui como inscrição, marca, traço, significante e não como processo mental - é a face material, visível, palpável do conhecimento. (Tomaz Tadeu da Silva, 1999, p. 32).

<sup>25</sup> Os homens que contemplaram esses critérios e aceitaram participar da pesquisa foram informados dos objetivos do trabalho e de que sua participação era voluntária, não lhes oferecendo risco ou prejuízo e podendo ser encerrada a qualquer momento. Mantendo-se o aceite de participar do trabalho, foi solicitada a assinatura do consentimento livre e esclarecido (anexo B).

superior a 60 anos, incidência de alguma patologia não-específica, residente em um município fora de Porto Alegre, mas fazendo tratamento nesta capital, permanecendo em casas de passagem ao longo de vários dias. Outro critério de delimitação do universo empírico foi o local de permanência em Porto Alegre para realização do tratamento – as casas de passagem.

Os homens selecionados, em algum momento de suas vidas, permaneceram e/ou ainda permanecem em casas de passagem. Isso introduz uma situação diferenciada: o estar fora de casa, daquele local onde estão estabelecidas relações habituais, com o deslocamento para locais onde novas relações serão construídas com o funcionário administrador da casa de passagem, com as pessoas que lá permanecem no mesmo período e com aquelas com quem se vai dividir o quarto, com necessidades de cuidado de si e, por vezes, cuidado dos outros.

A escolha das casas de passagem também se deve ao fato de que os homens poderiam ser encontrados sem a presença da família. Sua vida estaria organizada de modo diferente por estarem durante alguns dias ou uma semana numa outra cidade, maior do que aquela em que viviam, e por estarem longe da família e dos cuidados habituais. Isso talvez fornecesse um ambiente potencialmente proveitoso para estudar as masculinidades. Considerando as identidades como múltiplas, provisórias e contingentes, penso que, naquele cenário, assim como em outros momentos da vida, são acionados simultaneamente vários elementos que compõem a identidade do sujeito, produzindo diferentes lógicas de pensamento e funcionamento. Conseqüentemente, isso faz com que o indivíduo lide de diferentes modos com as situações que tem que enfrentar. As entrevistas, assim como os locais em que foram realizadas, e as situações vivenciadas pelos homens participantes propiciaram o engendramento de vários elementos que compõem momentos singulares de vida e que possivelmente contribuirão para a construção de dados mais próximos das situações experienciadas.

### 1.3 DESCOBERTA DE POSSÍVEIS CAMINHOS

Depois de receber autorização para realizar as entrevistas nas casas de passagem, foi combinado que eu ligaria para os administradores e/ou responsáveis pelas casas, perguntando se naquela semana havia alguém que contemplasse os requisitos do *corpus* da pesquisa e quais seriam o dia e a hora mais adequados para encontrar os possíveis entrevistados, devido a

consultas, exames e/ou tratamentos. Geralmente, as pessoas chegam às casas de passagem no início da semana. O tempo de permanência é variado; há pessoas que ficam apenas dois ou três dias, quando vêm para fazer consultas, exames, revisão e/ou acompanhamento; há outras que permanecem durante toda a semana ou, ainda, as que ficam mais tempo, dependendo de cada situação, do tipo de doença, tratamento, das condições dos doentes, bem como da distância do local de moradia e da necessidade de retorno. Há horários do dia em que as pessoas estão praticamente todas fora, em hospitais, postos de saúde ou laboratórios. E há semanas em que as casas recebem mais gente, outras menos. As situações das casas de passagem são cambiantes e transitórias, tanto de uma semana para outra, quanto em uma mesma semana.

Inicialmente, fiz contato com duas casas de passagem, imaginando que nelas seria possível encontrar homens que contemplassem os critérios estabelecidos para compor o *corpus* da pesquisa. No entanto, a dificuldade em encontrar homens com o perfil estabelecido trouxe-me a necessidade de procurar outra casa de passagem no intuito de aumentar a probabilidade de encontrar homens com o perfil desejado. Assim, foram três casas de passagens os locais eleitos para a pesquisa.

Em virtude de o tempo estar passando e da dificuldade de encontrar homens para serem entrevistados, segundo as especificidades predeterminadas, precisei pensar em possíveis soluções para o problema. Inaugurei uma nova modalidade de entrevista para esta pesquisa. Esta foi uma situação diferenciada – fui até o hospital onde o entrevistado estava internado, mas tive o cuidado para analisar a situação que contemplasse todos os requisitos. Foi uma situação em que o entrevistado esteve na casa de passagem na semana anterior à entrevista, em tratamento; ele já havia feito vários exames e foi hospitalizado para aguardar cirurgia. Como ele contemplava os requisitos para participar da pesquisa, perguntei-lhe se aceitava participar. Ele aceitou, e foi combinado o modo como eu faria a visita-entrevista. Sua esposa o acompanhava. Como no quarto coletivo onde ele estava só poderia receber uma visita, sua esposa saiu para que eu pudesse fazer a entrevista. Ficamos à vontade, mesmo sendo um quarto coletivo. Isso foi possível em virtude de compreender que os processos metodológicos não estão acabados em si, prontos para serem usados, como meros aplicativos, e que neste referencial construímos e constituímos nossas formas de pesquisar.

Ao longo do caminho, surgiu a necessidade de fazer algumas adaptações, contatar mais uma casa de passagem e a realização de uma entrevista no hospital, sempre com o cuidado de

adequação a todos os critérios (no caso, o único diferencial foi o local de realização da entrevista). Isso foi decorrência de uma caminhada construída nos encontros e desencontros, no percorrer do trajeto, onde apenas ‘mal traçadas’ linhas haviam sido pensadas.

### **1.3.1 Os Primeiros Passos**

Sempre, antes de ir até as casas de passagem, eu ligava e agendava a entrevista. Ao chegar à primeira casa que visitei, fui bem recebida pelo administrador, que me convidou a entrar e sentar. Todas as pessoas que estavam na sala, sentadas, vendo televisão, ficaram em silêncio quando cheguei. Enquanto explicava para o administrador como seria a entrevista, as pessoas que estavam na sala ficaram atentas ao que se passava. Depois, algumas pessoas fizeram alguns comentários, elogiando, achando o trabalho importante. Uma senhora prontamente falou que o seu marido poderia participar, mas que, naquele momento, ele não se encontrava.

Na casa, naquele momento, estavam somente um senhor e três mulheres. Então, perguntei se ele se dispunha a participar, o que prontamente aceitou. Perguntei se havia algum lugar na casa onde pudessemos conversar mais reservadamente. Fomos sentar nos fundos da casa, um espaço calçado que tem uma árvore; os banheiros ficam lá fora. Há uma peça coberta, mas aberta, com duas poltronas, para os fumantes e o quarto do administrador, que é separado. Os locais para as entrevistas sempre variavam. Às vezes, a entrevista era feita na sala, outras vezes nos quartos, umas na rua ou no espaço coberto – enfim, onde os participantes achassem melhor.

Nas idas subseqüentes às casas, quando eu chegava, era bem recebida. No início, minha presença causava certo ‘estranhamento’, assim como a realização das entrevistas. As pessoas que estavam na casa e as que iam chegando, principalmente o administrador, ficavam muito ansiosas e curiosas, ficavam indo e vindo até onde nós (o entrevistado e eu) estávamos, olhavam, ouviam e depois saíam. Mas, com o passar do tempo, as pessoas vinham conversar e contavam suas histórias.

Não houve nenhuma recusa em participar; pelo contrário, era constante a preocupação dos Informantes em responder certo, de ficar bom, de ajudar da melhor forma possível. Alguns homens já tinham tido a experiência de serem entrevistados em algum momento da sua vida, alguns no próprio hospital, e gostaram. A impressão que tive foi de satisfação. Alguns dos

entrevistados expressaram as mobilizações decorrentes das entrevistas; geralmente essas manifestações ocorreram depois que o gravador estava desligado, sendo registradas no diário de campo, como podemos perceber neste registro:

“No final, ele agradeceu, gostou de falar sobre coisas reais que estavam acontecendo, sobre as quais ele nem pensava e pouco falava, situações de vida dele” (anotações sobre a entrevista com o Informante 1 – diário de campo).

“E, no final, um outro colaborador da casa de passagem perguntou como tinha sido a entrevista, e eu imediatamente pensei que esta pergunta eu não tinha feito. Ele respondeu que foi um desabafo, gostou, que foi bom. E eu, ao ouvir isso, fiquei pensando que talvez as coisas das quais ele me falou, talvez ele não fale muito sobre elas com outras pessoas, pois ele falou de seus medos, suas preocupações, entre outras coisas”(anotações sobre a entrevista com o Informante 9 – diário de campo).

Os diálogos estabelecidos entre entrevistadora e entrevistados configuraram-se em momentos importantes para falar sobre situações de vida, muitas vezes impensadas, como os próprios participantes relataram, ou situações de “desabafo”, como denominado por outro Informante.

Uma situação delicada era que as pessoas ficavam circulando para ver e ouvir. A impressão que eu tinha era de que a maioria das pessoas gostaria de ser entrevistada, de falar e de contar suas histórias e o que estavam passando. Quando, dentre muitos, apenas um era escolhido, parecia haver certo questionamento: “por que homens” e “por que ele”?

Em uma das entrevistas, uma senhora permaneceu andando comigo, conduzindo-me até onde o entrevistado estava. Ela contou de sua situação de adoecimento, sua espera por consulta, sobre sua filha. Depois, sentou-se ao meu lado, como se fosse conversar, mesmo depois de eu ter explicado que se tratava de uma pesquisa com homens que vinham fazer tratamento de saúde em Porto Alegre. Ela permaneceu ali, e, como dirigi mais a minha atenção para o entrevistado, informando sobre a pesquisa, ela se retirou depois de um tempo. Essa foi uma das situações vivenciadas durante a realização das entrevistas que fizeram com que eu tivesse a sensação de que outras pessoas também queriam falar.

Algumas perguntas referentes ao funcionamento das casas de passagem, sobre como os entrevistados se sentiam e como era estar em uma casa coletiva acabavam ficando um pouco prejudicadas, pois, em alguns momentos, outras pessoas estavam passando ou os responsáveis estavam por perto. Algumas dessas pessoas não sabiam por que estávamos conversando. Certas perguntas precisaram de momentos mais oportunos para sua realização. Em alguns momentos,

percebi que os entrevistados ficavam um pouco constrangidos por precisarem ficar em uma das casas e por serem beneficiados, de certo modo, por elas.

Em algumas entrevistas, os homens iam contando suas histórias e falando de suas trajetórias de vida, aproveitando a oportunidade para me ensinar sobre alguns assuntos, bem como sobre valores morais. Percebi também que algumas perguntas foram mais difíceis de serem compreendidas, principalmente as relacionadas aos participantes como homens; questões sobre seus atributos de masculinidades precisaram ser reelaboradas continuamente.

Ao final das entrevistas, quando terminamos de gravar, alguns entrevistados perguntaram se o gravador estava desligado, pois havia coisas que não poderiam ser ditas enquanto o aparelho estivesse ligado. A sensação que tenho é de que havia vários fatores que se combinavam e recombinavam na realização das entrevistas – o que é certo, o que pode ser dito, o gênero da pessoa com quem se fala autoriza que se fale de algumas coisas e não outras, a idade de quem ouve ou de quem fala. Além disso, nos momentos de ouvir e transcrever as entrevistas, sempre surgia uma pergunta que poderia ter sido feita, mas não foi. Imagino que essas sejam algumas das possibilidades e dos limites da realização de entrevistas.

Ao fim, as entrevistas representaram algo bom, tanto para os entrevistados quanto para mim. Os entrevistados manifestaram terem gostado da experiência; alguns agradeceram, outros disseram sentir-se aliviados por terem desabafado, por terem falado de coisas sobre as quais nem pensavam ou pouco falavam. Como disse anteriormente, um dos participantes perguntou como tinha sido a entrevista, e então me dei conta de que eu não havia feito que essa pergunta. O entrevistado disse que havia gostado de participar, que tinha sido bom para ele. Ao ouvir isso, fiquei pensando que talvez as coisas das quais ele havia falado possivelmente ele não falasse com outras pessoas; ele havia exposto seus medos e suas preocupações, entre outras coisas. Fiquei satisfeita com as entrevistas, com a sensação de que elas se constituiriam em um material com muitos elementos de análise.

#### 1.4 CENÁRIOS DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas em três casas de passagem, todas com organizações semelhantes, sendo que apenas uma delas possui um espaço mais amplo e algumas regras a mais. Vou descrever a estrutura física e o funcionamento das casas como um modo de caracterizar esses locais e com o intuito de recuperar, (re)constituir e tornar mais próximo o cenário das entrevistas. Com isso, tento (re)compor a experiência vivida e, assim, aproximar o leitor da situação e da vivência em uma casa de passagem, a partir de meu olhar interessado de aprendiz pesquisadora, portanto, um olhar político.

As casas geralmente são imóveis adaptados, e todos os espaços são coletivos. A sala de estar é a peça mais ampla, onde há sofás e televisão. A cozinha possui equipamentos e utensílios básicos, como geladeira, fogão, panelas, pratos, talheres. É o local onde as pessoas se organizam para preparar suas refeições. Algumas vezes, as pessoas reúnem-se e preparam refeições para o grupo todo ou para pequenos grupos. Há também situações em que uma pessoa convida outra para almoçar. Enfim, são várias as possibilidades.

Nas casas menores, geralmente se faz um almoço comunitário – um mutirão em que as mulheres preparam os alimentos e as despesas são divididas. Alguns dos participantes da pesquisa informaram que ‘ajudavam’; seu modo de ajudar no preparo das refeições era através das colaborações financeiras, ou seja, dando dinheiro para comprar os ingredientes, e as mulheres é que preparavam o almoço. A colaboração financeira é um modo importante de cooperar, principalmente nessa situação, mas traz consigo características de identidades masculinas que se configuram pelo status de provedor. Um dos administradores de uma das casas disse: “As mulheres tomam conta da cozinha, e os homens passam a maior parte do tempo vendo televisão”.

As casas podem ser consideradas como territórios marcados por gênero. As relações sociais são relações baseadas nas diferenças de gênero, e estas produzem e reproduzem modos de viver e agir significados e socializados através da cultura. Tais diferenças têm funções ordenadoras da convivência humana. A divisão sexual do trabalho, na situação em que os homens predominantemente trabalhavam fora de casa, nos espaços públicos, representa esforços, produtividade e remuneração; as mulheres frequentemente eram responsáveis pelo trabalho doméstico, que, além de ser menos valorizado, não é remunerado. A função de provedor atribuiria a manutenção da família, assim como maior poder de decisão e prestígio, aos homens,

imputando uma postura servil para as mulheres. Principalmente para os homens participantes desta pesquisa, hoje idosos, tais diferenças foram mais marcantes e mais significativas, sendo reproduzidas, mesmo em contextos diferentes, nas casas de passagem e mantendo semelhanças com as relações domésticas e familiares (Héctor Bonaparte, 2000).

Na casa mais ampla, onde havia mais fogões e várias geladeiras, pude perceber que as pessoas convidavam umas as outras, formando pequenos grupos, não chegando a compor um grupo único. Algumas pessoas, ainda, optavam por almoçar em restaurantes. Tudo ficava a critério das pessoas – as casas não ofereciam refeições, somente disponibilizavam o espaço e os equipamentos necessários.

Os quartos são como ‘enfermarias’. Segundo informações do administrador de uma das casas de passagem, as casas abrigam pessoas para que estes possam realizar ou acompanhar tratamentos de saúde, de certo modo, é um lugar que presta algum tipo de cuidado, apresentando uma organização que pode lembrar a de um hospital. Os quartos são separados por sexo – há quartos para homens e quartos para mulheres. Eles possuem vários beliches. Em alguns, há roupa de cama e cobertores; em outros, as pessoas precisam levar os seus.

As casas contam, ainda, com banheiros, espaços externos e área nos fundos ou na frente. Existem pessoas contratadas para a limpeza pesada, mas quem utiliza a casa necessita colaborar com a organização, a limpeza e a conservação.

Há algumas regras para o funcionamento das casas. Só é permitido um acompanhante por pessoa; não se pode fumar na casa; as pessoas não podem ir de um quarto para o outro; as mulheres não podem entrar no quarto dos homens e vice-versa (essa é uma regra geral de relação entre os gêneros que se encontra na maioria dos locais coletivos). Em virtude de os atendimentos começarem bem cedo e da chegada de pessoas de outros municípios, os hóspedes têm horário para desligar a televisão, mas com exceções, como no caso de a novela terminar depois das 22 horas ou de haver jogos de futebol. A casa maior possui alguns recursos a mais: tem dois quartos de emergência, que foram pensados para o caso de um casal com necessidades especiais, cadeirantes ou quem necessite de fraldas – isso para que as pessoas possam ficar juntas, mas sempre com a orientação de o acompanhante ser do mesmo sexo do hóspede; caso isso não seja possível, aceita-se que sejam de sexos diferentes.

Em todas as casas, existe também o alojamento dos funcionários. Todos são homens, exceto as responsáveis pela limpeza, que são mulheres. Todas as casas têm pelo menos um

funcionário responsável, o administrador. Perguntei para um deles se tinha alguma razão para o fato de os administradores e/ou responsáveis todos serem homens nas outras casas de passagem também. Ele ainda citou outras casas onde a realidade era a mesma e disse acreditar que isso acontecia pela possibilidade de permanecer fora de casa e não constituir família. Ele trabalhava de segunda a sexta no horário comercial; às vezes, ele ficava à noite, com revezamento nos plantões de final de semana. Existem outras casas onde o administrador mora em tempo integral, saindo eventualmente.

As casas de passagem assemelham-se às casas como espaços domésticos, pelas estruturas físicas, modos de organização e finalidades. Mas os espaços domésticos são territórios predominantemente de responsabilidades femininas, desde a reprodução e o cuidado com a educação e saúde das crianças até o cuidado de doentes e idosos, o preparo da alimentação e a limpeza. No entanto, as casas de passagem são administradas por homens. Embora sejam casas, são consideradas como espaços públicos de trabalho onde se estabelecem relações racionais de administração, isso porque existe um trânsito muito grande de pessoas, em situações geralmente relacionadas a sofrimento e adoecimento. Tal configuração reproduz e reforça as diferenças entre os gêneros. A necessidade de permanecer em alguns locais por tempo integral ou com uma dedicação quase exclusiva talvez possa ser mais fácil para homens do que para as mulheres, visto que as diferentes construções sociais imprimem e almejam comportamentos distintos para homens e para mulheres. O maior desprendimento das relações familiares e a racionalidade estão mais relacionados com as masculinidades, em oposição às emoções, ainda consideradas como femininas; talvez esse possa ser um dos fatores que contribuem para a escolha de homens para ocupação desse tipo de lugar.

As pessoas chegam às casas de passagem através de encaminhamentos da Secretaria de Saúde do município ou de pessoas que já conhecem as casas. A organização para o recebimento das pessoas dá-se por agendamento prévio, feito pelas próprias pessoas interessadas e/ou por funcionários(as) das secretarias municipais de saúde, que ligam com antecedência para saber se há vaga para o período desejado. O mais freqüente é que as pessoas cheguem por transporte dos próprios municípios ou por transporte comum, com passagens pagas pelas secretarias de saúde e/ou assistência social. As casas de passagem localizam-se em vários pontos da cidade de Porto Alegre. As casas onde foi realizada a construção dos dados empíricos localizam-se duas no centro da cidade, na Rua Duque de Caxias e a outra no bairro Partenon, na Rua Silvano.

Vale lembrar rapidamente a lógica de organização do funcionamento das ações em assistência nacional em saúde para podermos compreender um pouco sobre a localização e a função das casas de passagem no sistema de saúde e na vida das pessoas que fazem uso delas. As primeiras ações em saúde desenvolvidas em nível nacional têm um caráter central, ou seja, elas são desenvolvidas abrangendo todo o país. No entanto, peculiaridades regionais, como clima e necessidades diferentes, não permitem que esse caráter central contemple todas as particularidades regionais e locais.

Em meados dos anos 50, inicia-se no Brasil o movimento de descentralização das práticas em saúde, sendo retomado em termos de política pública nos anos 80, com a crise das políticas sociais do Estado. O movimento agora incorpora a descentralização dos serviços locais, crescendo a idéia de participação da sociedade civil, o que começa a ser operacionalizado na década de 90. A organização do Estado favorece a descentralização de ações e serviços, ou seja, delegação das funções de planejamento e gestão para os serviços em níveis locais, no interior dos próprios municípios, municipais, regionais, estaduais e federal, mas com concentração dos recursos financeiros, estabelecendo uma lógica de “repasses” de verbas e gerando dependência dos estados e municípios do poder central para desempenhar suas atividades. “No desenvolvimento desta lógica de ‘repasses’, a partir de um certo ponto, o poder central passa a agir como um agente financeiro em relação a essas unidades, ‘emprestando-lhes’ os recursos necessários [...]” (Madel Luz, 2006, p.20), o que não ocorre no mesmo ritmo em que foram repassadas as obrigações.

Surge o Sistema Único de Saúde (SUS), com sua política de descentralização de ações em saúde organizadas segundo níveis de atenção em saúde. Os níveis de atenção em saúde são subdivididos e classificados de acordo com a complexidade das doenças e a necessidade de aparato tecnológico para realização de exames diagnósticos e intervenções. São eles: atenção primária, secundária e terciária, ou atenção básica, nível médio e alta complexidade.

Os municípios são responsáveis pela atenção básica, devendo estruturar suas ações em saúde com enfoque na promoção e prevenção centradas nas pessoas, permitindo, inclusive, que os cidadãos participem das decisões na organização dos serviços, sem desconsiderar a assistência às doenças. Por meio da regionalização da saúde, determinados municípios, selecionados de acordo com critérios populacionais, geográficos e de infra-estrutura, seriam referência para

atendimentos dos municípios menores. Cabe ao estado assumir questões de alta complexidade, sendo organizado um fluxograma.

Entretanto, o sistema ainda não funciona como planejado, e o que os municípios não conseguem atender é encaminhado para Porto Alegre. Assim, o que deveria ser somente o último recurso acaba sendo o que é mais procurado. Desse modo, pessoas que necessitam de consultas com especialistas, realização de exames, cirurgias, radioterapia e quimioterapias, entre outros tratamentos, assim como familiares que acompanham pacientes e não têm onde ficar, recorrem às casas de passagem. Então, a baixa eficácia do sistema de saúde gera uma nova necessidade, uma nova demanda, atendida de algum modo por essas casas.

A baixa eficácia do sistema deve-se em parte ao processo incompleto de descentralização. Ocorreu apenas a descentralização de ações, não se concretizando uma descentralização total, pois não houve a “desconcentração” de recursos, o que às vezes chega a inviabilizar o funcionamento do sistema por insuficiência de recursos. Essa é uma das perspectivas analisadas como um dos entraves para o funcionamento da lógica descentralizada de ações e serviços (Madel Luz, 2006). O funcionamento mais próximo do adequado implicaria um número menor de encaminhamentos, e apenas os atendimentos de alta complexidade demandariam a necessidade de permanência ou, no mínimo, de deslocamento para tratamento em Porto Alegre. Portanto, as casas de passagem permaneceriam existindo e sendo úteis para pessoas que não têm condições financeiras para permanecer em hotéis e/ou pousadas, mas também para pessoas que não conhecem a capital.

As casas de passagem surgiram, segundo contam algumas pessoas ligadas a elas, para atender às necessidades de assistência à saúde da população. Algumas casas de passagem existem há mais de doze, vinte anos, e atendem em média 300 a 500 pessoas por mês. A casa que tem uma estrutura maior chega a atender aproximadamente 1.500 pessoas por mês e tem uma rotatividade muito grande. Essas casas de passagem hospedam especificamente pessoas com problemas de saúde e/ou familiares de pessoas hospitalizadas em Porto Alegre. As casas possuem ambientes coletivos que estão disponíveis para as pessoas se organizarem e suprirem suas necessidades. Existem pessoas que as procuram por outros motivos que não a saúde, mas, no caso, só se abrem exceções, em algumas casas, nos finais de semana, como, por exemplo, pessoas que vêm para fazer algum curso.

As casas de passagem são conhecidas e denominadas por diferentes nomes. Algumas são conhecidas como casas de apoio ou casas solidárias; outras se constituem como fundações. Optei por utilizar a denominação de casas de passagem por se tratar de um local de estada temporário, provisório, com funcionamento similar ao de uma casa, com a diferença de serem espaços coletivos, com necessidade de interlocução e compartilhamento de espaços e regras.

Outras especificidades em relação ao funcionamento das casas é que há uma planilha com o cadastro das pessoas que chegam, assim como uma planilha que organiza os horários de consultas. Todas as casas têm pelo menos um motorista à disposição, que organiza o transporte dos usuários, seja no recebimento das pessoas na rodoviária, no transporte até a casa de passagem ou nas idas e vindas dos atendimentos.

As casas de passagem cumprem uma função para além da hospedagem. São lugares de escuta, de acolhimento, de compartilhamento, de trocas, de solidariedade, tanto entre os funcionários quanto entre as pessoas que estão utilizando os serviços das casas, que são gratuitos.

Um dia, quando eu estava em uma das casas de passagem, presenciei uma cena de cuidado em que um casal (heterossexual) estava pronto para ir embora. A mulher havia se submetido a um procedimento e precisava ficar com a perna elevada (o que pude ver foram apenas as ataduras). Um homem, funcionário da casa, provavelmente um dos motoristas, questionou como ela iria pegar ônibus, subir no ônibus e viajar, tendo que permanecer com a perna estendida. Essa foi uma das situações em que pude perceber o quanto as pessoas responsáveis pelas casas e os motoristas se sentem responsáveis pelas pessoas que lá se encontram, atuando como seus cuidadores. Há um envolvimento, cada um a seu modo, assim como há preocupação e cuidado.

As pessoas são identificadas principalmente pelo município de onde vêm. A maioria não é identificada pelo nome. Uma informação que serve como marcador identitário é a situação de doença, motivo pelo qual a pessoa se encontra na casa de passagem.

## 1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Passo agora a apresentar brevemente um perfil dos homens que compõem esta pesquisa, de modo a contextualizar quem são eles e um pouco das suas trajetórias de vida. Optei por usar numeração para identificá-los. Tal escolha foi feita porque acredito que mesmo um nome fictício poderia gerar alguma situação de constrangimento para os Informantes. Além disso, penso que essa forma torna a leitura mais fluída.

- **Informante 1:** 75 anos, comerciante aposentado, permanece trabalhando no seu comércio, ensino fundamental incompleto, casado, quatro filhos (uma filha falecida aos 27 anos com câncer). Ex-tabagista, diagnóstico de diabetes. Motivo do tratamento: descolamento de retina e pálpebra caída.
- **Informante 2:** 64 anos, trabalhava em uma pedreira, aposentado, não trabalha em virtude da doença, analfabeto, casado, 10 filhos. Ex-tabagista, ex-alcoolista. Motivo do tratamento: câncer de intestino e próstata.
- **Informante 3:** 67 anos, agricultor aposentado, continua trabalhando, ensino fundamental incompleto, casado, com filhos. Tabagista. Motivo do tratamento: câncer de esôfago.
- **Informante 4:** 64 anos, agricultor aposentado, não trabalha mais, casado, sete filhos, com netos, analfabeto, ex-tabagista. Tratamento atual: mancha no pulmão.
- **Informante 5:** 83 anos, agricultor, solteiro, sem filhos, aposentado, continuou trabalhando mesmo depois de aposentado, mas atualmente não trabalha mais. Segundo ele mesmo relata, esteve no colégio, mas nunca aprendeu nada, pois era muito arteiro; ex-tabagista. Motivo do tratamento: câncer de esôfago.
- **Informante 6:** 65 anos, comerciante aposentado; ele e a esposa permanecem trabalhando com o comércio. Casado, sem filhos, estudou muito pouco porque, na época, não havia escolas no interior, ex-tabagista. Motivo do tratamento: lesão no intestino.

- **Informante 7:** 73 anos, agricultor, aposentado. Casado, com filhos e netos, não frequentou a escola, sabe ler um pouco, mas agora apresenta dificuldade visual. Motivo do tratamento: câncer de próstata.
- **Informante 8:** 62 anos, comerciante aposentado, permanece com o comércio, onde os filhos também trabalham; casado, com filhos, diabético, com amputação de dedos e parte do pé, ex-tabagista. Nível de escolaridade: curso técnico. Motivo do tratamento: diabetes.
- **Informante 9:** 67 anos, ensino fundamental incompleto, técnico em veterinária, agropecuarista, aposentado, casado, tem filhos, cardiopata, ex-tabagista. Motivo do tratamento: cardiopatia.

Esses homens, além de alguns critérios delimitadores do *corpus empírico* necessário para realização desta pesquisa, tais como idade e sexo, apresentam outras características comuns que refletem alguns dos sentidos e significados por eles compartilhados, um pouco relativos à cultura e à organização social. Todos eles são aposentados, no entanto, a grande maioria deles permanece trabalhando, mesmo com idade avançada e restrições impostas devido aos tratamentos aos quais estão sendo submetidos em decorrência das situações de adoecimento. O trabalho é considerado um atributo muito valorado da identidade masculina; constitui-se em uma referência importante na vida desses homens, presente nas narrativas referentes às suas trajetórias de vida.

Outra similaridade entre os entrevistados encontra-se nos modos de composição e organização familiar. Os modos predominantes de organização social dos entrevistados são baseados nas estruturas familiares nucleares, “normalmente associada à unidade doméstica composta de pai, mãe e todos os filhos nascidos do casal” refletindo a socialização e a naturalização desse modelo, que passa a vigorar, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, não somente como o mais “natural”, mas também como “a única forma sadia de organização familiar e desvios implicariam em sérios riscos para saúde mental [...]” (Claudia Fonseca, 1999, p. 257).

Isto se reflete na formação familiar dos entrevistados. Dos nove homens participantes da pesquisa, oito são casados, sete têm filhos – apenas um casal não teve filhos, devido à

impossibilidade da esposa de engravidar (segundo suas informações, não foi sua opção não ter filhos; o casal chegou a pedir para adotar uma criança, mas isso não se concretizou). Apenas um dos entrevistados não casou. Ele disse não ter sorte com as mulheres e gostar de liberdade. Para todos, a relação e a manutenção dos laços de parentesco é apreciada, principalmente para a ‘transmissão’ de valores e a manutenção das tradições familiares.

Os níveis de escolaridade são baixos. Há um homem que refere ser analfabeto, e os demais cursaram alguns anos do ensino fundamental. Vários foram os motivos pelos quais eles não freqüentaram ou pouco freqüentaram a escola, dentre eles, a dificuldade de acesso, pois havia poucas escolas e a distância até elas era muito grande. Como a maioria das escolas era privada, o custo tornava-se muito elevado, principalmente pelo fato das famílias serem numerosas. Outro fato que contribuiu para a pouca freqüência na escola era a necessidade de os filhos ajudarem no trabalho.

Outra peculiaridade entre os homens entrevistados é sua ligação com o tabagismo. Dos nove entrevistados, sete deles denominam-se ex-tabagistas; um deles permanece fumando. Somente um dos Informantes não se pronunciou sobre esse assunto no decorrer das entrevistas, portanto, não posso afirmar se era ou havia sido tabagista. Os entrevistados concordam que o fumo é prejudicial à saúde, apenas um deles, em tratamento para câncer de esôfago, não considera o tabagismo como um fator pré-disponente para sua situação de adoecimento.

A vida é um processo contínuo, permeado por diversos atravessamentos, combinações e recombinações cambiantes, provisórias e contingentes. A velhice, a saúde e a doença fazem parte da vida, sendo destacadas nas trajetórias de vida dos participantes desta pesquisa. Os múltiplos e distintos modos de viver a vida e as masculinidades e os vários modos de conceber a velhice, a saúde e a doença podem corroborar para a compreensão dos processos de subjetivação e dos modos de lidar com essas situações e, talvez, contribuir para o cuidado em saúde.

## **2 MASCULINIDADES: compondo identidades**

Neste capítulo, articulo, de maneira inicial, os elementos gênero, cultura e poder, que compõem a rede conceitual de que necessito para entender o cenário de práticas sociais que auxiliam na compreensão e contextualização das masculinidades. Apresento um conjunto de questões referentes à construção das masculinidades e de suas relações, para uma melhor compreensão dos sujeitos desta pesquisa.

Inicialmente, cabe especificar a que estou me referindo quando afirmo que as masculinidades são construídas. Vou recorrer à idéia de Popkewitz apud Alfredo Veiga- Neto (2007, p.30) “mesmo ocorrendo ‘coisas’ no mundo, não é isso que importa. O que importa são as ‘práticas lingüísticas<sup>26</sup> dos campos disciplinares [...] que atuam através da produção de signos e de sistemas de significação’”. Isso tem efeito em produzir sentidos e significados relacionados aos fenômenos nos campos sociais. É através do processo de significação cultural e sua socialização que damos sentido ao mundo. Nem sempre os sentidos que atribuímos são os mesmos em outras culturas e em outros momentos históricos, assim como, numa mesma cultura e num mesmo contexto histórico, os sentidos atribuídos por indivíduos situados em posições diferentes podem ser diferentes. Os sentidos podem variar, ainda, de acordo com diferenciais de gênero, raça, classe, religião, faixa etária.

As práticas cotidianas que experienciamos ensinam-nos a atribuir significados e sentidos aos gestos, sentimentos, aos objetos, às pessoas e a nós mesmos. Aprendemos a desenvolver sensações e a reconhecê-las – as sensações de prazer, desprazer, alegria, tristeza, fome, medo, entre outras (Nadia Geisa de Souza, 2000).

Como já nascemos mergulhados em uma cultura, tomamos essas sensações como ‘naturais’. Sob essa ótica, nem mesmo os corpos, que tradicionalmente aprendemos a conhecer e compreender como naturais, escapam do âmbito da cultura. Como afirma Guacira Louro, “através de processos culturais definimos o que é natural; produzimos e transformamos a natureza e o biológico e, conseqüentemente, as tornamos históricas” (2007, p.11). É através do processo de significação cultural que características físicas, tais como sexo, podem ser

---

<sup>26</sup> Ao referir-me a práticas lingüísticas, falo do processo através do qual a linguagem se constitui como um elemento central na cultura pelo qual atribuímos sentidos às coisas, aos objetos, às sensações, aos acontecimentos, enfim, às coisas do mundo e a nós mesmos. Através da linguagem, construímos modos de conhecer e de sermos conhecidos, compreendidos, interpretados (Dora Oliveira, Dagmar Meyer, Luis Henrique Sacchi dos Santos, Daniela Wiilhelms, 2004).

construídas e significadas “como mais importantes ou menos pertinentes para a definição de uma identidade de gênero ou sexual” (Guacira Louro, 2004c, p.206). Essas afirmações, para mim, necessitaram de certo investimento na tentativa de compreendê-las, pois soaram muito estranhas para alguém oriunda das ciências naturais. Seduzida pela perspectiva da significação cultural e com as possibilidades que ela traz, vou buscar construir uma rede de significados com base nessa e em outras premissas.

Adotar uma perspectiva com ênfase em aspectos culturais não significa negar a materialidade biológica dos corpos; significa dizer que os significados destinados a essa materialidade biológica só adquirem sentido na cultura e através de seus processos de socialização. Ou seja, por meio de diversas práticas pedagógicas cotidianas e por eventos singulares, aparentemente triviais, comuns nas relações familiares, de trabalho, na escola, mídia, entre outras, aprendemos como atribuir diferentes sentidos às ‘coisas’ (Guacira Louro, 1995).

Assim como as coisas, as situações e os objetos, as identidades e os corpos também são construídos por meio de sistemas simbólicos com os quais se identificam ou dos quais se diferenciam. As identidades são relacionais: “a identidade depende para existir de algo fora dela: a saber, de outra identidade [...], de uma identidade que ela não é [...], mas que, entretanto, fornece condições para que ela exista” (Kathryn Woodward, 2007, p.9); portanto, a identidade é composta pela diferença. A identidade é marcada por meio de símbolos. Existem associações entre o que as pessoas são, traços de personalidade e o que ela usa e a sua identidade.

As identidades são múltiplas, construídas social e historicamente através de vários dispositivos<sup>27</sup>. Idade, raça, classe, religião, etnia, gênero são elementos que se combinam e recombinaem na constituição dessas múltiplas identidades, sendo acionados minuciosamente nos eventos cotidianos. Esses elementos interagem, compondo e, por vezes, colocando sob tensão, fragmentando e multiplicando posições de sujeito e configurando alguns traços identitários, provisórios, contingentes, localizados em determinados contextos sociais e culturais, assim como em determinados períodos de tempo.

Os sistemas simbólicos de significação não agem isoladamente. Pierre Bourdieu (1995, p.145) procura demonstrar o que chama de “somatização das relações de dominação”, afirmando

---

<sup>27</sup> Considero dispositivos como mecanismos que acionam e constroem práticas culturais, discursivas e não-discursivas que operam na construção de nossas concepções sobre o mundo e sobre as coisas, consideradas em conexão com o poder (Maria Isabel Bujes, 2007; Marisa Costa – sobre os estudos culturais e Tomaz Tadeu da Silva, 2000).

que “o golpe de força que o mundo social exerce sobre cada um de seus sujeitos consiste em imprimir [...] em seu corpo um verdadeiro programa de percepção, de apropriação e de ação que, na sua dimensão sexuada e sexuante, como todas as outras, funciona como uma natureza (cultivada, segunda)”. Podemos pensar em um conjunto complexo de processos educativos empreendidos pelas famílias, práticas escolares, religiões, meios de comunicação de massa, “pelos quais os indivíduos são transformados em sujeitos de uma cultura” (Dora Lúcia Oliveira, Dagmar Meyer, Luis Henrique dos Santos e Daniela Wilhelms, 2004, p.1310). Desse modo, esses processos educativos “também imprimem no corpo [...] disposições, atitudes, comportamentos, que num determinado momento e espaço social, são considerados adequados [...]” (Guacira Louro, 1995, p.89). Mesmo concebendo que os significados e sentidos atribuídos aos fatos, às coisas e às pessoas são construídos, em nossas ações os produzimos, reproduzimos e (re)significamos.

Meu olhar volta-se para as trajetórias de vida de homens com mais de 60 anos, doentes que saem de suas cidades onde moram para fazer tratamentos em Porto Alegre. Interessava-me estudar alguns processos que contribuíram para sua formação de sujeitos masculinos e perceber a articulação de processos educativos na construção dessas identidades masculinas e a forma como contribuíram para a vivência do envelhecimento, da velhice e do adoecimento.

Entendo que diversas pedagogias são acionadas constantemente no cotidiano da vida das pessoas e se constituem em modos de produção de subjetividade. Conhecer a engrenagem social e cultural à qual os homens que fizeram parte desta pesquisa pertencem possibilita a compreensão das construções de masculinidades e a representação de algumas possíveis interações com aspectos específicos vivenciados pelos participantes, como o envelhecimento, a saúde e o adoecimento. Considero o cenário de práticas como esferas micro e macrossociais onde as ações e relações sociais acontecem, pensando em “ação social como um comportamento que é distinto daquele que é parte da programação genética, biológica ou instintiva – é que ela requer e é relevante para o significado” (Stuart Hall, 1997, p.16). Ou seja, as ações sociais são significativas tanto para quem as executa quanto para quem as observa; são os sentidos que damos às nossas ações e através dos quais interpretamos as ações alheias.

Pensando-se que as identidades são provisórias e contingentes, acionadas pela cultura e, portanto, inacabadas, percebe-se que múltiplos processos pedagógicos contribuem para a elaboração de diferentes modos de ser, de agir e de se relacionar com determinados eventos

cotidianos que compõem o andar da vida. Desse modo e com essa configuração de situações de vida, talvez se tenha um cenário interessante para problematizar as questões relativas à construção das masculinidades e às representações de envelhecimento, saúde e doença em homens maiores de 60 anos que saem de suas casas para realizar tratamento em Porto Alegre, permanecendo em casas de passagem por determinados períodos. Essas representações só adquirem sentido em uma determinada cultura em determinado momento histórico, portanto, são constantemente (re)produzidas e até mesmo rejeitadas.

O processo de construção de significação e representação social não é tranquilo, garantido. Ele ocorre por meio de disputas de poder em que diversas pedagogias são acionadas cotidianamente, lutando por reconhecimento e constituindo modos de subjetivação. As construções de sentidos e significados vão fazer com que ajamos de determinados modos e não de outros frente a determinadas situações de vida, temporais, sempre em processo de manutenção e transformação, ocasionando mudanças sociais e sofrendo alterações em decorrência destas, o que possibilita que o próprio indivíduo se reconheça, se identifique e se diferencie socialmente, principalmente nas identidades de gênero.

## 2.1 O HOMEM OU OS HOMENS?

Durante um longo período da história, o homem foi – e até hoje é, em muitas áreas do conhecimento e para muita gente – tomado como sinônimo de humanidade. O substantivo *homem* era empregado para narrar episódios, lutas, conquistas, mesmo que em cena também estivessem envolvidas, em grande número, outras pessoas, como mulheres, crianças e velhos. A palavra *homem* era mais utilizada de modo genérico, englobando todos os indivíduos.

Isso pode refletir-se no modo como os indivíduos constroem suas identidades. Talvez essa posição de sujeito como sinônimo de humanidade cause certa dificuldade de falar sobre si e acabe falando de situações mais amplas, genéricas, englobando outros. Segundo Guacira Louro (2007, p.16), “os grupos sociais que ocupam as posições centrais, ‘normais’ (de gênero, de sexualidade, de raça, de classe, de religião, etc.) têm possibilidade não apenas de representar a si mesmos, mas também de representar os outros. Eles falam por si e pelos ‘outros’ (e sobre os outros)”.

Pude perceber isso durante as entrevistas, quando eu perguntava sobre como os participantes se definiam como homens. Tal pergunta parecia soar muito estranha, tanto que alguns dos Informantes a repetiam. Esse foi um tema difícil de ser abordado; a pergunta foi muitas vezes reformulada para conseguirmos falar sobre as masculinidades, algo sobre o qual os entrevistados também tiveram certa dificuldade para falar. Na fala a seguir, o entrevistado, para falar de si, reporta-se ao homem, como se existisse apenas um homem e um modo de ser homem. Mas esse modo aparece sendo problematizado, na medida em que ele se questiona a respeito dos valores e atributos de masculinidade como, a honestidade.

Qualidade do homem, ele tem que ser sério, honesto, trabalhador, não botar a mão no que é dos outros, não. Ser, assim, justo, não é verdade? Eu, na minha vida, fui sério, só fui honesto. Hoje eles me chamam de trouxa, porque fui honesto, hoje sou honesto, tu vês que sou honesto até na fala, não é verdade? (Informante 1).

Tomo por empréstimo a pergunta que faz Tomaz Tadeu: “como se faz do homem um homem?” (2007a, p.95). É uma pergunta complexa, contraditória e instável, talvez um tanto difícil, inclusive para os próprios homens responderem. Podemos perceber que as respostas para tal pergunta nas falas dos Informantes caracterizam uma determinada época em que os valores morais eram mais reforçados e ‘deveriam’ ser incorporados e articulados com as definições das identidades, qualidades e atributos de masculinidade.

Nas falas, também emerge a questão da construção da identidade composta pela relação com as diferenças. Quando o Informante 1 fala que ‘outros’ acham que ele é trouxa porque foi honesto, fica implícito na fala que sua identidade de sujeito honesto se constrói na relação com sujeitos não-honestos. Temos a possibilidade de perceber que a honestidade foi mais valorizada em um determinado momento da história, funcionando como atributo ligado à masculinidade. Atualmente, tal valor vem sendo modificado, (re)significado e até mesmo negado, sendo construídos significados e comportamentos pejorativos a quem apresenta essa característica. Aparece uma relação de poder entre homens honestos e homens não-honestos – em um dado momento histórico, esse valor prevaleceu sobre o outro. Na fala do Informante 1, essa relação mostra-se mais conflituosa, mas prevalece a honestidade como um valor.

A cultura possibilita que se ensinem, se reconheçam e se esperem determinados comportamentos para homens e mulheres. Conforme Hall (1997, p.16):

A ação social é significativa tanto para aqueles que a praticam quanto para os que a observam: não em si mesma, mas em razão dos muitos e variados sistemas de significado que os seres humanos utilizam para definir o que significam as coisas e para codificar, organizar e regular sua conduta em relação aos outros. Estes sistemas ou códigos de significado dão sentido às nossas ações. Eles nos permitem interpretar significativamente as ações alheias. Tomados em seu conjunto, eles constituem nossas “culturas”.

As sociedades criam, (re)produzem e (re)significam modos do que é ser homem e ser mulher, do que é feminino e do que é masculino. O conceito de gênero constitui-se como um elemento identitário que compõe as múltiplas identidades dos sujeitos. As identidades masculinas contemplam diferentes identidades de gênero e estão imbricadas em processos de diferenciação e relações assimétricas de poder:

[...] o conceito de gênero remete a todas as formas de construção social, cultural e lingüística, implicadas com processos que diferenciam mulheres de homens [...], como sendo constituídos e atravessados por representações – sempre múltiplas, provisórias e contingentes – de feminino e masculino e que, ao mesmo tempo, produzem e/ou ressignificam essas representações (Dagmar Meyer, 2004, p.15).

As construções sociais e culturais de gênero produzem e compartilham um conjunto de significados entre a sociedade, o que permite que, quando se fala de homens e de masculinos, se reconheça e se compreenda a que isso se refere. Toda cultura tem uma definição da conduta e dos sentimentos apropriados para homens e mulheres, de algumas formas que devem se aproximar e outras que devem se distanciar.

[...] socialmente nenhum menino “nasce homem”, mas “torna-se homem”, isto é, a identidade masculina não está assegurada somente por atributos anatômicos, como posse de um pênis ou uma musculatura desenvolvida, mas sim pela filiação do indivíduo a um grupo e a determinados valores e condutas considerados masculinos (Fátima Cechetto, 2004, p.77).

Atributos como coragem, responsabilidade e capacidade para administrar, num sentido mais amplo, esferas macrossociais, além das esferas microssociais; capacidade de enfrentar dificuldades e resolver problemas mais graves ou considerados mais importantes, que possivelmente outros tentaram solucionar e não foram bem-sucedidos. Estas são marcas importantes na construção da identidade masculina que encontramos na fala de outro Informante:

Bom, como eu pego isto... Importante é ter coragem e enfrentar e resolver o problema. É que nem fosse administrar uma firma, tem que ser responsável. Administrar, administração, como ser candidato a prefeito, vereador, tem que saber administrar (Informante 3).

Ao falar-se das identidades masculinas, considerando-se a multiplicidade de fatores envolvidos na sua construção – elementos como idade, raça, classe, religião, etnia e gênero, que se combinam e recombina para constituí-las –, as questões de gênero se sobressaem nas definições das identidades do entrevistado. Quando o Informante reitera a pergunta, parece-me que está questionando: “que pergunta é esta?”. Talvez ele considere essa questão como possuidora de uma resposta dada, no sentido de estranhar uma pergunta que teria uma resposta tão óbvia – como se “a norma não precisasse dizer de si, ela é a identidade suposta, presumida; e isso a torna, de algum modo, praticamente invisível” (Guacira Louro, 2000, p.68).

Já o Informante 1 identifica-se na relação com o que dele se diferencia, como se pode perceber na fala:

Coisas de homem? Eu não acho muita diferença de homem e mulher. Eu acho que a mulher tem que ter a mesma liberdade do homem. Coisas de homem, eu acho que é machismo. Coisas de homem, eu acho que é machismo, não sei, eu penso, não sei se estou certo ou errado, porque o que tem de diferença do homem e a mulher no trabalho, ela trabalha mais do que o homem, porque a mulher, se é colona, ela vai pra roça, ela vai pra casa, lava roupa e faz comida. O homem senta e toma chimarrão. Eu acho que o homem tem menos trabalho do que a mulher e eu acho muito que não está certo. A mulher tem que ter mais um pouquinho de liberdade e deveria ter o salário justo também, porque, realmente, pode ver que o salário da mulher é mais baixo, por quê? Se você é mulher e é governadora do Estado, por que pagar menos a elas do que ao homem? Por que ele era homem? Não acho certo. O que tu achas? (Informante 1).

Os homens freqüentemente constroem suas posições de sujeito e identidades masculinas em relação às mulheres. O participante assinala as diferenças entre homens e mulheres em sua fala, trazendo a questão da liberdade, acreditando que os homens têm maior liberdade do que as mulheres e justificando que não encontra razões para tais diferenças. Do seu modo, e de certa maneira, ele problematiza as diferenças biológicas como explicação e justificativa para as desigualdades entre homens e mulheres. Se recuperarmos a afirmação de Guacira Louro (2004b) sobre a forma como se escreve, a fala estará articulada com a forma como se conhece e pensa.

Do mesmo modo que ele problematiza, em sua fala, a relação desigual entre homens e mulheres, ele traz a questão do machismo como expressão máxima da construção de relações sociais desiguais marcadas pelo preconceito e pela discriminação, o que interfere nos modos de organização social. Isso garantiria, de certo modo, privilégios para os homens, assinalando a construção de modos de agir e atribuições distintas em pólos opostos.

Há uma marca de binarismos presente na fala do Informante 1 quando afirma não saber se está certo ou errado. Imagino ser essa uma característica mais presente no início da vida desses homens, com o cumprimento de valores mais rígidos, como o silêncio e os gestos, que por si só determinavam modos de comportamento ou punição. Ele se indaga sobre as diferenças de gênero, trazendo a questão do trabalho, a dupla jornada de trabalho da mulher, somando-se a isso as desigualdades salariais. Ele reforça, com esse exemplo, as desigualdades nas relações de gênero, em que as mulheres são afetadas duplamente. A representação do entrevistado em relação às mulheres, em um dado momento, parece ser de ‘multiplicidade’. Mesmo usando a governadora como exemplo de mulher, mais adiante ele emprega o pronome *elas*, o que me leva a supor que ele percebe a existência de várias mulheres; ao contrário, quando se refere aos homens, o Informante usa apenas a expressão *o homem*, numa proposição universal, como se só existisse um homem.

Na fala de outro Informante, mais uma forma de desigualdade de gênero é ressaltada quando ele relata que “normalmente” o homem se “acha” superior.

I: O homem, normalmente, ele acha que é um ser superior, normalmente. Principalmente quando ele vai falar com a mulher, e, na realidade, ele deveria ser um parceiro, um amigo, um conjunto. Esse conjunto que vai tocar todas as engrenagens. Ele tem as deficiências dele.

P: O que o senhor considera deficiências?

I: Deficiências são atos às vezes que tu cometes, e não deverias (Informante 8).

Conforme Joan Scott (1995, p.71), “as palavras, como as idéias e as coisas que elas pretendem significar, têm história”. Trago essa citação para ressaltar a questão da história, pois me parece ter havido uma maior distinção entre as identidades masculinas e as identidades femininas nos períodos anteriores ao movimento feminista, época vivida pelos homens entrevistados, considerando-se sua idade e as construções culturais e sociais vivenciadas por eles. Atualmente, algumas mudanças já acenam no cenário social, e me parece que é possível observar, nas falas de alguns Informantes, reflexos desses movimentos, pois se trata de opiniões atuais de homens idosos. Não sei se eles pensaram assim a vida toda, mas eles assistiram às lutas feministas, participaram e participam das mudanças sociais. Desse modo, é possível dizer que seu atual posicionamento traz esses elementos para suas falas e alguns questionamentos.

As marcas de gênero definem comportamentos e posições, espaços de circulação. Novamente, a expressão *o homem*, universal, surge para falar de uma característica, de um traço assumido por alguns homens, e não por outros. Isso volta a apontar que, em grande parte, as

sociedades atribuíam um valor maior às características tidas como masculinas. As transformações sociais e culturais contribuem de certo modo para que, na fala acima, apareça a problematização em relação a essa posição, considerando que o homem que se referiu a essas situações é idoso.

Em outras falas, evidencia-se na identidade social e de gênero masculino a marca da força e o trabalho como atributos. Quero evidenciar não somente o quanto gênero está inscrito no corpo, como fator presente e determinante nas relações e nos modos de organizações micro e macrosociais, como também o quanto constitui e se constitui na construção das identidades, imprimindo marcas nos corpos, tais como a força. A definição do que é força ocorre em relação ao que não é (ou está) forte, em oposição ao que é fraco. A força aparece com mais de um significado – tanto no sentido de força física quanto no de equilíbrio emocional.

Uns são mais fortes, outros são mais fracos, uns têm mais pai, outros têm menos pai, têm muito a ver esta coisa. Um pai pode dar conforto para um filho, um pai pode dar tudo que o filho quer; se o filho quer, o pai dá, e um pai pobre, pobre não dá. Aí é onde entra o perigo... E bota o filho do pobre lá no meio, aí, ele não quer nem saber, não tem nada mesmo, no meio das drogas, no meio dessas coisas mal feitas, então, bota ele ali no meio, e ele não tem nada e vai. Agora, aquele que tem não vai. Ele tem tudo, não faltou nada. Acontecem muitas dessas coisas aí por causa da pobreza. Não é a pessoa que fez besteira, é a pobreza, fazer o que, não é? Não tem outra solução, não é?! Penso eu, não sei se é ou não é, mas é o que eu penso (Informante 4).

Nessa fala, o Informante também traz outro elemento, a paternidade, que é conjugada ao substantivo “força”. A idéia da paternidade não está somente relacionada à capacidade de ter filhos; ser pai seria também prover educação e sustento para os filhos. Roseli Gomes Costas (2002, p.341) refere-se à paternidade com múltiplos sentidos: “‘fazer filhos’ pode servir para comprovar o atributo físico da (masculinidade)<sup>28</sup>, paternidade, conseguir sustentá-los e educá-los comprova seu atributo moral”. A paternidade teria a força de prover o filho, de influenciar de um modo decisivo na educação e, conseqüentemente, nas escolhas do filho. Parece haver certa relação entre paternidade, força, dinheiro e poder; ser pobre é não ser muito forte. Como resistir, sem dinheiro e sem condições, às seduções do tráfico e das drogas?

Há múltiplas possibilidades no que significa ser homem. As masculinidades são historicamente construídas e reconstruídas nas mais distintas sociedades e culturas, diferindo de cultura para cultura. Variam também dentro de uma mesma cultura no decorrer do tempo. Com isso, ocorre a construção de múltiplas identidades masculinas. Além disso, as masculinidades podem sofrer alterações ao longo da vida do próprio homem individualmente (Michel Kimmel,

---

<sup>28</sup> Grifos meus.

1998). Considerar as múltiplas construções sociais das masculinidades permite pensar em uma maior flexibilização das possibilidades de vivência das relações sociais entre homens – relações de dominação, cumplicidade, subordinação e marginalização –, assim como das relações entre homens e mulheres.

A ordem hegemônica é a ordem dominante, ela ocupa o topo em uma escala hierárquica, compreende a dominação social de determinados atributos de gênero, não somente pela força bruta, como também por meio de uma dinâmica cultural que reforça determinado comportamento. “O hegemônico e subalterno surgiram em uma interação mútua, mas desigual em ordem social e econômica, dividida em gêneros” (Michel Kimmel, 1998, p.105). O hegemônico exerce domínio sobre as outras formas de masculinidade e feminilidade.

Pode-se falar de hegemonia não como um lugar fixo, mas como um campo de lutas e contestações, onde um conjunto de estratégias e pedagogias formais e informais é utilizado para fazer prevalecer alguns significados, que são mais valorados em relação a outros, estabelecendo com isso desigualdades, “campos inter-relacionais” mesclados por relações de poder. Uma estratégia utilizada com sucesso na luta pela hegemonia é a de valorizar as próprias conquistas por meio da desvalorização dos outros. Todas as outras definições terão como referência o hegemônico.

Robert Connell (2003) aponta como atributos da masculinidade hegemônica a heterossexualidade, o casamento, ser jovem, branco, a autoridade, trabalho bem remunerado, força e dureza física, o que é exercido por poucos homens na sociedade. A masculinidade cúmplice refere-se a um conjunto de atributos que se aproxima da masculinidade hegemônica, mas que não se define como tal por falta de um ou outro atributo; no entanto, obtém vantagens em relação a outras masculinidades e feminilidades que, em um escala hierárquica, estão mais distantes da masculinidade hegemônica.

As masculinidades subalternas estão em relação de subordinação com as masculinidades hegemônicas, sendo o pólo oposto em um escala hierárquica. Tal escala está orientada para a premissa de dominação dos homens sobre os outros homens e sobre as mulheres. E, como esse é um campo de luta por significação, as posições são variáveis e estão em constante negociação e (re)significação. Os homens, assim como todas as pessoas, utilizam estratégias para valorização de alguns atributos em detrimento de outros.

As relações sociais são imersas em redes de poder. O poder é um componente que vai estar em circulação nas diferentes relações sociais, tanto entre homens e homens, quanto entre homens e mulheres, apresentando-se disperso e em circulação. Diferentes mecanismos acionam o poder, estimulando determinados tipos de comportamento, em vez de outros. As escolhas não são livres; são permeadas por aspectos que nos foram ensinados, assimilados e reiterados de modo a parecerem ‘naturais’. De acordo com Michel Foucault (2007, p.103),

Onipresença do poder: não porque tenha o privilégio de agrupar tudo sob sua invencível unidade, mas porque se produz a cada instante, em todos os pontos, ou melhor, em todas as relações entre um ponto e outro. O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares.

Compreendo que as relações entre as pessoas são construções sociais assimétricas e desiguais de poder e que o poder está em constante negociação. Isso me permite perceber o quanto a dinâmica social está relacionada com cultura, economia, política e a organização social vigente em cada período histórico. As transformações ocorridas nas sociedades se dão em consonância com esses aspectos, alterando as concepções de sujeito e identidade. “A masculinidade é uma configuração de práticas em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero, e qualquer forma de masculinidade é ela própria complexa e contraditória” (Robert Connell, 1995, p.188). Considerando o contexto, é possível perceber a instabilidade, a provisoriade e a multiplicidade das identidades masculinas construídas socialmente. Esse conjunto de especificações a respeito das construções das masculinidades contribui para que as olhemos de uma maneira mais complexa, dinâmica e, por vezes, contraditória, como um processo que ocorre no interior das sociedades e que só é possível pela sua dimensão cultural. A idéia é poder pensar que diversos dispositivos estão implicados e participam na construção das identidades masculinas e que, portanto, também imprimem no corpo disposições, atitudes, hábitos, comportamentos que, num determinado momento e espaço social, são considerados mais desejados e necessários, mais adequados (Guacira Louro, 1995).

Nas falas dos Informantes, podemos perceber parte do complexo processo de construção das masculinidades. As identidades desses homens são constituídas pelo atravessamento de muitas variáveis, tais como sexo, gênero, valores morais e do trabalho, que vão colaborar na definição de comportamentos e modos de ser e agir nas relações entre homens e entre mulheres.

### 3 MASCULIN-“IDADES” E REPRESENTAÇÕES SOBRE A VELHICE

Quando falo no, ou sobre o, processo de envelhecimento, falo de histórias, de lembranças, de trajetórias de vida. Ao falar sobre isso, estou falando de homens, identidades e corpos que vivem e acompanham as mudanças e as transformações ocorridas na nossa sociedade, interferindo na (re)construção e (re)significados de situações de vida, nos modos de viver e de estar no mundo.

Este capítulo busca articular representações de masculinidade e velhice, bem como desenvolver reflexões sobre as relações que podem ocorrer entre cruzamentos, combinações e recombinações entre as masculinidades e as vivências relativas à velhice nas trajetórias de vida dos homens que compuseram o *corpus empírico* desta pesquisa. Busco compreender como diversos elementos se engendram nos processos de construção e reconstrução identitários no interior da cultura através de significados e valores atribuídos à experiência de vida.

Vou tratar aqui sobre questões relativas ao processo de envelhecimento populacional, à velhice e aos velhos, buscando analisar fatores que contribuíram e contribuem para a ocorrência desse fenômeno no Brasil. 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 velhos, como indivíduos e também como um grupo populacional. Portanto, a velhice entra em cena, sendo visualizada em virtude das transformações nas relações de trabalho, nas relações familiares, nas relações de gênero, nos sistemas de aposentadoria e de assistência social e na saúde.

A velhice é um processo particular e universal, pois atingirá todas as pessoas que sobreviverem às intempéries da vida, sejam elas quais forem – acidentes de trânsito, situações de violência, acometimento de doenças, desemprego, entre outras que podem ocasionar a morte, interrompendo precocemente o processo de envelhecimento, ou seja, impedindo as pessoas de chegarem à velhice. Envelhecer é ‘natural’, cultural, histórico e inevitável; é comum a todos os seres vivos, portanto, vamos envelhecer, nos tornaremos velhos – ou idosos, pertencentes à terceira, à quarta ou à quinta idade.

“As diferenças de gênero, classe, credos religiosos, etnias, inserção profissional, estão presentes na construção das representações e das experiências de envelhecer. Essas dimensões constituem a identidade deste grupo etário, que por sua vez não se apresenta de forma homogênea” (Myriam Barros, 2003, p.9). A construção identitária é marcada por vários processos que interpelam e constituem os sujeitos. “Ser velho no mundo ocidental contemporâneo, assim como ser criança, jovem e adulto, remete à configuração de significados e valores distintos de outros momentos históricos de nossa sociedade e de outras culturas” (Ibidem). Em uma sociedade tão diversa – social, econômica e culturalmente –, o envelhecimento e a velhice vão estar intimamente relacionados aos valores e significados atribuídos pelos indivíduos aos indivíduos. A velhice, do mesmo modo como as masculinidades, é construída culturalmente.

### 3.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS QUE REFLETEM NO COTIDIANO DAS NOSSAS VIDAS

O envelhecimento populacional, a longevidade e a velhice são fenômenos recentes, em processo de construção e vivência “em ato”<sup>29</sup> no Brasil. As mudanças que estão ocorrendo na estrutura social brasileira podem ser consideradas como algo novo, em virtude de esse processo ter iniciado em meados dos anos 60, quando comparado ao que ocorre em países da Europa, onde o envelhecimento populacional iniciou no século XVIII.

Além de recente, esse processo de envelhecimento constituiu-se e constitui-se em uma situação ímpar pela impressionante velocidade com que ocorreu. É um fenômeno demonstrado por dados demográficos e também pelas experiências vivenciadas nos espaços públicos e privados. Houve uma queda acentuada nos indicadores sociais de mortalidade infantil e de índices de natalidade e melhoria nos serviços de saúde e no combate às doenças, o que contribuiu para que as pessoas possam ser tratadas e cuidadas, resultando em um declínio da mortalidade geral. Apenas a diminuição da mortalidade, isoladamente, quando concentrada em idades

---

<sup>29</sup>“Em ato” é um conceito utilizado por Merhy para referir-se ao conceito de trabalho vivo em ato, relacionado ao trabalho em saúde. Baseada neste conceito, utilizo a vivência em ato como sendo um espaço aberto para exploração de modos de viver, onde os artefatos culturais e as construções sociais atuam como dispositivos distintos que funcionam como agentes disparadores de novas subjetivações.

avançadas, causaria somente um aumento no número absoluto de idosos. A associação entre esses fatores vai contribuir para a mudança na estrutura etária da população, mas é o declínio da fecundidade que dá início a esse processo, causando uma inversão na pirâmide populacional, onde as bases vão se estreitando e o ápice vai-se alargando (José Alberto Carvalho e Ricardo Garcia, 2003).

Os Informantes desta pesquisa participaram e participam desse processo de mudanças, assim como de 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.

Em 1930, o Brasil apresentava índices de mortalidade infantil<sup>30</sup> de 168‰. Entre 1965/70, reduz-se significativamente a velocidade de queda, chegando a 116 ‰, devido à crise social e econômica vivida no país. A partir da década de 70, começa a ocorrer uma queda consistente da mortalidade, parecendo estar fortemente dependente da intervenção na área das políticas públicas e de programas materno-infantis voltados para o pré-natal, parto e puerpério. Em 1990, a taxa de mortalidade infantil atinge 48,3 ‰ (IBGE, 1999); em 2000, atingi a estimativa de 26,77 ‰; e, em 2004, continuou caindo, chegando a 22,58 ‰ (Brasil, 2006a). Os altos índices de mortalidade infantil fizeram parte da trajetória de vida de muitas pessoas, inclusive de alguns dos homens entrevistados. Nas suas falas, há referências à perda de irmãos/as quando ainda muito pequenos/as ou adolescentes, em decorrência da falta de recursos assistenciais na época.

P: Quantos irmãos?

I: Eu tinha 13 vivos [...] outros morreram de doenças assim bem novo, pequeno. Era meio difícil o lugar lá. Agora tem recursos pra tudo quanto que é lugar (Informante 2).

P: Todos os seus irmãos/as estão vivos?

I: Não. A maioria já morreu, a maioria, não, mas já morreu uma parte. Morreram duas gurias, uma solteira morreu pequena, e outra, moça, mas solteira. Uma morreu envenenada, e a outra morreu de uma doença chamada meningite (Informante 4).

Eram seis, na realidade. A minha maninha morreu quando tinha um mês, por aí, que naquela época era mais difícil. E cinco irmãos, um que também faleceu agora (Informante 8).

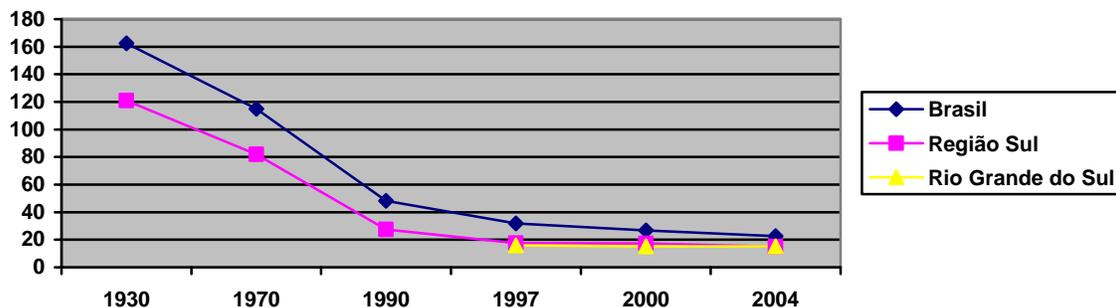
A consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras reflete-se em melhoria nas condições de vida. Ainda assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões nordeste e norte. Já no Rio Grande do Sul, em uma série histórica

---

<sup>30</sup> Taxa de mortalidade infantil ou coeficiente de mortalidade infantil é o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço demográfico e no período considerado.

entre 1980 e 1998, o coeficiente de mortalidade infantil, que era de 38,96, passou para 17,23 em 1998; em 2000, chegou a 15,14; e, em 2004, encontrava-se em torno de 15,16 (Rio Grande do Sul, 1999). A tabela a seguir mostra a redução da mortalidade infantil, bem como as diferenças entre a média brasileira e as da região sul e do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1930 até 2004. As mudanças nos indicadores demográficos não são somente dados numéricos. Estes se referem às histórias de vida que vêm acompanhando essas alterações e delas se beneficiando; tais mudanças produziram e produzem marcas nas trajetórias de vida dos homens considerados nesta pesquisa.

**Tabela 1 - Mortalidade infantil no Brasil, na região sul e no Estado do Rio Grande do Sul, nos períodos de 1930 a 1990 e de 1997 a 2004**



**Fontes: IBGE: censo demográfico 1940-1991 e IDB 2006**  
 MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC  
 MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A diminuição da mortalidade infantil pode afetar a diminuição da natalidade<sup>31</sup>. Anteriormente, tinha-se um número médio elevado de filhos por mulher; no entanto, muitos filhos nascidos vivos não sobreviviam ao primeiro ano de vida. As mulheres estavam mais restritas à esfera doméstica, ou privada, sendo prioritariamente responsáveis pela reprodução, pelo cuidado dos filhos, pelo governo do 'lar'. Outro discurso muito vigente era o da religião, que preconizava o sexo para reprodução. Com as mudanças nas relações de gênero e nos modos de viver a sexualidade, esta não fica mais circunscrita ao matrimônio, numa esfera mais privada. A

<sup>31</sup> Taxa de fecundidade total ou coeficiente de natalidade é o número médio de filhos por mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. As limitações do uso dessas informações são referentes às imprecisões na base de dados utilizada para o cálculo do indicador, com relação à coleta de dados. Indicador A.5 taxa de fecundidade total (MS).

inserção da mulher no mercado de trabalho, as melhorias na assistência à saúde, através da descoberta dos antibióticos no final da década de 1940, a vacinação infantil, a criação de unidades de terapia intensiva, o advento dos métodos contraceptivos, a diminuição nos índices de desnutrição, o saneamento e a educação contribuíram para uma maior sobrevivência das crianças. Essas transformações (re)configuram práticas sociais relacionais, que vão ser (re)significadas ou não, conflitantes ou não, nos modos de subjetivação masculina, refletindo-se no comportamento masculino. O maior número de crianças sobrevivendo ao primeiro ano de vida também reflete o aumento da expectativa de vida como um todo (Johannes Doll, 2006).

Assim como a mortalidade infantil, a taxa de natalidade caiu. A taxa de fecundidade começou a cair a partir da metade dos anos 60. De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), em 1960, as mulheres tinham em média 6,3 filhos; em 1970, a média era 5,8; em 1980, era 4,4; em 1991, chegou a 2,9; em 2000, esse número caiu para 2,3 (IBGE, 2000). As taxas de fecundidade reduziram-se em mais de 60% de 1940 a 2000. Em 2004, esses índices baixaram para 2,04 filhos. Na região sul, especialmente no Rio Grande do Sul, esses indicadores estão em patamares menores. Em 2000, os índices eram de 2,09, abaixo do limiar de reposição da população, e, em 2004, atingiram 1,78 (BRASIL, 2006-b). Essa situação também é visível na constituição familiar dos homens que participaram da pesquisa. Sua família de origem era composta por muitos mais filhos do que as famílias por eles formadas, mesmo com sua geração ainda tendo mais filhos do que as gerações anteriores.

Os meus pais. Nós éramos seis filhos, quatro homens e duas mulheres. Bom, eu morei aqueles anos, tinha quatro filhos, duas gurias e dois rapazes [...]. Perdi uma filha com 27 anos, que me deixou um neto que eu criei dos três meses até os 20 anos, que ele tem agora (Informante 1).

I: Éramos entre nove, duas irmãs e sete irmãos, dois irmãos falecidos.

P: E você tem filhos?

I: Sim, um casal (Informante 3).

I: Os meus pais tiveram sete filhos, três homens e quatro mulheres.

P: O senhor teve filhos?

I: Três filhos: uma guria e dois rapazes (Informante 4).

No entanto, também havia exceções.

P: Em quantos irmãos vocês eram?

I: Eu tinha 13 vivos, agora tenho oito; mulheres, só três mulheres, e o resto, só homens.

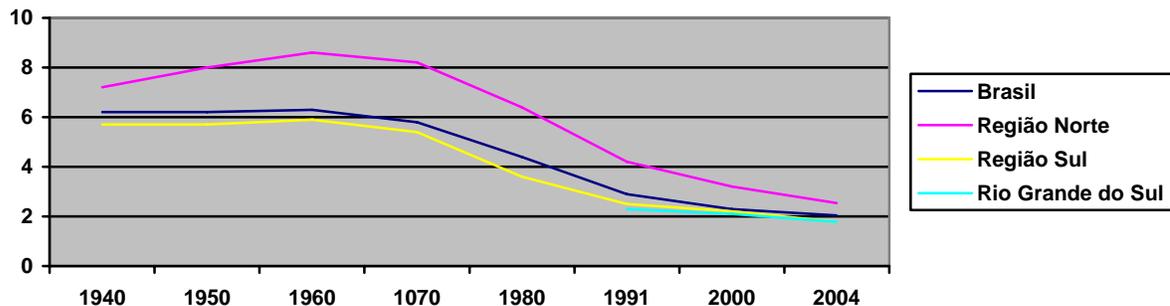
P: E a sua família, você se casou e tem filhos?

I: Tenho 10 filhos, cinco filhas mulheres e cinco homens, tudo vivo, e tem mais dois mortos. Então, dos 10, agora tem oito. Não, tudo vivo, 10 mais 2 eram 12, e faleceram quando eram pequeninhos (Informante 2).

A alta taxa de natalidade e, conseqüentemente, o grande número de filhos estiveram, em alguns momentos da história, associados à fertilidade e à concepção, relacionadas com as práticas sexuais e virilidade. Atualmente, em que o desejo de ter filhos é menor e a contracepção é mais disponível, o sexo está cada vez mais dissociado da fertilidade. Essa transição implica (re)significar a associação entre virilidade e fertilidade. A prole numerosa também contribui para a manutenção do status de provedor, pois cabia e, para algumas famílias, ainda cabe aos homens o provento das famílias. Isso seria um atributo de masculinidade (Cecil Helman, 1994).

A diminuição da natalidade também representa uma diminuição do número de crianças em relação à população total, o que eleva proporcionalmente o número de pessoas adultas em relação ao número de crianças (Johanne Doll, 2006). Esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, o que caracteriza o processo de transição demográfica. As proles numerosas dos avós ficam nos retratos de família; hoje, as famílias estão mais enxutas. A tabela a seguir mostra a diminuição da taxa de natalidade no período compreendido entre 1940 a 2004.

**Tabela 2 - Taxa de Fecundidade Total**



**Fontes:** IBGE, Censos Demográficos 2000 e IDB 2006  
 Estimativas: IBGE/Projeções demográficas preliminares  
 Dados Diretos: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

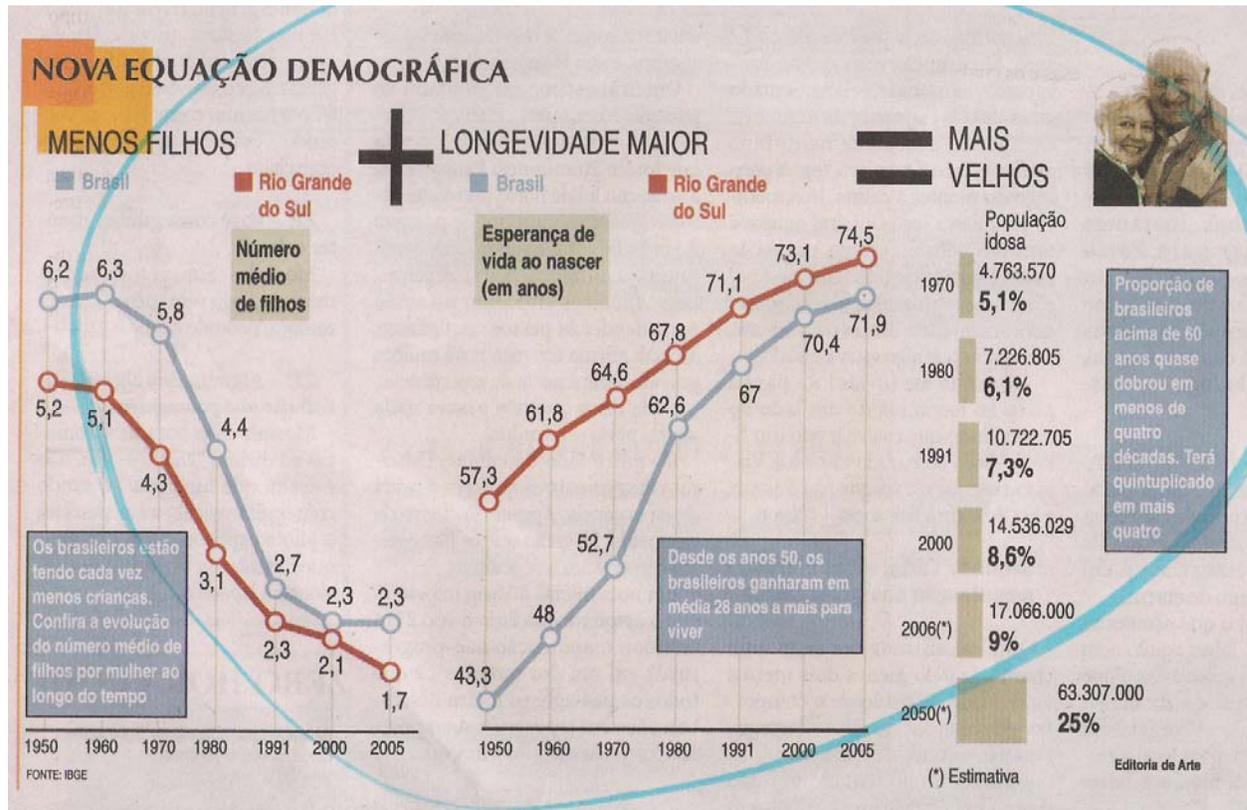
As variações de natalidade e mortalidade definem os estágios da transição demográfica e as transformações sociais. O primeiro estágio é caracterizado pelo alto índice de natalidade e de mortalidade infantil. Éramos um país predominantemente de jovens, onde a maior concentração da população encontrava-se na base da pirâmide populacional e a expectativa de vida não era muito alta. O segundo estágio é definido pela diminuição da mortalidade, enquanto os índices de

natalidade permanecem altos e há um aumento na população idosa. O terceiro estágio é o compreendido pela diminuição da mortalidade e da natalidade infantil, resultando em um aumento percentual de adultos e de idosos. Finalmente, no quarto estágio, ocorre uma contínua diminuição da mortalidade e da natalidade infantil, aumentando de modo expressivo o número de idosos.

Segundo Elizabete de Freitas (2004), o Brasil seria classificado no terceiro estágio de transição demográfica. Mas penso ser possível assinalar que o Brasil pode ser considerado como estando em um momento de transição para o estágio subsequente, pelo contínuo declínio das taxas de fecundidade total, com maior intensidade nas regiões norte e nordeste, onde esses indicadores eram mais elevados; As regiões norte e nordeste entraram mais tardiamente neste processo de transição. Além da consistente redução da mortalidade infantil, há tendência constante nesse sentido, em virtude dos investimentos em políticas públicas que visam a ações de redução da mortalidade infantil, como o Programa Primeira Infância Melhor, do governo do Estado, e programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, do governo Federal. Outro fator que impõe que o país invista na diminuição da mortalidade infantil é o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, que classifica os países segundo alguns critérios, dentre eles, a taxa de mortalidade infantil. Esse é um dado avaliado no desenvolvimento econômico, e há vários vieses pelos quais a redução desse marcador social é importante. Somando-se a isso o expressivo aumento da população idosa, que chega a 9% da população brasileira, as estimativas apresentam tendência ascendente.

A estrutura etária da população era uma pirâmide; na base, estava alocado o número de nascimentos. Como os índices de natalidade eram muito elevados, a base do gráfico era mais larga em relação às demais faixas etárias. Com a diminuição da natalidade, reduz-se o número de nascimentos, e, conseqüentemente, há um estreitamento na base do gráfico. Esse estreitamento da base da pirâmide etária altera sua configuração – o formato deixa de ser o de uma pirâmide, e começa configurar-se em torno de um alinhamento, formando a imagem de uma coluna. As projeções futuras, devido ao contínuo declínio da natalidade e ao aumento da expectativa de vida, tendem a formar um gráfico representado por uma pirâmide invertida. Na tabela abaixo, podemos verificar uma nova equação demográfica, resultante da diminuição do número de filhos e do aumento da expectativa de vida da população.

Tabela 3 - Equação demográfica:



Fonte: Zero Hora, 25 de setembro de 2007.

Ao lado direito da tabela de equação demográfica, podemos ver uma coluna que representa o aumento no número de pessoas com mais de 60 anos, consideradas idosas. Vê-se uma progressão contínua desde 1970, quando a proporção de idosos na população<sup>32</sup> brasileira era de 5,1%. O percentual da população brasileira atingia uma estimativa, em 2006, de 9%. Em estimativa para 2050, o percentual dessa parcela da população pode atingir 25%. Em números, os idosos passaram de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e para 14 milhões em 2002 – um aumento de 500% em 40 anos. Estima-se que esse número chegue a 32 milhões em 2020. Alguns países desenvolvidos, como a Bélgica e a Inglaterra, entre outros, levaram aproximadamente cem anos nesse processo (Maria Fernanda Costa e Renato Veras, 2003).

O envelhecimento populacional “não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas sim à mudança na estrutura etária da população, associada a diversos fatores” (José Alberto

<sup>32</sup> Proporção de idosos na população é o percentual de pessoas com 60 anos e mais anos de idade na população total residente em determinado espaço geográfico e em determinado período. Limites dessas informações estão relacionados à imprecisão da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, devido a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos.

Carvalho e Ricardo Garcia, 2003, p.726). O movimento de transição demográfica ocasionado pelo envelhecimento populacional gera mudanças na estrutura etária da população, (re)configurando novos arranjos sociais estáveis e instáveis. Esse rearranjo na estrutura etária da população forma dois grandes grupos economicamente não-produtivos que necessitam de muitos recursos: as crianças e adolescentes, por um lado, e os idosos, por outro. O envelhecimento populacional global é um feito da humanidade, é uma conquista. Não é só uma possibilidade para as pessoas dos países desenvolvidos, mas também para os que possuem menos recursos.

Outro fator associado ao envelhecimento populacional é a longevidade. A longevidade refere-se à expectativa de vida ao nascer<sup>33</sup>, que está relacionada à sobrevivência aos índices de mortalidade. Atualmente, no Brasil, vivemos o processo de aumento da expectativa de vida e o processo de envelhecimento populacional, simultaneamente. No início do século XX, a expectativa de vida da população era de 33 anos e sete meses, atingindo 43 anos e dois meses no início da década de 1950; a partir de então, aumentou expressivamente, chegando aos 71,74 anos, isso em 2004. Na região sul, a esperança de vida é ainda maior, atingindo 73,9, e, no Estado do Rio Grande do Sul, eleva-se, chegando a 74,24 (BRASIL, 2006-c).

Alguns Informantes foram questionados sobre a idade que seus pais tinham quando morreram. Foi possível perceber que, mesmo nessas gerações, já havia um aumento na expectativa de vida de vida da população, bastante significativo para a época, e também a diferença de expectativa vida para homens e mulheres, conforme as falas a seguir:

Morreu de velha, (que bom), mas ela sofria do coração, mas ela morreu com quase 87 anos, e o meu pai morreu com 86. Meu pai morreu um anos antes da mãe. Perdi meu sogro com 84 e a sogra com 88. Não sei se a gente chega lá, não. Eu [...] tenho 75 anos (Informante 1).

I: Nosso pai estava com 53 anos, bem novo, né? Já faz 50 anos que ele faleceu. Quando ele faleceu, eu fiquei com 14, agora estou com 64.

P: E a sua mãe tinha quantos anos?

I: Ela estava com 62 (ela já morreu mais velha) (Informante 2).

O meu pai faleceu. Ele se enforcou com 73 anos. Ele tinha medo do câncer, e ele não tinha câncer. E a mãe morreu com 83 anos (Informante 3).

Meu pai se matou enforcado. Na época, eu fiquei com 7 anos, parece, eu não me lembro bem, parece que foi com 33 anos, parece, eu não garanto. É o que eu ouço falar. A minha mãe morreu [...] com 77 anos, ela viveu bastante (Informante 4).

---

<sup>33</sup> Expectativa de vida ao nascer ou esperança de vida ao nascer é o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado, com suas limitações relacionadas à imprecisão dos dados na declaração da idade nos levantamentos estatísticos.

P: Com quantos anos o seu pai faleceu?

I: Agora você me apertou, eu não sei, eu não o conheci [...].

P: A sua mãe faleceu com quantos anos?

I: 79, quase 80 anos (Informante 5).

A finada mãe faleceu com 65 anos, e o finado pai, com 76 (Informante 6).

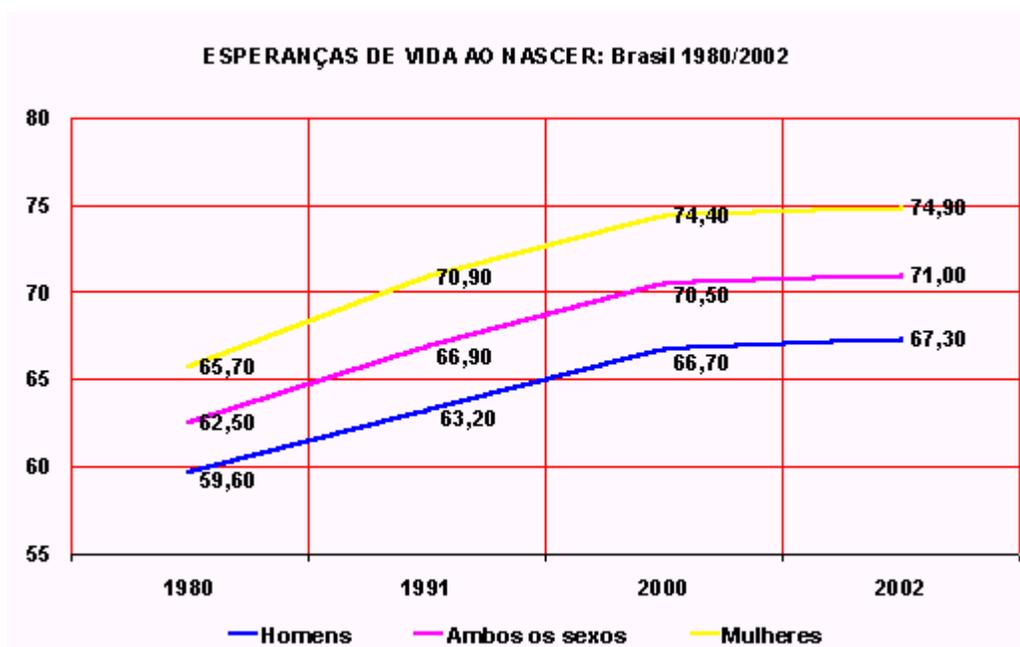
Meu pai morreu com 72. Só que ela era mais velha, 83 (Informante 7).

O meu finado pai faleceu com 65, de derrame cerebral (Informante 8).

A minha mãe morreu de enfarto do miocárdio com 60 e poucos anos, não tenho bem certeza agora pra te dizer, ela morreu nova. E o pai morreu provavelmente de enfarto, porque ele deitou de noite e não amanheceu, mas com 86 e poucos, faltava um mês para 87 anos de idade (Informante 9).

No gráfico abaixo, pode ser observado o aumento da expectativa de vida da população, separada por sexo e em ambos os sexos, no período entre 1980 e 2002.

**Tabela 4**



Fonte: IBGE - 2002

Esses dados mostram que a esperança de vida ao nascer do brasileiro já aumentou 8,5 anos desde 1980, quando era de 62,5 anos. As mulheres têm expectativa nitidamente mais elevada, vivendo, em média, 74,9 anos, enquanto os homens chegam aos 67,3, devido à menor sobremortalidade masculina nas diversas idades. Com o aumento da expectativa de vida, as mudanças no corpo e nas identidades masculinas (re)configuram posições de sujeito. Essa situação de mudanças muito rápidas incita e desafia a vivência de novas e desconhecidas situações, em que outros significados vão ser acionados e (re)significados.

As principais causas de morte por grupo de causa<sup>34</sup> são: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças do aparelho circulatório; afecções originadas no período perinatal; causas externas e demais causas. Mais de 60% dos óbitos informados no país em 2004 foram devidos a três principais grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (31,83%), neoplasias (15,69%) e causas externas (14,21%). Analisando-se essa distribuição de óbitos por grupo de causas nos anos de 1990, 1995, 2000 e 2004, é possível verificar que as principais causas de morte se mantêm as mesmas. As doenças do aparelho circulatório permanecem como primeira causa de morte; somente em 1990 e 1995, a segunda causa de morte era de origem externa, mas, a partir de 2000, dá lugar às neoplasias, que seguem em 2004.

Também é possível observar uma variação quanto aos grupos de causa quando separados por sexo. Para o sexo masculino, analisando-se o mesmo período, mantém-se a mesma ordem – doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias, como as principais causas de mortalidade. Para as mulheres, nesse mesmo período de tempo, a primeira causa de morte permanece sendo por doenças do aparelho circulatório, seguida por neoplasias, e a terceira causa muda para doenças do aparelho respiratório. A taxa de mortalidade por causas externas cai para quarto lugar, sendo que a proporção de mortes por essa causa se altera significativamente, passando de um percentual geral de 14,21%, para 5,45% (Brasil, 2006-d).

Observa-se no Brasil uma mudança no perfil da mortalidade, com destaque para a queda da mortalidade infantil, a redução dos óbitos relativa às doenças infecciosas e o aumento das mortes decorrentes de doenças crônico-degenerativas, o que faz com que o país se aproxime de um perfil de país industrializado. Analisando-se as taxas de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório (doenças isquêmicas do coração e doenças cérebro vasculares),

---

<sup>34</sup> A mortalidade proporcional por grupo de causa significa o percentual de morte e a distribuição por grupo de causas definidas na população residente em determinado espaço geográfico no ano.

neoplasias e causas externas, segundo sexo, a sobremortalidade masculina é uma constante no período de 1990, 2000 e 2004. Entre 1996 e 2004, a taxa de mortalidade por neoplasias malignas aumentou, predominando, no sexo masculino, os tumores malignos de pulmão, estômago e próstata. Como podemos observar, os Informantes desta pesquisa também apresentam situações de adoecimento e morbidade relacionadas com as principais causas de morte masculinas, principalmente neoplasias.

[...] tinha uns 45, faz mais tempo que eu fiz cirurgia da próstata [...] Tenho diabetes, só que ela é uma diabetes que eu nunca tomei insulina, só comprimido, é do doce (Informante 1).

Eu achava que era da próstata, só. E foi a bexiga. A primeira vez que vim no médico. me trataram da bexiga, e daí eu vim para Lajeado e me disseram que não era na bexiga, que era nos intestinos, como era verdade [...] Me tiraram um tumor aqui muito grande [...] (Informante 2).

Olha, para mim, foi um negócio, foi só no esôfago que me trancava, não podia mais comer [...] Agora, eu faço quimio; a radio, eu já fiz (Informante 3).

Foi por causa da gripe que foi descoberto isso no pulmão, mas eu já sabia que tinha, mas eu nunca procurei nada, nem doutor, nem bater uma chapa. Não sentia nada, trabalhava na roça, estava feliz[...] uma vez, uma curandeira me disse que eu tinha essa mancha no pulmão (Informante 4).

Ele pediu para que eu parasse de fumar quando apareceu isso aí. Uns quatro meses atrás, começou a dificuldade de engolir, e eles foram ver, tinha um estreitamento de esôfago (Informante 5).

[...] a primeira vez que eu fiquei doente, fez um ano já ontem, dia dos namorados, me deu um enfarte, ganhei um belo presente: um enfarte. Daí, agora, ao cabo de um ano, me deu um problema nos intestinos (Informante 6).

Próstata. Porque ele (irmão) foi muito tarde para o médico. Quando ele foi, já não tinha mais cura. Aí, eu já fui adiantado também, por medo, né? Aí, estou me curando (Informante 7).

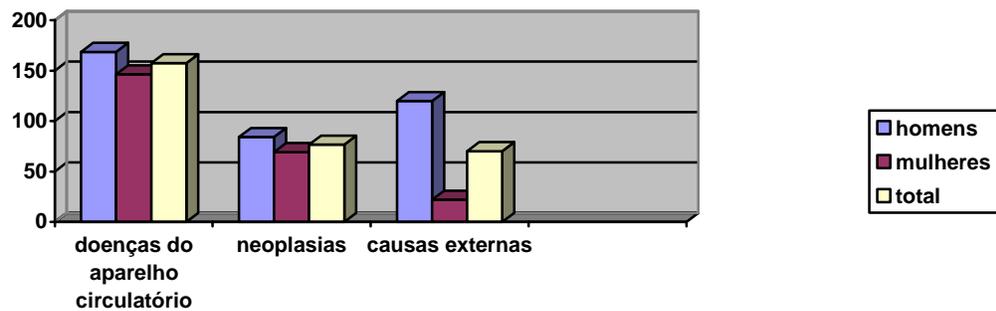
Começou com diabetes, foi e tal [...] (Informante 8).

Aí, quando me deu o enfarte, eu tinha 44 anos. O médico foi categórico: “tu não tiveste um enfarte fulminante porque teu coração estava acostumado à sobrecarga em função do futebol” (Informante 9).

No sexo feminino, as localizações mais freqüentes de neoplasias foram: mama, pulmão, traquéia, brônquios, cólon, reto e ânus. A diferença de 7,6 anos entre os sexos tem como uma das principais razões a maior freqüência de mortes por causas externas (acidentes de transporte, suicídios, homicídios) entre os homens, na faixa dos 15 aos 35 anos. A maior disparidade ocorre no subgrupo dos 20 aos 25 anos: nessa faixa de idade, a probabilidade de morte dos homens é

quatro vezes maior que a das mulheres. Há um progressivo aumento na diferença de mortalidade entre os sexos. Em 1980, era apenas 2,1 vezes maior; atualmente, essa diferença dobrou. Na tabela a seguir, podemos observar as taxas de mortalidade específicas por grupo de causa no ano de 2004, com as três principais causas de morte do país.

**Tabela 5 - Mortalidade específica por principais grupos de causas de mortalidade e sexo**



**Fonte: IDB – 2006; Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade**

Através desses dados, podemos visualizar as informações mencionadas anteriormente, em que a sobremortalidade masculina mantém uma prevalência em praticamente todas as causas de morte. Tal diferença é ainda maior quando se trata de mortalidade por causas externas, que incluem situações de violência, suicídios, homicídios e acidentes de trânsito. No gráfico, foi utilizado o ano de 2004 como referência.

Analisando-se a mortalidade proporcional por sexo e faixa etária no ano de 2004, vamos também ter uma mortalidade masculina maior do que a feminina em praticamente todas as faixas etárias, salvo a faixa etária que vai de zero a quatro anos, em que, por uma pequena diferença, a mortalidade feminina é superior. Na idade de cinco a nove anos, a taxa de mortalidade foi igual; na de dez a 69 anos, a mortalidade masculina é superior. Acima de 70 anos, ocorre uma nova inversão, mas cabe salientar que, em todas as regiões do país, a proporção de mulheres idosas é maior que a de homens idosos, o que contribuiu para essa inversão, em virtude de haver mais mulheres. Esses dados praticamente se mantêm nos anos de 1990, 1995 e 2000, sofrendo mínimas alterações na faixa etária de cinco a nove anos e depois na faixa compreendida entre 65 e 69 anos (BRASIL, 2006-e). Segundo dados do IBGE (2006), nasceram mais homens do que

mulheres no Brasil no período de 1998 a 2005. No entanto, no Rio Grande do Sul, nos anos de 1998, 1999 e 2000, a taxa de nascidos vivos do sexo feminino por ano de nascimento foi maior, por uma pequena diferença, do que a taxa de nascidos vivos do sexo masculino. A partir do ano de 2001, ocorre uma inversão dessas taxas, que se manteve até 2005.

Todos esses indicadores colaboram para configurar o processo de transição demográfica do país e o quadro de envelhecimento populacional. A população idosa é predominantemente feminina, fato que está associado à elevada mortalidade masculina, principalmente de homens jovens, por causas externas. As maiores proporções de idosos na população são encontradas nas regiões sul, sudeste e nordeste.

Esse acelerado processo de mudanças contribui para que ocorram transformações sociais, políticas, econômicas e de saúde, sendo relevante a inclusão do envelhecimento humano na agenda, por sua complexidade e abrangência. É o prolongamento da vida que vem gerando a necessidade de ajustes nas esferas públicas e privadas. Em consequência dessas mudanças, surgem novos atores no cenário nacional: o idoso e a idosa.

[...] é o último e mais novo ator individual e coletivo que está redefinindo as relações familiares; construindo a medida de sua participação social; influenciando os rumos da política e, em consequência, criando, a partir de si, uma nova imagem e delineando uma preciosa etapa da vida, portadora de uma ética e de uma estética próprias (Maria Cecília Minayo e Carlos Coimbra, 2002, p.21).

A rapidez com que as mudanças estão ocorrendo atinge a todos nós, interferindo no nosso cotidiano de diversos modos, com situações específicas de trabalho, saúde, doença, sexualidade, assistência médica e social, habitação, relação com familiares, amigos e parentes, entre outras. A velhice deixa de ser exclusivamente uma situação particular, do âmbito privado e restrito à esfera familiar, para compor um ator coletivo. O fenômeno de “publicização da velhice” ocorre quando, na esfera familiar, vivenciamos a co-existência de várias gerações, assim como na esfera do trabalho e no cenário urbano, onde se engendram novas formas de sociabilidade intergeracionais. Esse fenômeno, individual e coletivo, faz com que a velhice adquira expressividade e representatividade, tanto pelo aumento da população idosa, que se torna personagem mais presente e mais visível, quanto pelas próprias mudanças dele decorrentes (Myriam Barros, 2004).

O processo de envelhecimento populacional e a nova fase da vida denominada velhice estiveram e estão acontecendo simultaneamente com a experiência de vida dos homens que participaram deste estudo. As mudanças sociais estarão interferindo no seu cotidiano de um modo

mais expressivo, pois, além de acompanhá-las, esses homens compõem o novo cenário social, eles compõem essa nova experiência – a velhice.

### 3.2 MODOS E IMPLICAÇÕES RESULTANTES DA PERIODIZAÇÃO DA VIDA

Os sentidos, os significados e as representações atribuídas aos processos descritos na seção anterior são discursivos e culturalmente construídos – eles se apóiam sobre um corpo biológico. As fases da vida são representações culturais associadas aos ciclos biológicos, e as diferenças entre elas são definidas e compreendidas a partir de um conjunto de atributos, por um código cultural, uma linguagem comum que possibilita que sejam inteligíveis. Na sociedade moderna, atualmente, estão presentes distinções entre as fases da vida determinadas como infância, pré-adolescência, adolescência, idade adulta e velhice – construções sociais, temporais e provisórias que fazem parte dos valores e ideais que marcam a sociedade moderna, assim como as identidades etárias. Estas são necessariamente móveis, adquirem significado no interior de uma cultura em um determinado período, sendo possível, com isso, a existência de múltiplas e variadas formas de conceber e viver todas elas (Guita Debert, 2003, p.50).

Com as mudanças demográficas e cotidianas, são construídos novos termos (tais como *jovem-velho* e *velho-velho*) para marcar, classificar a periodização da vida, e termos antigos são ressignificados. Também os grupos sociais conferem sentidos à visualização de novas possibilidades capturadas pelo olhar. Para as definições e denominações dos diferentes períodos da vida, são utilizados critérios, como fatores biológicos, psicológicos, geracionais, sociais e temporais, entre outros.

#### 3.2.1 O ‘Normal’ e o ‘Natural’ da Velhice

As várias vertentes científicas, tais como a sociologia, a psicologia, a biologia, a antropologia, entre outras, percebem de modos distintos os ciclos ou as fases da vida e explicam-nas de modos diferentes. Procurei abordar aqui algumas questões que julguei relevantes na, ou

para a, construção de um possível referencial para pensar sobre a velhice dos homens que foram meus entrevistados.

Os processos biológicos que ocorrem ao longo na vida são divididos em uma seqüência linear, desde o nascer até o morrer. Dessa forma, seria possível agrupar e classificar os seres vivos de acordo com momentos semelhantes, demarcados pela linha do tempo. “Envelhecemos desde quando nascemos e acompanhamos o tempo, no seu passar inexorável, como nosso companheiro inseparável. Daí concluirmos por ser tal fenômeno normal e necessário, sem o qual seria impossível nascer, viver e evoluir” (Francisco Duarte, 1999, p.75). Os aspectos biológicos do envelhecimento estão muito ligados ao ‘natural’, ao ‘normal’ do corpo, suas capacidades, habilidades e declínios ao longo do tempo, possivelmente tornando-o um fenômeno único, homogêneo e imutável quando compreendido somente pelo viés biológico, como algo que se espera que aconteça mais cedo ou mais tarde e contra o qual pouco ou nada se pode fazer. No entanto, o social se inscreve nos eventos considerados biológicos, onde adquirem significados através do processo de socialização, e são passíveis de serem modificados.

A idade também tem uma dimensão biológica. As modificações biológicas decorrentes do envelhecimento estão muito associadas ao declínio das potencialidades motoras e funcionais, bem como a situações de adoecimento. Como podemos ver nas falas dos Informantes, há a disseminação e a penetração do discurso biomédico nos modos de construir significados para a velhice, enfatizando a diminuição da força, o cansaço, a diminuição do rendimento em uma atividade que em outros tempos era feita com “maior facilidade”. Isso contribui para afirmar a representação de velhice associada com decadência.

P: O que o senhor percebeu de diferente de quando era mais jovem para agora?

I: Ah, não se tem mais a força que se tinha. Você caminha, tropeça, cai, não se consegue mais levantar [...] O cara cansa a perna, começa a caminhar um pouco apurado, tem que parar para descansar, tem que sentar (Informante 1).

A idade vem vindo, a força vem falhando, a pessoa vem ficando velha mesmo, já vem perdendo o tempo, aquele tempo já passou (Informante 4).

O elemento força física, culturalmente se constitui como um atributo da identidade marcadamente masculino. Nas representações sobre velhice, a força acaba aparecendo nas falas dos Informantes, sendo percebido como problemático, algo que vem falhando, na velhice, pois envelhecer para alguns representa perder a força. A diminuição da força ou até mesmo sua perda pode representar minimamente uma alteração na construção identitária dos homens. Assim, outros atributos precisam ser constantemente produzidos e ativados para compor suas

identidades. Talvez conhecimento, experiência ou sabedoria possam ser (re)significados nessa fase da vida, vindo a ser mais valorizados do que a força. Com isso, a força passa a ser construída com outros sentidos, deixando de ser somente força física, para representar-se por seu caráter emocional.

Ao observarmos o envelhecimento intrínseco, ou seja, o envelhecimento que ocorre no corpo com o passar do tempo, percebemos que há alterações, como bem referem os Informantes em suas falas quando perguntados sobre o que mudou na suas vidas com o envelhecimento e a chegada na “velhice”. Essa questão não estava relacionada direta ou unicamente com as situações corpóreas; no entanto, a maioria dos Informantes referiu-se às mudanças percebidas no corpo como naturais. Percebe-se aí o lugar que assume o biológico como representante do natural.

Mudou para trabalhar, a gente não faz mais o que fazia antes, a gente... Já a natureza da gente enfraquece mais, não tem mais a natureza que tinha. A gente fica cansado (Informante 2).

Muda, muda a vida da pessoa, muda a força, muda o andar da gente, muda. Vai vivendo, vai mudando, não tem mais aquela vitalidade que tinha (Informante 4).

A força passa ser (re)significada. Na juventude, a força está mais relacionada com a capacidade física, enquanto que, em outros momentos, como na velhice, ela pode adquirir significados mais subjetivos. Inegavelmente, ocorrem modificações no corpo com o passar do tempo, tais como: diminuição da estatura; aumento da envergadura dos ombros; aumento da circunferência do tórax e abdome e do diâmetro da pelve; enrugamento e menor espessura da pele; diminuição da massa muscular; aumento do tecido adiposo; diminuição da acuidade visual e auditiva. “A capacidade do corpo de manter a homeostasia (o equilíbrio do organismo) torna-se progressivamente diminuída com o envelhecimento”, conforme indicam Suzanne Smeltzer e Brenda Bare (1998, p.126). O declínio fisiológico é afetado por fatores genéticos, hereditários, mas também por variações decorrentes dos hábitos de vida, das estruturas de oferta de serviços assistenciais em saúde e sociais, das agressões do meio ambiente, condições de trabalho, moradia, segurança, educação e gênero entre outros. Contudo, nenhuma das alterações é, necessariamente, maléfica.

No entanto, na fala dos Informantes, sua compreensão inicial de velhice remete a dificuldades. Na próxima fala, podemos perceber a representação de velhice aproximando-se da representação de doença, em que o corpo é concebido como uma máquina, formado por uma

engrenagem, composta de muitas peças – “como se esse pudesse ser analisado em peças, mecanismos, engrenagens, sistemas de encaixe e disjunção [...]” (Ricardo Ceccim, 2006, p.40).

O problema é que a carcaça começa a ficar velha, eles começam a trocar as peças, e vai indo, vai indo até que o cara vai mesmo (Informante 8).

Percebe-se que a saúde seria o bom funcionamento da máquina, e a doença significaria falha das peças. Teoricamente, estas poderiam ser substituídas e até mesmo recuperadas, e a máquina voltaria a ter bom funcionamento. No entanto, na velhice, a substituição de peças vai ficando cada vez mais difícil, pois, se a carcaça vai ficando velha, as engrenagens também vão envelhecendo, as falhas vão aumentando e “o cara vai mesmo”, como se a morte estivesse sendo anunciada.

Aceitar as limitações biológicas e o processo de desgaste dos corpos continua sendo um desafio central na cultura ocidental contemporânea, que enfoca e valoriza muito a juventude como um período de muitas possibilidades, vivências e beleza. Isso se reflete de muitas formas, como pela obsessão pelas formas corporais e pela apresentação juvenil que atravessa todo o complexo da moda, das academias de ginástica, dos cosméticos e das tecnologias do corpo. O Brasil é o segundo país do mundo em cirurgias plásticas e vive uma realidade dúbia de culto à juventude. Ao mesmo tempo, é um país que está vivendo o processo de envelhecimento da população (Júlio Simões, 2004).

A juventude inicialmente foi uma denominação que caracterizava uma fase específica da vida, mas atualmente é uma referência e um modelo para todas as idades. A “juvenilização” torna-se um fenômeno no movimento de culto à beleza, ao dinamismo, à atividade (Jean-Claude Forquin, 2003, p.13). Esse fenômeno não é exclusivamente feminino, nem específico de uma periodização da vida. Como podemos constatar nas falas desses homens, acima de 60 anos, o imaginário social de valorização da juventude também povoa sua vida por diversos motivos – por terem se dedicado prioritariamente ao trabalho, pelas dificuldades e falta de recursos da época, entre outros.

Eu acharia que, se fosse poder voltar para os 20, eu voltaria (Informante 3).

Hoje eu penso o envelhecimento que a gente gostaria de ser novo para aproveitar mais. Agora que chegou a hora das pessoas de ter as coisas para viver, porque naquelas minhas épocas não tinha (Informante 3).

O trabalho, marcadamente presente na vida desses homens, surge como resultado de esforços e investimentos para garantir minimamente condições de vida. A velhice seria um momento de maior dificuldade de trabalho. Trabalhar serviria para “ter coisas para viver” (Informante 3) e depois poder aproveitar, produzir recursos para usufruir em outros períodos da vida.

O envelhecimento, sempre muito associado ao processo de adoecimento, favorece o estabelecimento da dicotomia entre o envelhecer normal e o patológico. Considera-se “envelhecer normalmente quando o indivíduo consegue, através do tempo, adaptar-se aos rigores e agressões do ambiente, mantendo-se em estado de equilíbrio morfofuncional”; contrariamente, “o envelhecimento patológico seria aquele no qual o indivíduo não seria capaz de reagir às agressões sem apresentar perdas e lesões propiciadoras de alterações morfológicas e fisiológicas impedidas de uma perfeita adaptação e de volta ao estado normal anterior” (Francisco Duarte, 1999, p.75). A representação de velhice associada ao adoecimento também surge nas falas de alguns Informantes que se perceberam velhos através do acometimento de alguma doença.

[...] passei a vida inteira sem ficar doente, sem precisar de tratamento. É, está ruim, agora com 80 anos, estava sempre na horta, sempre caminhando. Era uma pessoa ativa [...] e, de repente, agora, tem que só estar sentado, deitado.

P: O senhor se sente fraco?

I: Fraco das pernas (Informante 5).

P: Teve alguma coisa que aconteceu na sua vida que fez com que o senhor se desse conta de que estava envelhecendo?

I: Ah! Quando me deu o enfarte, aí eu perdi muito as forças, aí eu vi que estava ficando já meio... (Informante 6).

“De fato, o corpo tem uma existência no tempo, ao longo do qual ‘sofremos’ continuadas modificações de natureza biológica, rumo a uma degenerescência completa cujo limite para a nossa individualidade é a morte” (Alfredo Veiga-Neto, 2000, p.223). Em virtude da disseminação e da penetração do discurso biológico, as construções sociais relativas às representações dos grupos etários estão associadas a aspectos do corpo biológico. As atribuições referentes à velhice caracterizam-se, principalmente, por aspectos negativos, perdas, tristezas, dificuldades, mas não necessariamente se configuram somente desse modo.

As fases da vida têm como referência a linha do tempo, entre outros marcadores sociais. As alterações dos corpos e das identidades, e vice-versa, decorrentes dessas mudanças são continuamente significadas e ressignificadas, geralmente constituindo-se em relação ao que se diferencia. No caso, o ‘normal’ e o ‘natural’ da velhice se constroem e se definem no que é

identificado como ‘anormal’ e/ou ‘patológico’. Os vínculos entre o social e o biológico tornam possíveis desdobramentos na vivência de diversos processos sociais, principalmente a velhice e o adoecimento. Suas continuidades e descontinuidades ao longo do tempo sofrem vários processos de transformação e subjetivação nas situações cotidianas.

### **3.2.2 A(s) Idade(s) e suas Possíveis Combinações**

A periodização da vida pode ocorrer de distintos modos. Na nossa sociedade ocidental contemporânea, a idade cronológica constitui-se em um mecanismo básico para a periodização da vida e para caracterizar grupos etários. A idade cronológica está baseada em um sistema de datação, um calendário, apoiada em um eixo temporal. Ela é estabelecida por um aparato cultural e não está relacionada com os estágios de maturidade.

A idade é um marcador identitário. É um elemento que vai constituir e vai ser constituído pela identidade, que se inscreve fundamentalmente no corpo, mas não funciona isoladamente, estando associada a outros marcadores identitários, como gênero, classe social, etnia. Essas associações, configurações entre os marcadores identitários, posicionam, diferenciam, classificam os sujeitos nas suas relações sociais, mas são instáveis, “combinam-se e recombina-se permanentemente entre si, e é principalmente no corpo que se tornam visíveis” (Alfredo Veiga-Neto, 2000, p.217). Ser magro(a) ou ser gordo(a), ser baixo(a) ou ser alto(a), ser homem ou ser mulher, ser negro(a) ou ser branco(a), ser brasileiro(a) ou ser estrangeiro(a), homossexual, heterossexual ou bissexual, assim como o vestuário, uso de adereços, gesticulações e modo de falar, são diferentes possibilidades de (re)combinações que conseguem agrupar, hierarquizar e também representar um grupo etário. No entanto, há um trânsito entre as (re)combinações e as fronteiras, permitindo uma variabilidade de vivências nas mesmas idades cronológicas, que são ordenadas por valores culturais (Guita Debert, 2003, p. 57).

A idade cronológica constrói marcadores identitários nas diferentes fases da vida – criança, adolescente, adulto, idade para ingresso na escola, na universidade, no mercado de trabalho. É um atributo que confere aos indivíduos o status de cidadão, pois legitima a maioridade civil. É um critério para estabelecimento de demandas sociais, como o sistema de previdência para aposentadorias (Ibidem).

As idades são formas de organização social, política e de governo da sociedade pela institucionalização de artefatos culturais e pelo estabelecimento de modos de viver. Essas marcas muitas vezes podem ser consideradas como “pontos-chave” (Myriam Barros, 2004) que vão imprimir traços distintivos na trajetória de vida das pessoas. Esses sinais vão definir as fases da vida, favorecendo o seu reconhecimento social, e constituem rituais simbólicos elaborados para definir fronteiras entre as idades, como se a vida fosse uma trajetória linear de etapas evolutivas, numa sucessão de fatos. Estes seriam pré-requisitos para o andar da vida e garantias de uma evolução, apesar das especificidades sociais, históricas e culturais. Haveria estágios pelos quais todos passam (ou passariam), assumindo um caráter universal, como idade para ir para escola, namorar, casar, ter filhos, trabalhar, aposentar-se e enviuvar.

A velhice pode configurar-se como uma marca na vida das pessoas que envelhecem, caracterizada pela superação, principalmente para os homens, que, em virtude do alto índice de mortalidade, têm chegado em menor número do que as mulheres a essa fase da vida. A periodização da vida, as categorias de idade e o caráter dos grupos etários não são propriedades substanciais que os indivíduos adquirem com o avanço da idade cronológica; são formas de organização social, representações culturais e políticas (Guita Debert, 2003, p.51).

A idade cronológica, que se configura em torno de um eixo temporal, seria um fator preponderante na tomada de algumas decisões. A cultura, dessa forma, consegue institucionalizar os períodos da vida. Aqui entendo idade “como tempo vivido pelo corpo, tomando-a como tema ou categoria mobilizada em processos identitários que considero cada vez mais difundidos e penetrantes” (Alfredo Veiga-Neto, 2000, p.217). A idade configura uma identidade, do mesmo modo que a identidade configura a idade. Trata-se de um processo retro-alimentado, com suas (re)combinações e suas variáveis. As variáveis de idade, combinadas com as variáveis de gênero, constroem distinções entre velhice masculina e velhice feminina.

“Talvez seja a velhice, dentre todas as realidades, aquela cuja noção puramente abstrata mantemos durante a maior parte do tempo” (Simone de Beauvoir, 1970, p.8). O fenômeno da velhice era algo imaginário e talvez ainda seja. Por mais conhecimentos que já existam relativos a esse período da vida, ele continua sendo um processo individual e coletivo, mas associado à cultura, ao período histórico, e sua vivência se dá em ato.

Na fala a seguir, o Informante afirma que não pensava como seria a velhice e, ao falar e provavelmente aconselhar os mais jovens sobre alguns cuidados para uma vida melhor e para

uma boa velhice, ele percebe a dificuldade de comunicação. Mesmo em uma tentativa de ajudar, existe a marca da diferença baseada no tempo, na idade. Ainda que as pessoas idosas tenham condições físicas, retoma o imaginário a noção de que o envelhecimento e a velhice são períodos da vida caracterizados por perdas.

Eu não pensava que fosse assim. Quando se é jovem, o cara não pensa na velhice. É que nem hoje, tu falas com um jovem, tu dizes: “olha, filho, eu estou velho”. “Ah...você é de antigamente, é daquele tempo, hoje é diferente”. Eu pensava que não fosse tão difícil ficar velho, ser velho... Eu ainda tenho meios de me comunicar, de me locomover sem ajuda, mas eu vejo muita gente que precisa de ajuda. Foi uma mudança muito grande (Informante 1).

Bem, a gente se sente bem em função disso, satisfação para a gente poder dizer que não esperava chegar nessa idade (Informante 9).

Mesmo que tenha surgido na fala de alguns Informantes o estranhamento em relação ao processo de envelhecimento e à velhice, os sentimentos e os significados são múltiplos e provisórios, em constante processo de (re)significação, pelo fato de os entrevistados estarem vivendo. Esses sentimentos, por vezes, são contraditórios. Na fala do Informante 9, acima, há uma satisfação em chegar a idades mais avançadas, pois isso pode representar a superação de obstáculos para algumas pessoas, principalmente para quem teve maiores dificuldades, sejam elas econômicas ou de outra ordem.

Diante das condições atuais de envelhecimento das pessoas, torna-se possível a construção de novas concepções sobre o envelhecimento e a velhice. De acordo com Alfredo Veiga-Neto, “[...] reconhecer essa dimensão biológica do tempo vivido pelo corpo muito pouco ou quase nada diz sobre os muitos sentidos que damos ao fato de ter essa ou aquela idade” (2000, p.223), pois os sentidos são construções sociais que só adquirem significado em determinadas culturas. No entanto, a idade cronológica não está mais relacionada diretamente com as perdas biológicas, que mais comumente seriam encontradas em pessoas a partir de determinada idade. Os cruzamentos temporais e biológicos estão sofrendo alterações, em virtude de muitos fatores, principalmente os relacionados a hábitos de vida, avanços tecnológicos e cosméticos, entre outros. Portanto, os aspectos biológicos não condizem mais com as fases temporais que representaram a velhice em determinados momentos.

### 3.2.3 Velho, Idoso, Terceira, Quarta e/ou Quinta Idade?

A periodização da vida implica investimentos simbólicos, elaborados com rituais que definem fronteiras – que não são fixas, nem fechadas, havendo possibilidade de trânsito e transgressões entre as idades (Guita Debert, 2003). A partir das formas de periodização da vida, outras classificações são possíveis e utilizadas como critérios para definir comportamentos e modos de lidar com determinadas grades etárias.

No início do século XX, uma pessoa de 40 anos era considerada velha; atualmente, isso não faz mais sentido. Algumas marcas funcionam como referência em relação a outras. Houve uma (re)significação de sentidos, e outras classificações relativas às idades tornaram-se necessárias para falar da fase da vida denominada velhice. Em virtude das alterações e da multiplicidade de possibilidades de viver a velhice, novas nomenclaturas surgem para tentar, de certa forma, homogeneizar, rotular e aprisionar identidades e modos de vida dos velhos. Novos termos surgem para dar a compreender, minimamente, a quem nos referimos quando falamos de ou sobre idosos, de terceira, quarta e quinta idade e de quem são os jovens-velhos, os velhos-velhos e os velhos-centenários, o que só é possível pelas mudanças na estrutura etária da população e pelo expressivo aumento da expectativa de vida das pessoas.

As nomenclaturas classificatórias, baseadas na idade cronológica e nos aspectos biológicos, estão impregnadas de representações cujos signos e sentidos variam de acordo com contextos sociais e históricos, ou seja, ser velho em uma comunidade rural é diferente de ser velho num grande centro urbano. Questões de classe, etnia, raça, gênero, entre outras, criam especificidades próprias de cada contexto. Além de os aspectos demográficos e sociais terem se alterado significativamente, as práticas sociais foram se (re)significando e se inscrevendo nos corpos.

Na fala a seguir, podemos ver o termo *velho* associado à diminuição das capacidades e habilidades, como a força, e a comparação entre “novos” e “velhos” em oposição binária, mas relacional, onde um se constitui e se define em relação e oposição ao outro.

I: [...] geralmente, a pessoa nova tem mais força, então, o velho é poupado, não carrega nada, não força, não leva peso [...] sempre tem o mais novo que faz.

P: E o que o senhor acha disso?

I: Bom, porque eu já sou idoso e preciso de carinho e de ajuda. Não é verdade? Acho muito bom (Informante 1).

Na fala desse homem, podemos encontrar distinções e perceber contradições entre os diferentes significados atribuídos aos termos *velho* e *idoso*. O *velho* é aquela pessoa que apresenta déficits, remetendo ao adjetivo *velho*: gasto, em desuso. Já o termo *idoso* carrega na sua terminologia aspectos mais respeitosos, carinhosos, afetivos e mais positivos em relação à idade. O Informante refere-se a uma pessoa idosa como sendo alguém com maiores necessidades de cuidado, dentre eles, carinho e ajuda. A construção social dos sentidos e dos significados atribuídos à velhice permite que um homem velho explicita a necessidade de carinho e ajuda. Essas são características consideradas femininas, das quais as distintas masculinidades buscam se distanciar ao longo da vida, sendo rechaçadas por muitos homens; entretanto, em um dado momento, acabam por ser (re)significadas, passam a fazer sentido e até mesmo a ser desejadas.

O termo *velho* está carregado de conotações negativas, relacionadas à diminuição das capacidades físicas e à decadência, principalmente à incapacidade para o trabalho, tais como a falta de força, reforçando uma situação de exclusão de um corpo velho. Trata-se de “um termo constitutivo de uma representação cultural de menor valor em relação ao que se reconhece como idoso” (Luiz Fernando Alvarenga, 2006, p.44). No entanto, no Brasil, o termo *velho* apresenta uma ambigüidade, podendo ser um modo de expressão carinhoso e afetivo, distinguido pela entonação de voz (Clarice Peixoto, 2003).

Já a palavra *idoso*, mesmo considerada menos precisa em sua classificação por abranger todos os sujeitos que ultrapassam determinada idade, é tida como mais respeitosa, agregando realidades mais diversas. O termo *idoso* deu um outro significado ao termo *velho*, tornando o sujeito respeitado pela questão da idade, e não basicamente pelas questões financeiras, porque algumas palavras eram utilizadas para fazer um diferencial de classe, dentre elas, *idoso*.

A *terceira idade* é uma expressão mais recente, uma invenção da sociedade ocidental contemporânea devido ao aumento da expectativa de vida da população e do envelhecimento populacional. Essa terminologia busca identificar uma nova fase da vida, o período entre a aposentadoria e a velhice. Foi necessário criar uma definição nova para a população de jovens aposentados, como sinônimo de envelhecimento ativo e independente, que surge em decorrência das transformações sociais e do prolongamento da vida. A terceira idade compreende o período posterior à fase adulta e anterior à velhice. Segundo Guita Debert (2003, p.53), “sua invenção implica a criação de uma nova etapa na vida que se interpõe entre a idade adulta e a velhice e é acompanhada de um conjunto de práticas”. Cria-se a ociosidade simbólica que induz à prática de

novas atividades sob o signo do dinamismo. Podemos verificar, na fala de um dos Informantes, a penetração e assimilação do discurso relativo à chamada terceira idade, que praticamente se opõe às conotações negativas concernentes ao termo *velho*. A velhice não poderia mais assumir um caráter depreciativo – com isso, foi preciso transformar essa fase da vida em algo mais interessante, vivendo-a com “genialidade” e “pique”, como algo novo.

[...] Porque tu tens que encarar a vida com genialidade, tu não podes ser aquele velho atirado atrás de um balcão, tu tens que ter aquele ritmo, aquele pique, por mais que tu não tenhas o pique que tinhas antigamente, mas encarar como coisa que é da realidade da vida, ajudar os jovens, conviver com os jovens, eis a questão (Informante 8).

Esse depoimento está em sintonia com todas as características significativas para contemplar a definição de terceira idade: ser um velho jovial, não ficar num canto, ser independente, ativo, dinâmico e relacionar-se, principalmente, com os mais jovens, para não perder de vista os atributos reconhecidos socialmente como definidores ou característicos da juventude. A representação da terceira idade com ritmo e movimento está sendo veiculada e incorporada por muitas pessoas que se encontram nesse lugar, nessa faixa etária, bem como por pessoas que ainda não chegaram a essa categoria. A fala do Informante 8 está marcada pelos significados atribuídos à terceira idade. Há uma identificação com essa construção social, expressa por uma valoração positiva desse modo de vida, mesmo que lhe imponha desafios, principalmente sabendo da existência de algumas dificuldades de colocar em prática esse discurso.

A velhice está passando por um processo de transformação e (re)definição. A terceira idade é um segmento da velhice, representada por uma identidade independente, que tem sua própria autogestão dinâmica e ativa. É uma classificação a partir da capacidade funcional do indivíduo, e não apenas relacionada à faixa etária (Clarice Peixoto, 2003, p.76). Sendo uma construção social, também é política, permeada por relações de poder. Estão em jogo redefinições de poderes ligados aos grupos sociais. Assim, essa categoria também abre espaço para o estabelecimento de um mercado consumidor de oferta de serviços próprios, relacionados à manutenção dos aspectos funcionais. Conforme Luiz Fernando Alvarenga (2006, p.50), “[...] estão envolvidos vários processos de disciplinamento e autocuidado para manter-se ativo e, acima de tudo, saudável”. Vê-se a criação de uma gama de serviços e equipamentos para a vivência dessa fase, como controle alimentar, atividade física, turismo, cosméticos e produtos de beleza.

Surgem também especialidades, tais como a gerontologia e a geriatria, com profissionais autorizados a falar sobre esse assunto.

Categorias e grupos de idade implicam, portanto, construções de visões de mundo que contribuem para manter ou transformar as posições dos sujeitos nos espaços sociais, grupos de convivência, reuniões, encontros, passeios. Esses processos de normatização da vivência dos corpos constituem um exercício de bio-poder (Paula Sibilia, 2002). Trata-se de um conjunto de mecanismos e dispositivos de poder articulados que lutam para a construção de corpos e modos de subjetivação adequados a uma formação social desejada, atualmente, o capitalismo pós-industrial. Sua efetivação fica a cargo de uma série de pedagogias utilizadas por diversas instituições administrativas, como a escola, e por discursos, como os da medicina, da religião, da justiça, buscando definir e normatizar comportamentos.

No entanto, a vida escapa constantemente às ambições do biopoder (controlar e, eventualmente, modificar eventos biológicos), sendo necessária a (re)estruturação e a mudança permanente dos corpos e das subjetividades, como um processo constante. Mesmo existindo mecanismos de construção de sentidos e significados mais valorados do que outros, também existem movimentos de resistência, ou seja, “modos de contestar e não aceitar o conjunto de máximas estabelecidas para a vida cotidiana” (Deborah Lupton, 2000, p.18). Como a vivência da terceira idade é algo novo, uma fase nova na vida, tanto do “corpo-individual” (anatômico) quanto do “corpo-da-população” (biológico), foram criados novos mecanismos na tentativa de controle e dominação – principalmente o mercado, que produz sujeitos consumidores, constituindo-se em um dos principais símbolos da sociedade atual e trazendo novos sentidos para lazer, atividade física, produtos dirigidos para cuidado da saúde, etc.

O agrupamento de pessoas como aposentados e pertencentes à categoria terceira idade, mesmo que possa supor certa homogeneidade, dá espaço para fendas, brechas por onde é possível escapar e reagir, onde se pode contra-atacar essas subjetivações continuamente. Esses são modos de resistência ao bio-poder, são modos de não aceitar ou contestar um conjunto de atitudes e valores, o que possibilita a simultaneidade entre a singularidade e a pluralidade, mesmo sob a tentativa de controle, desafiando convenções das normas morais. A velhice, de modo geral, é bastante heterogênea, principalmente no que se refere à economia, ao gênero e à faixa etária. Amplia-se a necessidade de outras distinções entre “jovens idosos” e “idosos velhos”. Pessoas

com idade entre 60 e 70, 75 anos formam o grupo considerado de “jovens velhos”, da terceira idade, ativos, independentes, com práticas socializadoras.

Com o prolongamento da expectativa de vida, surge uma nova expressão para classificar pessoas acima de 75 anos, a quarta idade. A quarta idade é uma definição que compreende as pessoas na faixa etária entre 75 e 85 anos que apresentam um perfil um pouco diferente da classificação anterior. São pessoas que já apresentam declínios e perdas de capacidade de equilíbrio do organismo e habilidades; podem ser consideradas como os “velhos velhos” ou “idosos velhos”. Já o grupo de centenários apresenta um grau maior de dependência e comprometimento cognitivo, sendo o grupo que mostra maior crescimento. É cada vez maior a proporção das pessoas com mais de 80, 90 e 100 anos.

**Tabela 6 - O “boom centenário”**



Fonte: Zero Hora, quinta feira 27 de setembro de 2007

A velhice rapidamente se publicizou em conseqüência do acelerado processo de transições demográficas e transformações sociais. Com isso, ela sai do espaço privado e dos cuidados da família para o espaço público, compondo uma função do Estado. As representações sociais referentes à velhice modificaram-se ao longo do tempo, assim como as suas nomeações, que não são neutras. As representações incidem diretamente sobre os modos de vida das pessoas capturadas, ou não, por estas denominações. Entretanto, a linguagem não consegue interpelar do mesmo modo todos os sujeitos a que se dirige, possibilitando uma ampla variação de modos de viver (Luiz Fernando Alvarenga, 2006, p.48).

A periodização da vida organizada em torno da idade cronológica, combinada com o aumento da longevidade, gera a necessidade de criar novas classificações para agrupar, classificar

peçoas, que podem se identificar, mas que também podem se diferenciar. A velhice, justamente por ser resultado de vivências anteriores, pode reunir uma diversidade muito grande de diferentes peçoas e possibilidades de vivê-la. Essas ‘novas’ fases da vida podem representar momentos de reconstrução, de novos investimentos e novas descobertas e contribuir para a elaboração de novos projetos de vida.

### 3.3 MARCAS HISTÓRICAS DE UMA GERAÇÃO

Outra forma de compor grades etárias referentes à periodização da vida é através do processo de definição de geração, que possui diversas acepções possíveis. Uma geração pode ser definida primeiramente em relação à estrutura familiar, onde os laços de parentesco vão configurar um vínculo geracional, formando a árvore genealógica da família. Os membros da família são então dispostos em ordem de filiação ou, mais precisamente, em relação aos graus de filiação (primeira, segunda, terceira geração) a partir de um membro tomado como referência, constituindo a geração dos pais, dos filhos e dos netos, assim sucessivamente, compondo as gerações familiares (Jean-Claude Forquin, 2003).

Nas gerações familiares, as idades entre os componentes do mesmo grau de filiação são muito variáveis. Portanto, as gerações também podem estar relacionadas às idades de vida, ou idades cronológicas, independentemente da filiação. Segundo esse conceito, um grupo de peçoas da mesma idade, utilizando como critério agregador o eixo temporal, pode ser considerado como uma geração. Geração pode ser identificada por períodos de vida. Fala-se com frequência em “jovem geração”, “velha geração”, entre outras. Outro critério que pode definir uma geração são as “situações de gerações”, compreendidas por um “conjunto de peçoas que nasceram mais ou menos na mesma época e que têm em comum uma experiência social e histórica idêntica, com uma proximidade cultural”, ou seja, há determinadas marcas resultantes de vivências anteriores (Jean-Claude Forquin, 2003).

A velhice pode ser considerada como uma geração, tanto pela acepção de “geração/período da vida”, quanto por “situação de geração”. No entanto, vou utilizar o conceito de “situação de geração” neste trabalho por considerá-lo mais propício, quando compreendo a velhice como resultante de vivências anteriores, em que significados e representações são

produzidos e transmitidos culturalmente, variando de pessoa para pessoa ou de geração para geração ao longo do tempo. Esse conceito de geração pode indicar que as pessoas nascidas em uma mesma época podem ter construído significados e representações relativos a determinadas coisas e situações de vida por fazerem parte de um contexto mais amplo, cujos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos e práticas educativas contribuíram para o processo de construção identitária e para o modo de viver a vida. A vivência de experiências semelhantes, em momentos de vida próximos, pode ter contribuído para a elaboração de sentidos e significados (que podem ser contraditórios) para determinados fatos. O conceito de geração e a relação entre as gerações contribuem para a transmissão<sup>35</sup> de valores culturais, havendo um equilíbrio entre sua continuidade e descontinuidade (Jean-Claude Forquin, 2003).

Imagino ser possível considerar o grupo de Informantes deste trabalho como pertencentes a uma mesma “situação de geração”. Primeiro, por se tratar de um conjunto de pessoas, homens, que nasceram mais ou menos na mesma época, pois todos os entrevistados têm idade que varia entre 62 e 83 anos. Em um total de nove entrevistados, seis encontram-se na faixa etária de 62 a 67 anos, dois estão entre 73 e 75 anos, e apenas um tem 83 anos. Segundo, porque os Informantes apresentam alguns atributos em comum, além da faixa etária, como a incidência de alguma patologia, o fato de residir em um município fora de Porto Alegre e fazerem tratamento nesta capital, permanecendo em casas de passagem ao longo de vários dias.

Considerá-los como pertencentes a uma “situação de geração” permite-me assinalar alguns traços geracionais comuns que culminem em diversos modos de vida, porém com particularidades e similaridades. Ressalto novamente que as identidades são múltiplas, provisórias, contingentes, mas também são atributos do idêntico, apresentando vestígios identitários comuns, e nunca estão finalizadas. Penso que algumas características sociais, culturais, econômicas e políticas contribuíram para a construção de determinados modos de vida que se mantiveram ativos, construindo memórias coletivas e sobrevivendo ao tempo e às mudanças, pois carregam consigo a história de uma época e estabelecem relações entre as gerações anteriores e posteriores (Anne Carolina Ramos, 2006).

---

<sup>35</sup> Gostaria de salientar que a palavra *transmissão*, neste trabalho, é empregada e compreendida como algo (informação/conhecimento/mensagem) que é transmitido, mas que, nesse processo, é constantemente transformado. As transformações das transmissões ocorrem a partir do próprio emissor, do receptor (reconstrução do transmitido), através das condições de transmissão e pela transformação da própria mensagem a ser transmitida (equilíbrio entre as continuidades e as rupturas) (Johannes Doll, aula dia 30/03/2007).

Vou comentar, rapidamente, alguns acontecimentos históricos relacionados às datas de nascimento dos homens que participaram da pesquisa. Assinalar alguns traços da história brasileira vivida por eles contextualiza parcialmente a situação social, política e econômica, em linhas gerais, suas trajetória de vida, bem como alguns traços identitários e representações desses homens.

O Brasil era um país marcadamente agrário, governado pela elite dos estados. A revolução de 30 buscou abrir o sistema político à participação de novos atores sociais e promover a modernização econômica do país através do processo de industrialização. As mudanças na organização política e econômica colaboraram para a elaboração e o desenvolvimento das primeiras estratégias políticas de saúde em nível nacional. No entanto, o Executivo Federal passou a romper com os ideais liberais que originaram a revolução, concentrando o poder, fato que contribuiu para o desencadeando de uma nova crise, resultando no golpe de Estado em 1937.

A criação do Estado Novo deu-se pela Constituição outorgada por Getúlio Vargas em 1937. Essa Constituição rompe com os ideários liberais e democratas, dando continuidade à ação de modernizar a economia, com base no desenvolvimento industrial. Entretanto, após a Segunda Guerra Mundial, o Estado Novo não resiste às pressões contra o autoritarismo político, e o Presidente é levado à renúncia em 1945 pelos mesmos chefes militares que lhe tinham dado sustentação no regime que se extinguiu (<http://www.republicaonline.org.br>).

O Estado novo é extinto, e ocorre uma (re)democratização em 1945, a Constituição de 1946, que restaura a democracia representativa, mas mantém algumas políticas, tais como a política do café com leite, estratégicas à economia nacional. Vargas é eleito pela segunda vez, em 1950, e há uma renovada oposição dos liberais ao prosseguimento da modernização estatizante por ele conduzida em seu segundo governo. Como em 1945, isolado politicamente e pressionado à renúncia, o Presidente suicida-se.

Esse período foi marcado por contestações, manifestações públicas, revoluções e mudanças na estrutura do país, relativas às questões políticas e econômicas, bem como ao processo de industrialização e à organização social e cultural. Tais mudanças foram vividas pelos sujeitos desta pesquisa, homens nascidos no período compreendido entre 1924 e 1945. Eles viveram essas transformações no seu cotidiano, além de muitas outras. Os acontecimentos do passado constituem-se em uma herança viva, ativa. As lembranças remetem a uma (re)construção

permanente, (re)apropriação, (re)interpretação de acontecimentos, principalmente no que se refere aos avanços tecnológicos, como podemos identificar nesta fala:

Tem mais coisas boas agora, tem mais, tem ruim, mas tem mais boas, porque, antigamente, não tinha como se locomover de um lugar para o outro, a não ser a cavalo ou a pé, não tinha carro. Eu, lá na minha casa [...], veio o primeiro telefone a manivela, foi um coisa extraordinária. Depois, veio a luz elétrica, nós não tínhamos luz elétrica no interior, então foi melhor ainda. Não se tinha nem rádio para escutar, aquele tempo, porque tocado a quê? A pilha, depois, veio a pilha. Primeiro, era a bateria, tu ias carregar a bateria, descarregava, já ficava sem rádio. Depois, quando veio a pilha, mudou, melhorou, está cada vez melhor. Está evoluindo demais, quase demais. Não que a gente se queixe da evolução, é que o aperto da situação financeira é por causa da evolução. Precisa dinheiro (Informante 1).

O início da vida desses homens foi caracterizado pela inexistência ou privação de algumas coisas, como luz elétrica e telefone, que, com o passar do tempo, foram sendo descobertas e produzidas. Foram fabricados equipamentos e aparelhos que facilitaram a vida das pessoas. Uma das marcas presentes nas falas de vários dos Informantes foi a vivência de dois momentos: a escassez e o excesso. Os primeiros telefones tinham um custo elevado; nem todas as pessoas tinham condições financeiras para adquiri-los. Tanto as ausências quanto a produção de avanços tecnológicos produziram marcas e representações na trajetória de vida desses homens.

[...] hoje em dia, tudo mudou, diferente, tem muita coisa, como nós fazíamos, tudo hoje é tudo a máquina tudo fácil [...] ia caminhar 10 km longe e fazia a estrada a picão, hoje a gente não precisa mais picão, pá, boi. Hoje são as máquinas que fazem (Informante 3).

As mudanças na organização política, econômica e social no país, assim como os avanços tecnológicos, produziram diferentes efeitos na vida das pessoas, principalmente porque elas transitaram por tais transformações. Os significados dessas experiências vividas por essas pessoas, incluindo os homens que participaram desta pesquisa, são diferentes dos significados produzidos por aquelas que conhecem esses eventos por histórias, livros e relatos – pessoas que, como eu, não passaram por isso e pertencem a outras gerações.

Os significados e as representações construídas podem estar associados a situações vividas e também a relatos que contam histórias passadas. No entanto, os relatos não são somente lembranças, são modos de reviver, refazer, (re)construir e (re)pensar com idéias de hoje as experiências do passado (Bosi, 2003, p.55). Na próxima fala, o Informante, ao (re)lembrar e (re)contar suas experiências, (re)pensa e (re)constrói outras possibilidades:

Olha! Mudou muito, muito mesmo. Se fosse hoje, com a minha experiência, eu não estaria aqui, talvez, conversando. Estaria num outro ramo, porque a experiência, se tu não chegas lá, não adianta, não adianta [...]. Eu, se fosse hoje, trocava de serviço, de profissão, teria

mudado um pouco para não estar em uma situação que nem eu estou. Eu teria mudado (Informante 1).

De acordo com Jean-Claude Forquin (2003, p.2), “as transmissões entre as gerações constituem uma espécie de Lei Universal entre todas as espécies vivas”, incluindo os seres humanos, que nascem, crescem, se reproduzem, envelhecem e morrem. No entanto, somente os processos biológicos não são suficientes para assegurar as transmissões entre seres humanos. Nós, como seres humanos, somos socialmente construídos. A linguagem é a principal responsável pelas transmissões de representações, crenças e costumes entre as gerações, fazendo com que a cultura se prolongue para antes do nascimento e depois da morte. As gerações acabam por contribuir para a configuração de modos de viver similares, em alguns aspectos, pelas transmissões educativas entre elas, que resultam em continuidades e rupturas decorrentes das transformações sociais. Além disso, contribuem para a elaboração e vivência da velhice. O prolongamento da vida aumenta a probabilidade e o desenvolvimento de vínculos, relações e transmissões entre as gerações. Na fala de um dos Informantes, é possível perceber a relação entre a velhice, momento atual da vida, com os fatos vividos ao longo da vida.

A velhice é uma eterna saudade do passado (Informante 8).

Utilizei essa fala como inspiração para o título do trabalho, pensando em uma problematização dessa afirmação, que não deixa de ser uma possibilidade de (re)significar a velhice. Existem múltiplos sentidos imbricados nessa fala. O Informante, ao associar “velhice” com “eterna”, articula duas contradições em posição de igualdade, pois a velhice é um momento, é um período, portanto, finito e transitório; eterno é algo que não tem início nem fim, é infinito, mas é tido na fala do Informante como um período tomado por um sentimento – a saudade. Saudade parece remeter a algo bom, com o desejo de reviver algo que ficou para trás; a velhice, como ponto culminante da vida e sua última etapa, quando comparada ao passado, remete a uma situação anterior como algo bom em relação ao momento atual. Pensando-se nas lembranças como modos de (re)construção e (re)apropriação do passado, este deixa de ser fixo e não é passado – ele pode ser presente e pode estar presente. Ele pode ser transformado, pode transformar, deformar e (re)definir, pois a memória não é um registro fidedigno, havendo sempre uma (re)significação da vivência. Segundo a fala do Informante, também se pode pensar que, para ter uma boa velhice, é preciso ter vivido muitas coisas, ter o que lembrar. Por outro lado, parece que a velhice em si não tem conteúdo, ela se alimenta somente do que já passou. A velhice

surge como resultante das vivências anteriores. O passado está implicado, mas não necessariamente agrega somente situações positivas.

### 3.4 ESCOLA, ESCOLARIDADES, ESTUDOS – o que representam?

A Fundação Perseu Abramo, em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), realizou uma pesquisa sobre os idosos no Brasil, sob o título: “Vivências, desafios e expectativas na terceira idade”. Foram entrevistadas pessoas acima e abaixo de 60 anos, parte desta foi publicada no Jornal *Zero Hora* no dia oito de maio de 2007 (Gustavo Venturi e Marisol Recamán, 2007). Segundo esse trabalho, uma das principais mazelas da terceira idade é o analfabetismo funcional. O levantamento indica que 49% da população entrevistada acima de 60 anos não sabe ler e escrever ou tem dificuldade para tal. Associa-se ao analfabetismo funcional a ausência e/ou insuficiência de escolas e de políticas públicas de educação no país no início do século XX, período em que as pessoas entrevistadas nasceram. Somando-se a dificuldade de acesso às escolas com as questões sociais e culturais, há pessoas que informam ter tido dificuldades devido a problemas de saúde e/ou de aprendizado. A pesquisa dá visibilidade a uma situação específica de determinados grupos etários ou de algumas gerações e também possibilita uma reflexão em relação aos dados apresentados. O alto índice de analfabetismo na faixa etária considerada é inegável, e vários aspectos contribuem para isso. Esse índice de analfabetismo difere de outros em distintos momentos da história.

Os indicadores remetem-nos a situações estruturais do início do século XX, quando o Brasil era um país predominantemente agrário, existiam poucas escolas e não havia obrigatoriedade nem gratuidade de ensino. Os homens entrevistados para este trabalho também pertencem à categoria etária delimitada pela pesquisa divulgada por *Zero Hora*, assim como se enquadram na situação de analfabetismo funcional. Podemos observar as marcas disso nas falas de alguns dos Informantes, homens que foram à escola por curtos períodos de tempo ou que não a frequentaram. Suas justificativas para a não-aprendizagem estão relacionadas aos modos de comportamento (aceitáveis e até mesmo “naturalizados” como comportamentos masculinos) e a problemas de saúde.

Eu estudei um mês só, não sei nada (Informante 2).

Estive no colégio, mas não aprendi a ler, eu era muito arteiro. Assino meu nome, mas eu não estou bom de vista (Informante 5).

Outra fala aponta para as dificuldades estruturais de distância, dificuldade de acesso à escola e inconstância da presença da professora. Outro motivo para o pouco tempo de permanência na escola era a necessidade de trabalhar desde cedo.

Muito pouquinho, na época, não tinha. Tinha uma escolinha lá no interior, eu morava no interior, mas a professora vinha uma semana, outra semana não vinha, então, o ensino na época era precário demais. Eu praticamente nunca fiz exame, nunca passei, fiz alguns, uns anos eu ia dois, três meses, outro eu ia seis meses. Daí, eu sei que o último ano que eu fui, comecei a ir à aula no mês de fevereiro, quando chegou o mês de setembro, tinha colheita de trigo, daí, eu saí para ajudar meu pai e até hoje não voltei mais (Informante 6).

A escola culturalmente é reconhecida como o lugar do conhecimento, e não a freqüentar ou freqüentá-la por pouco tempo pode significar a não-aquisição do conhecimento formal. Isso não implica que as pessoas que não freqüentaram as instituições de ensino não tenham conhecimentos e valores.

Em uma retrospectiva histórica, no século XIX, a educação era uma prática amplamente aceita e reconhecida para o ensinamento dos filhos das elites brasileiras, como uma distinção social. Aqui se tem uma marca de classe social e status econômico. O ensino era ministrado por padres, mulheres e estrangeiros em casa. Com a chegada da Corte portuguesa no Brasil, as famílias, motivadas pela cultura européia, passaram a desejar que seus filhos tivessem melhor instrução devido a fatores sociais e econômicos. O grau de instrução permaneceu atrelado a questões de classe, dada a ausência de um sistema público de ensino (Carlos Roberto Cury, 2006).

Analisando as constituições brasileiras, podemos constatar que a Constituição de 1934 foi a primeira a incluir a obrigatoriedade e a gratuidade do ensino primário, de cinco anos. Ela dispõe, no seu art. 149, que “a educação é direito de todos e deve ser ministrada pela família e pelos poderes públicos (...)” (Carlos Roberto Cury, 2006, p.680). A Constituição anterior, de 1891, não prevê escolarização obrigatória nem a gratuidade do ensino primário, no entanto, penaliza analfabetos, vetando seu voto. A constituição de 1937, por sua vez, no art. 39, dizia: "A obrigatoriedade da educação primária pode ser satisfeita nas escolas públicas, particulares ou ainda no lar". Seu art. 40 reiterava: "Dos sete aos doze anos toda criança é obrigada a freqüentar escola, salvo quando receber instrução no lar" (Ibidem). Ela também assegurava, em seu art. 125,

que "a educação integral da prole é o primeiro dever e o direito natural dos pais. O Estado não será estranho a esse dever, colaborando, de maneira principal ou subsidiária, para facilitar a sua execução ou suprir as deficiências e lacunas da educação particular" (Carlos Roberto Cury, 2006, p.680). Mesmo asseguradas pela constituição a obrigatoriedade e a gratuidade, a população que não tinha condições de acesso à escola, pela escassez de escolas públicas, ou que não possuía recursos para financiar instituições privadas era excluída. O ensino primário era composto por cinco anos, posteriormente passando para oito anos, como podemos verificar na fala de um dos Informantes:

[...] naquela época em que a mãe ficou viúva, com essa porção de filhos, não consegui nos pôr na escola. Na época, era tudo pago, livro, caderno, lápis, estojo e roupa, estudo, isso tudo pago. Isso ela não podia fazer, então, aí, nos deixou sem colégio. E tinha o colégio bem pertinho da nossa casa, mas não podia, e professor não dava aula sem ser tudo pago, aí, não conseguimos (Informante 4).

Um outro Informante faz uma referência à importância que o estudo conquistou atualmente, diferentemente de outros tempos, quando o trabalho era mais valorado culturalmente. Os estudos eram mais restritos às situações de classe. Pessoas com mais recursos financeiros privilegiavam os estudos dos filhos, principalmente fora do país. Para as classes populares, os filhos representavam ajuda no trabalho da família, principalmente no meio rural.

Até o quinto ano, a frente não tinha. Graças a Deus, nunca rodei, gostei de estudar, mas naquela época não tinha. Agora que inventaram. Agora tudo é só estudar, estudar (Informante 3).

A Lei n. 4.024/61, em seu art. 30, diz: "Não poderá exercer função pública, nem ocupar emprego em sociedade de economia mista ou empresa concessionária de serviço público, o pai de família ou responsável por criança em idade escolar sem fazer prova de matrícula desta, em estabelecimento de ensino, ou de que lhe está sendo ministrada educação no lar" (Carlos Roberto Cury, 2006, p.680).

Em 1967, a Constituição desincorporou a obrigatoriedade do ensino de um grau escolar para fixá-la em uma faixa etária, estabelecendo a obrigatoriedade da escolarização para crianças e jovens dos sete aos quatorze anos. Em 1969, a faixa etária parece indicar que, depois dos quatorze anos, o ensino primário deixa de ser obrigatório.

A extensão dos anos de obrigatoriedade escolar só viria com a lei 5692/71, que instituiu o ensino de primeiro grau com oito anos de duração. A partir da reforma de 1971, a obrigatoriedade de frequência escolar passou a ser de oito anos. Somente em 1988 o ensino é ministrado a partir

dos princípios de gratuidade do ensino em estabelecimentos oficiais e com igualdade de condições para o acesso e permanência na escola. O ensino fundamental passa a ser obrigatório e gratuito, inclusive para os que não tiveram acesso a ele na idade própria.

A época em que os homens entrevistados nasceram também foi o período em que as questões relativas ao processo de escolarização estavam sendo discutidas, com avanços e retrocessos.

Eu estudei só até a 4ª série do primário, só que, porque nós não tínhamos, porque, no meu tempo, não tinha ginásio. Para fazer ginásio, tinha que ir para fora, e eu me criei na cidade, no costado, hoje é a cidade onde eu me criei, e o meu pai tinha agricultura ali, de criação de suínos e gado e lavoura, daí, eu me criei. Tive oportunidade, só não tinha naquele tempo, depois mais, quando eu tinha mais idade, tinha, só que daí eu já trabalhava. Para mim, não tinha condições de ir a colégio, aí, não fui mais. A única que eu fiz, eu com... Eu tinha muita dificuldade nesses primeiros anos, eu sempre rodava, não tinha jeito, não conseguia gravar nada. Aí, a partir dos 14 anos de idade, começou a me abrir a mente, e eu comecei a me interessar por leituras, e o que vinha na frente eu devorava. E daí fui lendo e acabei... E até eu me classifico de autodidata (Informante 9).

A escola foi-se tornando acessível às classes populares à medida que o processo de industrialização foi avançando no país. Portanto, a escola pública foi o *locus* institucional, privilegiado, que contribuiu para a ‘fabricação’ de corpos educados, através do disciplinamento dos corpos, ensinando obediência, respeito, domínio dos conteúdos e preparação para o trabalho.

A universalização do acesso às escolas foi uma estratégia para educação em massa da população, o que corroborou para a produção e reprodução de valores hegemônicos em uma determinada cultura em um determinado tempo. Conforme afirma Althusser, citado por Tomaz Tadeu da Silva (2007, p.31), “a escola constitui-se num aparelho ideológico”, pois as crianças ingressam na escola em idades cronológicas muito jovens e lá permanecem por longos períodos de tempo. A escola foi umas das grandes responsáveis pela criação e (re)afirmação de “crenças que nos levam a aceitar que as estruturas sociais capitalistas são boas e desejáveis” (Ibidem). A escola pública buscou formar identidades de trabalhador/a assalariado, gerando condições de deseabilidade de tal situação, como sendo indispensável para a realização do ser humano. Além disso, a instituição escolar atua de maneira distinta, pois inclina as pessoas de classes menos favorecidas economicamente à submissão e à obediência, enquanto as pessoas de classes mais favorecidas são estimuladas ou ensinadas a comandar e controlar (Tomaz da Silva, 2007). A escola é uma instituição que produz e reproduz valores culturais através de processos de socialização.

O analfabetismo constituiu-se em decorrência da vulnerabilidade social, pois não existia fator pragmático, não havia oferta de serviços nas três primeiras décadas do século XX, não sendo unicamente uma questão de escolha ou impossibilidade individualizada de custear o ensino. “Em outros termos, o número de anos de estudo das gerações nascidas nos anos 1930 e 1940 é de 1,6 anos de estudos para as mulheres e de 1,5 para os homens” (Clarice Peixoto, 2004, p.64). Como podemos perceber na fala deste Informante, o estudo lhe fez falta para poder viver melhor.

Nossa, faz tempo, foi uma falta bem grande. Mais de 50 anos já faz. (Informante 6).

O analfabetismo funcional e a baixa escolaridade são uma das características da ‘geração de idosos’ que hoje se encontram nessa faixa etária. Essa situação resulta de toda uma organização social e cultural que priorizava o trabalho em detrimento da escolaridade nas classes menos abastadas. Esse processo histórico contribui para a construção de significados e para a produção de marcas na vida das pessoas, de modo que estes sentidos estão em constante processo de (re)significados, combinados com as transformações sociais e a legislação, com o advento da obrigatoriedade e da gratuidade do ensino, vão contribuir para a diminuição dos índices de analfabetismo nas futuras gerações de idosos.

### 3.5 ALTERAÇÕES SOCIAIS E NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS DOS HOMENS ENTREVISTADOS

Novos e múltiplos arranjos familiares e redes de solidariedade (re)configuram-se na sociedade brasileira como consequência de vários acontecimentos. O processo de industrialização, a urbanização e fenômenos sociais, tais como envelhecimento populacional e a própria longevidade, além de mudanças nas relações de gênero, entre elas os divórcios, os recasamentos, o controle de natalidade através dos métodos contraceptivos, a maternidade assistida e a adoção por casais homoafetivos, impulsionam mudanças na cultura, na família e nas relações intergeracionais.

Essas transformações vivenciadas atualmente produzem e (re)significam valores culturais que são socializados através da linguagem pelos processos educativos. A socialização de sentidos e significados que constituem a cultura ocorre pela construção de um conjunto de valores e

significados que vão imprimir marcas e modos de viver em determinados momentos da vida, sendo associados a períodos e momentos históricos, portanto, provisórios e contingentes. “As diferentes culturas sempre construíram significados para a vida, elaboraram periodizações e desenvolveram sentidos e práticas próprios para cada etapa e passagem da vida” (Myriam Barros, 2004, p.13).

“O envelhecimento e a velhice, em especial, são tratados por meio de representações sociais dos próprios idosos, de seus familiares, de cuidadores e de profissionais da saúde” (Maria Cecília Minayo, 2002, p.9). Trata-se, aqui, de um processo multifacetado, heterogêneo, principalmente porque é o resultado de todas as vivências anteriores do indivíduo, de todos os hábitos, crenças e comportamentos de sua vida, desde a infância até a maturidade. Situações estáveis ou conflitantes, como casamento, trabalho, educação, condições de estresse e alimentação, são alguns dos fatores que podem estar interferindo positiva ou negativamente nas condições de envelhecimento e na velhice, tanto individual quanto coletivamente, contribuindo de certa forma para construção de um perfil, de algumas marcas mais presentes na população idosa neste período, sem desconsiderar suas inúmeras variações. Portanto, há vários modos de viver a velhice, e esta não tem uma definição única - ela está relacionada com muitos aspectos e pode variar de pessoa para pessoa, inter e intra-pessoalmente.

Em algumas falas, pode-se perceber que não havia nenhuma preocupação com o envelhecimento, algo que era, para muitos, impensado. Como situação nova na vida dos homens entrevistados, a vivência da velhice vai ocorrer “em ato”, ou seja, é no momento em que as coisas estiverem acontecendo que vai se ter uma concretude dos fatos, com as possibilidades e limites dessa fase da vida.

Eu não pensava que fosse assim, quando se é jovem, o cara não pensa na velhice (Informante 1).

Sabe que isto, eu nem pensava, foi uma coisa que eu nunca pensei. Para falar a verdade, foi uma coisa que eu nunca pensei, eu sempre toquei, assim, nem pensava na idade (Informante 2).

É, conforme a idade vai indo, vai indo. Não existia nada, não tinha nada, não sentia nada, e vai correndo a vontade (a idade) e a campo afora na liberdade, quando ele viu, estava com 83 anos (Informante 5).

A gente era forte e trabalhava, se divertia, não tinha muito pensamento assim. É, agora, a gente se preocupa mais, principalmente com a saúde e a vivência com as pessoas, mais, assim, preocupados (Informante 6).

Outras situações de vida fazem com que algumas preocupações se tornem mais presentes na vida de alguns homens, como os fatores sociais e econômicos, que, no caso, geraram uma preocupação associada ao imaginário das dificuldades biológicas da velhice.

Pensava, quando eu era novo, eu pensava em trabalhar porque mais tarde eu poderia ficar velho e não ter nada, assim, eu já não tinha mesmo, e, se eu ficasse naquela pindaíba, eu morria mesmo. E eu trabalhei muito por causa disso (Informante 4).

Além de situações de convívio familiar com pessoas mais velhas, a presença do velho na família e no espaço social de convivência fez com que alguns homens construíssem representações sobre a sua expectativa de vida e a vivência da velhice.

Eu pensava, claro que aquela vez eu pensava uns 90 para cima, a gente vai ter que fazer. Sempre pensei (Informante 3).

A longevidade traz novos elementos para a vida das pessoas, especialmente para estes homens, que nasceram em uma época em que a expectativa de vida não era tão prolongada. Eles fazem parte das primeiras gerações que estão experimentando novas vivências decorrentes de mudanças até então pouco conhecidas e até mesmo desconhecidas, impensadas ou improváveis.

A velhice pode ser considerada como um processo decorrente de vivências anteriores a essa fase da vida e apresenta distinções na geração atual de idosos. Para alguns desta geração, a velhice era algo distante, sendo que muitos não se prepararam para chegar a essa fase. Outros, devido a circunstâncias relacionadas às dificuldades econômicas, tiveram a preocupação de assegurar minimamente condições para a velhice, dedicando-se ao trabalho como forma de melhorar as condições de vida no momento em que apresentassem uma diminuição das suas habilidades. Outras pessoas, pela convivência intergeracional, pensaram sobre esse processo. Esses modos de preparar-se ou não para a velhice traz consigo implicações que podem resultar em maiores dificuldades relacionadas às alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

Claudia Fonseca (1999, p.260) afirma que:

[...] podemos comentar o inegável prolongamento da expectativa de vida, fazendo com que pais e filhos adultos convivam durante muito mais tempo do que antigamente. Não somente convivam, mas esses podem contar por muito mais tempo com a ajuda daqueles.

As mudanças nas estruturas etárias da população também se tornam visíveis a partir de outros processos, como o da coexistência de gerações por períodos de tempo mais longos, com avós, pais, filhos, netos e, por vezes, bisnetos. Tal coexistência pode-se dar através da co-residência ou co-habitação, surgindo aí uma gama variada de arranjos familiares. As “famílias de

idosos” são famílias do tipo casal, com ou sem filhos, em que o chefe (no sentido de provedor) é o idoso. Há também famílias unipessoais, quando os idosos moram sós. “Famílias com idosos” são aquelas em que os idosos moram junto com a família pela relação de parentesco. Esses arranjos familiares pressupõem autonomia; quando isso acontece, a estratégia de co-residência, ou a ampliação das famílias, é uma importante forma de transferência de apoio, que pode beneficiar tanto as gerações mais jovens quanto as gerações mais velhas, em uma reciprocidade de cuidados (Ana Camarano, Solange Kanso, Juliana Mello, Maria Tereza Pasinato, 2004).

I: E eu tenho um filho que mora comigo, o mais velho, e a esposa.

P: E ele é casado?

I: Não, ele é assim, tem um filho, ele é ajuntado com uma mulher [...] (Informante 4).

No caso dos Informantes, a maioria deles é casada; somente um dos entrevistados optou por não casar nem ter filhos. Os Informantes casados constituem “famílias de idosos”, em que eles são os chefes da família. O apoio intergeracional não se restringe às situações de co-residência e incluem transferência de bens, apoio emocional e cuidados pessoais, mesmo em situações de residências separadas, tanto de pais para filhos quanto de filhos para pais. A posição dos sujeitos vem-se modificando nas famílias e nas relações intergeracionais, mas não dá para presumir que essa seja uma regra geral.

Eu tenho cinco filhos. São três homens e duas mulheres, só que, na realidade, tenho seis, porque eu tenho uma criada. A mais nova é uma criada que vai casar agora dia 1º de setembro. Eu e a mulher, nós éramos padrinhos dela. Quando ela tinha 11 meses de idade, faleceu a mãe dela, daí, ela ficou com a avó dela, e eles eram muito pobres. E aí, quando ela tinha três anos de idade, eu fui visitá-los, vi ela de novo lá na avó dela, e ela estava bem desnutrida, pesava 8,5 kg com três anos de idade, mas era um miquinho assim, coisa triste. Daí, conversei com a avó dela, se ela me dava para nós criarmos, porque nós tínhamos condições. Daí, o pai dela também concordou. Aí, fomos no fórum, fizemos a documentação e fizemos termo de guarda no fórum. O juiz autorizou, aí, eu levei ela pra casa, e desde então ela está lá em casa (Informante 9).

I: Moro só com minha esposa, agora. Meus filhos casaram. Tem só um que está solteiro, e uma que se separou, que está em Cruzeiro, trabalhando. E a maioria está tudo casado, pertinho lá de casa.

P: E já tem netos?

I: Tenho 23 netos, tudo ao redor (Informante 2).

Bom, eu morei aqueles anos, tinha quatro filhos, duas gurias e dois rapazes, casado há 48 anos, continuo casado, tenho a mulher viva. Perdi uma filha com 27 anos, que me deixou um neto, que eu criei dos três meses até os 20 anos, que ele tem agora (Informante 1).

Em virtude desses arranjos familiares, outras situações são compartilhadas. Hoje os filhos convivem por muito mais tempo com os pais – fenômeno da co-residência –, permanecendo na casa dos pais por períodos mais longos. Esse é um fenômeno que ocorre independentemente de

classe social, mas por motivos diferentes. Nas classes menos favorecidas, pode ocorrer pelas dificuldades econômicas. O ingresso no mercado de trabalho segue sendo precoce, mas com baixa remuneração, o que dificulta a aquisição de casa própria e a sobrevivência fora de casa. A pouca qualificação dos jovens também pode ser um fator que gera maiores dificuldades de inserção e ascensão no mercado de trabalho. Para outras classes sociais, com o aumento do número de anos de estudos, o ingresso no mercado de trabalho é cada vez mais tardio. Outras situações vivenciadas nas famílias, independentemente da classe social, são as experiências do casamento, divórcios, re-casamentos, relacionamentos homoafetivos e experiências distintas de maternidade e paternidade (Ana Camarano, Solange Kanson, Juliana Mello, Maria Tereza Pasinato, 2004).

A co-residência dos idosos por necessidade acaba sendo considerada mais comumente como uma obrigação e carrega um sentido de maior peso. À medida que são prolongados os anos de vida dos idosos, aumenta a probabilidade de eles necessitarem de maiores cuidados. Uma situação singular aconteceu com um dos Informantes que, como foi citado anteriormente, nunca se casou e não tem filhos. Esse homem não tem mais familiares de gerações próximas; por relações de parentesco, tem alguns sobrinhos, com quem ele não tem contato há mais de 30 anos – só sabe o nome deles, não sabe endereço, nem telefone. Agora, por estar doente, quem cuida dele é um homem aposentado que trabalhou por mais de 20 anos na chácara da mãe do entrevistado. Isso nos remete à questão da solidariedade intergeracional como sendo uma via de duplo sentido, tanto ascendente quanto descendente. No entanto, nas “famílias de idosos”, é mais comum ocorrer um apoio descendente, de os pais serem mais solidários para com os filhos, o que também representa a realidade dos Informantes. Nas “famílias com idosos”, ocorre mais uma relação ascendente.

I: Nunca se casou, gostava de ser solteiro, gostava muito de fazer festa e dançar.

P: Vocês se conhecem há muito tempo?

I: Sim, ele morava na chácara da minha finada mãe. Faz uns 20 anos quase que eu o conheço (Informante 5).

Situações como essa me fazem pensar sobre as escolhas e no quanto elas não são neutras ou individuais, sendo resultado de uma série de atravessamentos de múltiplos discursos. Nossas escolhas derivarão em um futuro, por vezes, tão distante, conforme as palavras de Simone de Beauvoir (1970, p.8): “a velhice aparece apartada de nós por um lapso de tempo prolongado que se confunde com a eternidade, esse por vir tão longínquo se configura como irreal”. Envelhecer é

um processo ‘natural’, no entanto, parece tão distante, parece residir na imagem do outro, nunca na nossa imagem. Parece haver uma resistência ao envelhecer e à velhice. É provável que uma das muitas causas dessa resistência seja os estigmas em relação à velhice.

Há desde pessoas que estão chegando muito bem à terceira idade, mantendo sua autonomia e sua capacidade de interagir, até pessoas que chegam à velhice totalmente dependentes, necessitando de mais cuidados.

[.....] sou feliz por alcançar esta idade, ainda mais com esta vitória, com esta idade, esta vitória grande eu tive, para mim, é a maior alegria (Informante 2).

Esse é o relato de um homem de 64 anos que foi “desenganado” (termo que ele mesmo utiliza para dizer que o seu prognóstico era de morte) pelos médicos e foi encaminhado para Porto Alegre, onde conseguiu fazer cirurgia e permanece fazendo tratamento. Ele relata com entusiasmo a conquista da longevidade e a superação.

Não, a velhice, a gente que faz. Eu continuo jovem de 18 anos. A minha idade está levantada, avançada, mas meu espírito é jovem. Porque tu tens que encarar a vida com genialidade (Informante 8).

O envelhecimento populacional traz certas conseqüências, como a diminuição da capacidade funcional e financeira das pessoas idosas. Isso ocorre de modo variado, em tempos diferentes, no entanto, são situações possíveis, e o apoio familiar tem-se tornado imprescindível devido à ausência cada vez maior do Estado e à baixa eficácia de políticas, tanto de seguridade social quanto de assistência à saúde pública.

A ajuda mútua entre pais e filhos parece ter assegurado, ao longo da história, a sobrevivência nas idades mais avançadas (Ana Camarano, Solange Kanso, Juliana Mello, Maria Tereza Pasinato, 2004). As relações de troca ocorrem de diversos modos, por ajuda financeira e física. As famílias têm-se caracterizado um pouco como um ‘seguro velhice’ que está sendo ameaçado pela redução da natalidade e inserção das mulheres no mercado de trabalho, o que reduz o tempo disponível das mulheres, a quem tradicionalmente é delegada a tarefa do cuidado.

### 3.6 TRABALHO, APOSENTADORIA E VELHICE

A periodização da vida, as grades de idade e o caráter dos grupos etários constituem formas de organização social e política. “Essas categorias são constitutivas de realidades sociais

específicas, uma vez que operam recortes no todo social, estabelecendo direitos e deveres, diferenciais em uma população, definindo relações entre as gerações e distribuindo poder e privilégios” (Guita Dedert, 2003, p.53). As grades de idade de uma sociedade não são dadas a priori. São construções sociais que podem ser utilizadas para definir algumas situações, como ingresso escolar, direito a voto, ingresso no mercado de trabalho, maioria civil e aposentadoria; estes, além de serem fatores de organização da sociedade, também são mecanismos de distribuição de privilégios, direitos e deveres, sendo permeados de relações de poder.

Os modos de periodização da vida, assim como as formas de organização social, incidem sobre as pessoas de maneira a produzir sentidos para as experiências vivenciadas ao longo da vida. Fazendo-se uma reflexão sobre a trajetória de vida dos homens entrevistados, é possível perceber a relação entre as suas representações culturais, seus valores e o trabalho. Este ocupa um lugar de destaque, sendo visto como uma qualidade da própria personalidade do homem, um atributo muito positivo relacionado ao caráter.

O que eu gosto em mim? Trabalhador, honesto, essas coisas. A minha vida é trabalhar (Informante 7).

[...] eu entendi que o trabalho dignifica as pessoas. Eu não nego, fui engraxate por querer, não que exigissem, mas eu queria saber qual era a profissão que eu queria seguir (Informante 8).

I: Me aposentei por causa da minha profissão, trabalhava em uma pedreira.

P: O senhor é aposentado e não trabalha em outra atividade?

I: Eu não posso, porque lá pelas tantas eu fiquei doente. Porque, senão, eu trabalharia, sempre fui trabalhador (Informante 2).

Muitos dos entrevistados, independentemente da idade, permaneceriam trabalhando. Somente uma impossibilidade maior, como uma doença que causa incapacidade física, podendo ser temporária ou não, seria uma justificativa para a impossibilidade de trabalhar; apenas uma recomendação de repouso não seria o suficiente.

Os significados atribuídos ao trabalho variam conforme o período e o contexto histórico. Antes da revolução industrial, no século XVII, a divisão social do trabalho era feita pela distribuição de tarefas, e o trabalhador poderia participar ativamente de todos os processos até a elaboração do produto final. A partir da revolução industrial, as coisas mudaram. Houve uma fragmentação do trabalho de acordo com as competências e capacidades de cada trabalhador. Surgiram as teorias administrativas, como as de administração do tempo e dos movimentos para

realização de tarefas, visando à otimização do tempo para maior produção, algo muito próprio da estrutura do capitalismo, onde “tempo é dinheiro”. Depois, deu-se a organização por linhas de produção, em que o trabalho chega até o trabalhador, e não o inverso. O trabalhador deixa de participar da criação do produto para apenas cumprir etapas de um processo de fabricação. Com o passar do tempo, foram sendo feitos ajustes para diminuir os custos de fabricação dos produtos e aumentar os lucros, mudando as relações de trabalho (Jaime Pacheco, 2004).

Concomitantemente a esses aspectos estruturais do trabalho, as construções culturais atribuíam-lhe significados, como vocação ou atributos de personalidade – uma boa pessoa pode ser definida como ‘trabalhadora’. Assim, o trabalho foi sendo sociabilizado como um dos principais objetivos da vida e como uma possibilidade para sobreviver, sendo que, para algumas pessoas, o trabalho é a própria vida e assume um caráter de satisfação e orgulho, como pode ser percebido na fala abaixo:

Nunca pensei em saúde, nunca fiquei doente. Nunca dei bola, sempre trabalhei. Trabalhei em tudo que era serviço: trabalhei muito em lavoura de arroz, plantei, ajudei a plantar pinheiro [...] Eu nunca tive nada, só beliscão de aranha (Informante 5).

Algumas concepções de masculinidades constroem identidades marcadas e identificadas pela força, pelo trabalho, por assistir e prover, conferindo sentido à vida de muitos homens. O trabalho é uma forma de prover o sustento da família. Esse atributo pode contribuir para um maior distanciamento dos cuidados consigo. O Informante afirma em sua fala: “nunca dei bola”. Observa-se, aí, uma maior resistência em pedir ajuda ou procurar assistência em caso de adoecimento.

A socialização e a atribuição de valores às práticas fazem parte do processo de construções das identidades, ocorrendo de diversos modos, através de mecanismos formais, tais como as instituições, ou de modo informal, nos espaços familiares e de rua. A escola é uma das instituições ideológicas formais que vai contribuir maciçamente para a “formação e o desenvolvimento do indivíduo”, reproduzindo “o conjunto de valores culturais pertencentes à sociedade de forma imperativa, aplicados de maneira contínua e progressiva” (Jaime Pacheco, 2004, p.202).

A política de modernização do país, com o processo de industrialização, também contribuiu para que ocorresse a universalização do acesso à escolarização e da gratuidade e obrigatoriedade do ensino. A escola desempenha um papel importante na forma de organização social. Ela vai funcionar como um aparelho de poder que aciona dispositivos formadores de

capacidades e habilidades e delimita o espaço de cada um, o que cada um pode e o que não pode, ensinando também a compreender de modo diferente o tempo e o espaço, o trabalho e o ócio, o espaço da rua e o espaço doméstico (Guacira Louro, 1998, p.58). Tudo na escola ensina – as paredes, a disposição das cadeiras, tudo o que é falado e tudo o que é silenciado promove um aprendizado contínuo, sutil e eficaz. O discurso ideológico dominante constrói o que é desejável e aceitável, criando e ressignificando valores hierarquizados.

A escola, ao tornar-se acessível às classes populares, vai contribuir para a construção da identidade do trabalhador assalariado e para a valorização do trabalho. Além do aprendizado na escola, passamos nossa vida aprendendo com nossos pais, nossos avós e através da mídia o quanto o trabalho é importante na vida de uma pessoa, constituindo um modo de os indivíduos sentirem prazer, alegria e satisfação. Podemos perceber na fala anterior do entrevistado que, mesmo doente, com restrições médicas para o trabalho e o discurso médico como legítimo, ele não vê a hora de ir para casa e trabalhar. A prevalência do significado do trabalho na sua vida é muito maior do que a representação de saúde e de cuidado. Talvez permanecer trabalhando possa representar saúde e vida, como pode indicar a próxima fala:

[...] estou esperando amanhã voltar para casa. Disse que não era para trabalhar nada, disse que é perigoso, não, eu vou pegar a moto-serra e vou cerrar a lenha. Eu estou jovem ainda. Com esta idade, não me vejo fraco, perdido (Informante 3).

Se pensarmos a relação do trabalho com os ciclos da vida e com níveis de maturidade relacionados ao desenvolvimento biológico e à incorporação de estágios de maturidade, caracterizados pelo reconhecimento de capacidades e habilidades de realizar determinadas tarefas que tenham validação cultural, o ingresso no mundo do trabalho é totalmente positivado. Ou seja, os estágios de maturidade devem ser reconhecidos pela sociedade, para autorização de práticas, como estágios evolutivos unilineares (Guita Debert, 2003). Portanto, ingressar no mundo do trabalho pode ser uma forma de sociabilidade, um atestado reconhecido de capacidade, de habilidade. Já na saída do mercado de trabalho para a aposentadoria, configura-se uma situação inversa em dois momentos: um relacionado à diminuição da competência, no sentido de ter-se tornado obsoleto, e outro em relação à idade cronológica.

Eu pensava, quando eu era novo, eu pensava em trabalhar porque mais tarde eu poderia ficar velho e não ter nada, assim, eu já não tinha mesmo e, se eu ficasse naquela pindaíba, eu morria mesmo. E eu trabalhei muito por causa disso. Eu não tinha dia de domingo, não tinha dia santo, não tinha nada. Só de noite que eu parava e assim mesmo, quando trabalhava com cebola na roça, trabalhava até de noite. Eu não parava nunca, sempre tinha

serviço. Depois de casado, eu trabalhei muito mais. Não tinha esse negócio de frio, chuva, ia sempre trabalhando (Informante 4).

Na fala acima, o trabalho surge também como garantia de um futuro melhor, num momento de diminuição das capacidades físicas. O trabalho, como construção social e cultural muito valorizada, relaciona-se também com questões de ascensão social, como uma forma de melhorar as condições materiais, configurando-se como centralidade na vida dos sujeitos.

Considerar que o Brasil não é um país só de jovens implica pensar que o mercado de trabalho não será formado apenas por jovens ou predominantemente por eles. Estão ocorrendo mudanças nos cenários de trabalho, onde a maioria das pessoas vai ser mais velha, e pensar no diferencial é importante. O mercado de trabalho é um dos setores da sociedade que vai sentir mudanças diretas no seu funcionamento. Contudo, como diz Johannes Doll (2003, p.17), “preocupou-se, até agora, muito pouco com o fato de que em um futuro próximo terá menos trabalhadores jovens e muito mais trabalhadores mais velhos a sua disposição”.

As mudanças na estrutura etária da população afetam também os perfis dos trabalhadores, conforme mostra estudo realizado em Porto Alegre com trabalhadores jovens e trabalhadores mais velhos da indústria mecânico-metalúrgica. Os resultados apontam para perfis diferenciados entre os trabalhadores mais velhos e os mais jovens. Entre os aspectos positivos atribuídos aos trabalhadores mais velhos, foram destacados: experiência, consciência das suas capacidades e limitações, capacidade de trabalhar sob pressão, poucas faltas, persistência e tomada de decisões mais realistas. Os aspectos negativos apresentaram a falta de disponibilidade para atualizações frente às inovações aceleradas (Johannes Doll, 2003), o que não necessariamente está associado com indisposição ou incapacidade por parte do indivíduo, mas que pode estar relacionado com questões financeiras.

As diferentes representações sobre o trabalho estão sendo ressignificadas. O trabalho pode causar sofrimento e tristeza, bem como gerar conflitos, dificuldades, cobrança. Atualmente, o trabalho está sendo um dos principais causadores de estresse. Os avanços na automação e informática foram criados para acelerar o processo de trabalho, para se ter um maior tempo para lazer, mas não foi o que aconteceu. Com os avanços tecnológicos, aumentaram as horas de trabalho, que não é mais restrito a um ambiente específico – ele continua depois do expediente, dentro de casa e até mesmo nos horários de folga. Para manter o emprego, as pessoas precisam

trabalhar muito mais. O ambiente de trabalho tem-se tornado cada vez mais hostil, e os relacionamentos estão cada vez menos agradáveis, devido à alta competitividade.

Com o aumento da expectativa de vida, surge engendrada a velhice. A nossa sociedade utiliza discursos contraditórios, supervalorizando o trabalho e a fase adulta como a mais almejada, a mais produtiva, e criando a terceira idade, a aposentadoria. Estas estão sendo ressignificadas em virtude das mudanças ocorridas na estrutura social e na vida das pessoas. Principalmente no período de modernização do país, como o aumento da industrialização, cria-se um discurso em relação ao trabalho de modo positivo e político, um discurso que penetrou e se disseminou profundamente pela sociedade. A identificação com o trabalho traria sentimentos de orgulho, enquanto o tempo livre e o ócio seriam desqualificados. A aposentadoria é uma fase de maior tempo livre – mas esse tempo, um dia antes da aposentadoria, tinha conotações negativas; 24 horas depois, ele deve ser percebido como uma conquista, uma satisfação.

A geração dos entrevistados desta pesquisa não foi educada para conviver com o tempo livre de uma maneira prazerosa, agradável, desejada. Deixar de trabalhar, para eles, pode constituir-se como uma marca da velhice, conforme aponta a fala abaixo:

P: O senhor deixar de trabalhar foi uma marca da idade?

I: Sim, foi uma marca. Não vou poder trabalhar, só Deus mesmo para me ajudar a trabalhar. Eu vou trabalhar na obra de Deus (Informante 2).

A aposentadoria é uma invenção política moderna, relacionada com os interesses do mercado, e surge no final do século XIX, na Alemanha, para garantir a renovação de mão-de-obra mediante o afastamento das pessoas idosas, possibilitando, com isso, a contratação de trabalhadores mais jovens, ágeis e eficazes. Também emerge como forma de possibilitar que os idosos se preparem para a morte, como se fosse um modo de compensação instituído para minimizar as perdas advindas da velhice e da diminuição das habilidades para o trabalho. “Nas sociedades industrializadas, a tecnologia leva à criação de espaços urbanos de produção nos quais os jovens são absorvidos e os mais velhos tornam-se rapidamente obsoletos” (Jaime Pacheco, 2004, p.218). Os avanços tecnológicos requerem maiores níveis de escolaridade, mais cursos de aperfeiçoamento, o que beneficia, de certo modo, os jovens, excluindo os idosos. No entanto, com o aumento da qualidade de vida e da longevidade, as sociedades podem estar caminhando para mudanças nessa forma de organização.

Mesmo que a aposentaria tenha sido criada com o intuito de garantir a renovação da mão-de-obra e possibilitar que as pessoas se preparem para a morte, essas intenções não condizem

mais com o atual contexto social. Hoje, algumas pessoas se aposentam com muito mais disposição e muito mais saúde, vivendo longos períodos como aposentadas. De acordo com Júlio Simões (2004b, p.25),

A aposentadoria tem deixado de ser a marca da entrada na velhice, o período de recolhimento e descanso do idoso debilitado e dependente, para poder ser uma etapa privilegiada de lazer, novos aprendizados e de realizações dos sonhos que tinham sido postos de lado em virtude das exigências e compromissos da vida adulta.

Mas, devido às condições precárias de aposentadoria e à degradação das condições de vida, as pessoas são obrigadas a retornar ao trabalho, com mais chances de sair do mercado de trabalho formal e ingressar no mercado de trabalho informal. Dessa forma, a aposentadoria passa a representar um complemento na renda.

A aposentadoria apresenta uma ambigüidade: pode ser um momento de tensão ou de alegria. Se considerarmos a ideologia do trabalho e a apologia da produtividade, bastante enfatizadas nas sociedades industriais, a aposentadoria também pode representar a deterioração das pessoas, a marca do declínio. Apoiada na idade cronológica e no tempo de serviço, a aposentadoria autoriza a saída do trabalho de indivíduos ainda produtivos e lhes atribui o estatuto de inativos.

Para algumas pessoas, a aposentadoria pode significar tempo livre, liberdade de criação, portanto, um período para a realização de novos projetos de vida, pois novos recursos tornam-se disponíveis. Como foi mencionado anteriormente, uma fatia do mercado está se preparando para atender a clientela acima dos 60 anos, incentivando a socialização através de grupos de idosos, ginástica para terceira idade, turismo, entre outros (Clarice Peixoto, 2003, p.74). Porém, as representações referentes ao trabalho e à aposentadoria ainda explicam o pensamento de parte da sociedade. Por isso, há algumas dificuldades em relação ao enfrentamento da aposentadoria, relacionadas ao imaginário social.

Mudanças na expectativa de vida da população culminaram num difícil ajuste no sistema previdenciário, devido ao aumento no número de pessoas aposentadas e aos longos períodos de aposentadoria. O sistema previdenciário não cumpre mais o seu objetivo de oferecer, no momento da aposentadoria, a manutenção de um nível de vida similar às condições que as pessoas tinham como trabalhadoras. “A idéia do envelhecimento como problema se expressa na constante divulgação dos déficits nos cálculos da previdência social, uma vez que o direito à aposentadoria se universalizou” (Maria Cecília Minayo, 2002, p.18).

A categoria de aposentados cria uma identidade em torno de um universo da velhice, do grupo de pessoas que recebem aposentadoria. Quem são as pessoas que têm direito à aposentadoria? As que são classificadas como não-produtivas, ou inativas, segundo a idade cronológica. “O estabelecimento do direito à inatividade permite a geração de uma situação de ociosidade e disponibilidade que se transforma em novos hábitos, em novos traços comportamentais” (Clarice Peixoto, 2003, p.74), podendo criar melhores condições na vida das pessoas. Para algumas, pode assegurar uma maior valorização, tornando-as mais respeitadas, até porque às vezes são responsáveis pelo sustento da casa.

No Brasil, desde 1991, as regras da previdência social mudaram os termos da aposentadoria, que se configura como um direito adquirido pela conjugação de dois critérios: por idade e por tempo de serviço, sendo necessário um tempo mínimo de cotização de 35 anos para os homens e de 30 anos para as mulheres e idade mínima de 53 anos para os homens e de 48 anos para as mulheres (Clarice Peixoto, 2004). A passagem para a aposentadoria representa uma queda nos rendimentos, no entanto, em alguns casos, a aposentadoria constitui a única fonte de renda fixa, sendo a responsável pela manutenção das famílias. Por outro lado, os salários de alguns aposentados são tão baixos que são insuficientes para garantir a sua subsistência. O sistema previdenciário é precário, mas continua sendo a principal fonte de assistência para uma parcela significativa da população, e auxílio mínimo a pessoas acima de 65 anos que não contribuíram.

Eu me aposentei com um pouco mais de um salário, eu me aposentei melhor. Depois, foi caindo. Com o aumento do mínimo e o aumento do INSS, começou a cair o salário do INSS, cheguei no mínimo. Eu vivo disso, a pequena sorveteria aí, da pequena aposentadoria, por isso que estamos aqui, na casa de passagem (Informante 1).

Em outras situações, ainda, o retorno ao trabalho não se dá por obrigação, mas por desejo de manter-se ativo e produtivo para manter o reconhecimento da família e da sociedade.

Me aposentei e continuo trabalhando. Alguns anos, eu tinha comércio lá, também, uns sete, oito anos, uma bodega com cancha de bocha, mas depois parei. Isso não era serviço para mim. É pior que cadeia, tem que abrir sempre, não tem gosto de ser mais livre pelas roças, pelos matos (Informante 3).

Situações como a do Informante 3, acima, contribuem para o surgimento da categoria “aposentados-trabalhadores”, não só para que se sustentem os mesmos níveis de vida, como também para que as pessoas se mantenham ativas por mais tempo e ‘ocupem a mente’. Essa situação é possível pela idade precoce das aposentadorias, que retiram do mercado de trabalho

peessoas produtivas, ainda jovens, que resistem à condição de inativas, em uma ressignificação do envelhecimento.

Os processos de envelhecimento e de aposentadoria são diferenciados também pelas relações de gênero. As mulheres têm uma representação diferente da dos homens, pelo fato de terem sido educadas para a esfera privada, tendo como principal função a reprodução. Os homens, diferentemente, foram direcionados à esfera pública, ou ao espaço da rua, sendo-lhes atribuída a função de produção e de provimento do sustento da família. Essas construções sociais convencionaram algumas crenças. Uma delas é a de que existe uma divisão e uma hierarquização do trabalho – a idéia de que há trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, sendo os primeiros mais valorizados do que os últimos, mesmo que atualmente essas diferenças estejam sendo atenuadas (Clarice Peixoto, 2004).

[...] não sei, eu penso... Não sei se estou certo ou errado, porque o que tem de diferença do homem e a mulher no trabalho... Ela trabalha mais do que o homem, porque a mulher, se é colona, ela vai pra roça, ela vai pra casa, lava roupa e faz comida. O homem senta e toma chimarrão. Eu acho que o homem tem menos trabalho do que a mulher... E eu acho muito que não está certo. A mulher tem que ter mais um pouquinho, mais liberdade, e deveria ter o salário justo também, porque, realmente, pode ver que o salário da mulher é mais baixo. Por quê? (Informante 1).

Como se pode perceber na fala desse Informante, com as mudanças ocorridas nas relações sociais, as mulheres são introduzidas no mercado de trabalho, mas com dupla jornada, ou seja, elas continuam sendo responsáveis pela casa, mesmo assumindo o trabalho produtivo. A aposentadoria constitui-se em uma ruptura, um rito de passagem que talvez esteja sendo experienciado de um modo melhor pelas mulheres, pois elas saem da esfera produtiva, mas permanecem responsáveis pelo gerenciamento das atividades domésticas, e a aposentadoria reduz sua jornada de trabalho. Para os homens, a ruptura parece ser mais problemática, pois existe uma identidade vinculada ou estabelecida em relação ao trabalho, ao qual eles se dedicaram durante longos anos, e a aposentadoria marca o fim de uma fase para início de outra.

Em geral, as pessoas comportam-se como se nunca fossem envelhecer: “o operário sente-se estupefato quando chega a hora da aposentadoria, cuja data estava fixada de antemão” (Simone de Beauvoir, 1970, p.9). Nós não nos preparamos para a velhice, para algo irrefutável, mas, entre a velhice e a morte, preferimos a velhice.

Olha, eu acho lindo o mundo, os passarinhos cantando, trabalhando, colhendo, e tem muitas coisas de fazer que eu ainda não fiz. Acho que a gente precisaria viver 300 anos para conseguir tudo o que a gente tem na mente (Informante 3).

Isso eu posso dizer que eu quero viver 200 anos. É, também digo que quero viver até os 100 anos. Eu ainda aqui, com o doutor, falando, e eu trouxe os exames. Eu disse: “Eu tenho 70, tenho mais 30 anos para durar, vou durar mais 30 anos”, eu disse para ele (Informante 4).

Mesmo que não se tenha pensado no processo de envelhecimento e na velhice e apesar de todas as mudanças ocorridas, tanto positivas, quanto negativas, a vontade de viver é maior.

As formas peculiares da velhice estão associadas às especificidades da cultura, fazendo com que essa fase da vida adquira múltiplos sentidos e modos de ser vivida. Pode-se considerar a velhice como uma vivência singular, em um processo de incorporação e adaptação individual e coletivo. A velhice está associada a fatores biológicos, psicológicos, culturais, históricos, econômicos e políticos que adquirem sentido e significado na cultura. A cultura possibilita que se ensinem, se reconheçam e que se esperem determinados comportamentos, tanto de homens e mulheres, quanto de crianças e velhos.

As mulheres têm uma expectativa de vida maior do que a dos homens, o que, na velhice, contribui para que elas vivam um maior período de tempo sozinhas. Alguns fatores podem contribuir para essa situação. As mulheres que se casam geralmente casam-se com idade inferior à dos homens e, em casos de separação ou morte do cônjuge, elas não optam por casar-se novamente, mas permanecem sendo responsáveis por suas famílias. Além disso, os homens morrem mais cedo, em todas as faixas etárias, desde o nascimento (Ana Camarano, Solange Kanso, Juliana Mello e Maria Tereza Pasinato, 2004).

Existe um diferencial de gênero na própria nomenclatura entre aposentados e pensionistas, um posicionamento dentro da linguagem que implica uma distinção entre os motivos pelos quais as pessoas recebem seus benefícios. O aposentado refere-se ao homem trabalhador, que trabalhou a vida inteira e agora recebe ‘benefícios’ pelos anos de dedicação ao trabalho. Pensionista é a designação utilizada para mulheres dependentes que, como mãe, esposa ou filha, foram sustentadas por marido, pai ou filho e que continuam sendo sustentadas mesmo depois da morte dos seus respectivos provedores (Luiz Fernando Alvarenga, 2006).

Entretanto, muitos homens não permitiram que suas mães, esposas ou filhas trabalhassem, sendo responsáveis pela manutenção do espaço doméstico. As pensões, em muitos casos, são insuficientes para a subsistência, fazendo com que as pessoas tenham que trabalhar para complementar a renda. Pode-se pensar que o sustento e ‘pensão’ têm um caráter de pagamento pela prestação de serviços, tal qual um locatário contrata os serviços de uma pensão. Pode-se

pensar em mulheres ‘dependentes’, mas ‘cuidadoras’. No entanto, o sentido que mais habita o imaginário social foi o de maior dependência e subordinação feminina.

O acelerado envelhecimento populacional, aliado ao aumento da expectativa de vida, encontra-se em pleno processo de incorporação e adaptação pela sociedade contemporânea. Além disso, as diferenças sexuais são características que agregam valores e significados culturais aos comportamentos, produzindo diferenças e, muitas vezes, relações assimétricas e desiguais de poder. Ao longo da vida toda, as marcas de gênero estão presentes – até mesmo na velhice.

#### **4 MASCULINIDADES, ENVELHECIMENTO, SAÚDE, DOENÇA E SEUS ENGENDRAMENTOS**

Este capítulo propõe uma reflexão sobre a saúde e a doença nos campos das ciências sociais e biomédicas e das relações de gênero, buscando elementos e conceitos nessas áreas distintas, mas relacionadas, para depois proceder à análise das falas dos Informantes. A fragmentação e o enfoque cada vez mais voltado para as especialidades dificultam a representação de possíveis interações entre esses campos. Compreender como os homens participantes desta pesquisa concebem a saúde e a doença faz-se necessário, bem como perceber as possíveis implicações e atravessamentos dos traços identitários masculinos no processo de tratamento e cura.

As construções culturais e as representações sociais constituem-se em meio a disputas de poder, elas estão imersas em redes de poder. As masculinidades organizam-se em torno de relações de poder, tanto na relação entre homens e mulheres, em que a ordem de gênero privilegia os homens, colaborando para o status de dominação masculina, quanto nas diversas relações entre os próprios homens, gerando modelos de masculinidade que detêm maior parcela de poder do que outros. Compõem-se relações formadas a partir de uma masculinidade tomada como hegemônica, sendo o referente para a organização das demais relações, que se constituem hierarquizadas, entre elas, as cúmplices, subalternas e marginalizadas. “Falar da posição dos homens significa enfatizar que as masculinidades estão relacionadas com as relações sociais” (Robert Connell, 1995, p.188), onde estão em constantes articulações os significados culturais e as questões de poder, compartilhadas nessas relações.

No Brasil, existe um sistema de saúde universal que considera saúde como um direito de todos e dever do Estado, assegurado pela Constituição. Essa política mais ampla é composta por várias outras políticas, programas e estratégias de saúde que foram elaboradas, e seguem sendo, segundo critérios baseados em indicadores epidemiológicos, destinados a segmentos específicos da população – considerando as particularidades dos próprios grupos sociais aos quais elas foram destinadas. Pode-se pensar que a saúde do homem tenha sido pensada com enfoque universalista, em virtude da posição ocupada por alguns homens e de algumas formas de comportamento masculino, valorizando atributos de força e competitividade, ou talvez por os homens terem sido sinônimo de humanidade, o que os deixa fora do alvo das ações em saúde mais específicas. Ao

contrário, as mulheres, as crianças e, atualmente, os idosos são recortes do todo e recebem atenção especial (Dagmar Meyer, 1999).

Outro aspecto que é relevante problematizar está relacionado às mudanças no âmbito da saúde. A saúde está passando por um processo de transformação na lógica da organização de suas ações. São propostas rupturas no modelo hospitalocêntrico, médico-centrado, para a construção de políticas de saúde voltadas à promoção da saúde.

Desde a década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tematiza questões referentes à saúde do homem, relacionando aspectos singulares do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos, sem desconsiderar as questões relacionais de gênero e focalizando a (re)significação do masculino para buscar a saúde integral do homem. A OMS defende a elaboração de políticas voltadas para os homens, pois, em geral, as principais causas de mortalidade masculina relacionam-se com a forma de socialização e de vida (Romeu Gomes e Elaine Nascimento, 2006). Faz-se necessário incluir na agenda da saúde a elaboração de políticas especiais para homens, políticas “especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema [...] que afligem um certo grupo populacional” (Rubens Mattos, 2006, p.59).

No entanto, essas propostas não podem ser reducionistas e ficar voltadas principalmente para as questões relacionadas à sexualidade e aos seus desdobramentos relacionados à reprodução, às infecções sexualmente transmissíveis e à AIDS, ao planejamento familiar e à próstata. Essa abordagem evidencia prioritariamente as questões biológicas, seguindo o modelo tradicional de educação para a saúde – reducionista, individualista e prescritivo –, que visa à mudança de hábitos de vida, auto-regulação e autocontrole, sem introduzir questões sociais contextualizadas.

Utilizar a integralidade como um eixo norteador para elaboração de políticas<sup>36</sup> especiais para homens e programas assistenciais talvez possa resistir à objetificação e aos recortes dos sujeitos para quem as políticas de dirigem. A elaboração de políticas especiais para homens pode-se beneficiar da luta do movimento feminista contra as políticas de saúde da mulher destinadas principalmente às dimensões reprodutivas, reduzindo a assistência à saúde da mulher à saúde materno-infantil. Essas políticas consideravam a mulher apenas em função da sua capacidade

---

<sup>36</sup> O uso do termo *políticas especiais* refere-se à elaboração de diretrizes, como dimensões norteadoras, mais abrangentes, de uma resposta governamental a certos problemas de saúde de uma determinada população. Muitas das políticas governamentais transformam-se em programas, como um conjunto de ações propostas para o enfrentamento de uma determinada situação, configurando uma estratégia geralmente temporária de organização de ações em níveis institucionais (Rubens Alvez, 2006).

reprodutiva, o que era inaceitável. Com base nesses pressupostos, a integralidade pode contribuir para a elaboração de ações em saúde para os homens que não se reduzam às questões relativas à sexualidade, procurando ampliar horizontes e tendo a sexualidade como um dos aspectos da vida dos homens (Rubens Mattos, 2006).

Conforme Ruy Laurenti, Maria Helena Jorge e Sabina Gotlieb (2005), os indicadores tradicionais de saúde brasileiros apontam uma taxa de mortalidade maior para os homens do que para as mulheres em praticamente todas as idades e quase todas as causas de morte. Também a expectativa de vida ao nascer é maior para as mulheres do que para os homens, uma diferença que vem aumentando com o passar dos anos. Na década de 1980, essa diferença girava em torno de cinco anos a favor das mulheres, sendo que, em 2001, se elevou para oito anos, além de apresentar algumas diferenças regionais.

Outros dados apontam para uma situação em que as mulheres procuram mais os serviços de saúde; predominam os atendimentos a mulheres e crianças; e as mulheres adoecem mais e têm um maior número de internações hospitalares do que os homens. Utilizando os dados epidemiológicos como situações que podem sugerir algumas possibilidades de compreensão dos fenômenos humanos, podemos fazer uma leitura, por intermédio da cultura, de que as mulheres, culturalmente consideradas mais frágeis, adoecem mais; no entanto, a mortalidade masculina é maior em todas as idades. Pode-se pensar que, de algum modo, os homens não estão se beneficiando com os avanços em saúde? É possível imaginar que as questões relativas à saúde e às doenças não sejam prioritárias na construção das masculinidades? Além disso, será que o aumento das exigências do mercado de trabalho e da vida atual, como o aumento da competitividade, exigências de qualificação e dificuldade de acesso à assistência à saúde, podem estar interferindo no cuidado ou não da saúde dos homens?

#### 4.1 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA

As sociedades são constituídas, caracterizadas e reconhecidas pelos sistemas de significações culturais que as compõem. Estes são ‘transmitidos’ através das gerações, adquirindo novos sentidos e sendo (re)significados ao longo do tempo. Não poderia ser diferente quando se

trata de significados associados à saúde e às doenças. “Os valores e costumes associados às doenças fazem parte do complexo cultural, não podendo ser estudados de forma isolada” (Cecil Helman, 1994, p.26).

Pretendo fazer aqui um rápido retrospecto da trajetória do sistema brasileiro de saúde, na tentativa de mapear alguns elementos que marcaram a organização da assistência em saúde, com ênfase na inclusão e exclusão de fatores sociais. Este trabalho é apenas uma aproximação com a história para pensar nos fragmentos e resquícios desta nos dias atuais, de forma sintética. Acredito que esse exercício permite entender melhor a fala dos Informantes quando falam de suas relações com o sistema de saúde ao longo da vida, pois o sistema de saúde também tem história, assim com as pessoas.

Examinar os modos de organização do sistema de atenção à saúde e sua historicidade até o modelo vigente – o SUS – pode contribuir para percebermos algumas das concepções (relativas ao campo conceitual da saúde) que nortearam a organização das políticas assistenciais de saúde; como essas concepções constroem modos de as pessoas, principalmente os homens doentes, serem vistas; como as representações sobre o processo de saúde e doença também vão corroborar as representações que as pessoas têm de si mesmas como doentes; como se fala sobre a doença, como a doença é apresentada e as formas como é tratada (Cecil Helman, 1994).

Esta pesquisa analisa homens idosos em situação de adoecimento e de tratamento, portanto, imbricados com o sistema de saúde. Para serem incluídos nesse sistema e atendidos, eles precisaram afastar-se dos seus municípios, onde receberam atendimento, sendo então encaminhados para tratamento em Porto Alegre. Compõe-se, assim, o sistema de referência e contra-referência, pela falta de atendimento no local de residência, ou pela necessidade de atendimento de média e/ou alta complexidade. Por isso, os participantes permanecem em casas de passagem – que, de certo modo, passam a compor os cenários de assistência à saúde. Procuo sinalizar as continuidades e rupturas desse modelo, utilizando abordagens do passado para compreender algumas posições do presente.

Vale salientar que os acontecimentos não seguiram uma cronologia linear, estática e evolutiva. Foram avanços que ocorreram concomitantemente a tantos outros. O que, por vezes, ocorre é que algum modelo “adquire” hegemonia. Fazer uma retomada histórica acaba sendo uma tarefa difícil, complexa, problemática, tendo-se em vista que algumas questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas – vigentes em diferentes épocas – que conformaram relações

de poder articuladas aos fatos acabam, de certa forma, um pouco invisibilizadas (Everardo Nunes, 1994).

A utilização de marcadores sociais vinculados aos modos de organização da assistência à saúde é datada do início do século XIX, quando as práticas de saúde estavam fortemente ligadas às questões de higiene pública e à medicalização. Na primeira metade desse século, não havia nenhum modo organizado e continuado que configurasse um ataque às causas de doenças. Nesse período, também surgem as primeiras escolas de medicina, que vão investir sobre as cidades, disputando lugar entre as instâncias de controle da vida social como um modo de se responsabilizar pela saúde e pela cientificidade da assistência. Destaca-se a relação entre a doença e o meio ambiente, a tematização da saúde no espaço urbano e o conhecimento permeado por duas categorias de análise: o natural e o social. Com isso, constroem-se relações entre a ordem social urbana, a moral e a saúde, e o desenvolvimento da saúde emerge como questão social (Everardo Nunes, 1994).

Essas relações são datadas de um período anterior, mas se mantêm vigentes, como podemos perceber na fala abaixo. Um dos Informantes relata seu problema de próstata e aponta a vergonha – como um ato indecoroso, associado à moral – como resistência a ser examinado, olhado, tocado, assim como uma justificativa para a demora em procurar assistência, mesmo sentindo ardência para urinar. Ele diz:

Aquele tempo, não era que nem hoje. Você vê se há 20 anos atrás você iria ao médico, e ele diria que vai ter que fazer um exame de mama, não deixava botar a mão. Hoje é natural. Tudo é natural, só que a vergonha, né?! Não é verdade? (Informante 1).

Para esse Informante, foi mais fácil falar sobre o corpo de um outro, de um outro sexo. Ele se refere há um corpo feminino, usando o seio, emblematicamente, como uma parte do corpo relacionada à identidade feminina e à sexualidade, ao invés de falar sobre o seu corpo, sobre o seu exame de próstata, mesmo que haja uma tentativa de naturalização. Além disso, pode-se pensar nas questões dos diferentes corpos. O corpo feminino, em alguns momentos históricos, aparece como um corpo generificado, dócil, objetificado e mais público, onde o toque e o manuseio são mais permissíveis em relação ao corpo masculino, o que contribuiu para a construção de determinadas representações.

Na continuação da conversa com o Informante 1, percebe-se que mostrar as partes íntimas do corpo seria uma situação constrangedora, mesmo sendo para um profissional de saúde.

[...] Agora, se um médico ou uma médica quiser me consultar a parte íntima, eu estou pronto! O que eu vou fazer? É a vida. Não é vergonha mostrar o corpo. Acho eu, pode ser estranho, pode ser doutor ou doutora, é a parte da profissão do médico (Informante 1).

Nessa situação, também podemos perceber as partes do corpo classificadas como públicas. Há partes do corpo que podem ser mostradas, e há as partes privadas, que são de foro íntimo. Estas, preferencialmente, devem ser escondidas e intocadas. É a cultura que ensina como sentir, perceber e mostrar o corpo, assim como encarar as mudanças que nele ocorrem ao longo do tempo.

A partir do final do século XIX e meados do século XX, o Brasil expressa uma mudança na situação econômica, apresentando níveis de enriquecimento, período em que são construídos os primeiros institutos de pesquisa brasileiros. “O crescimento científico está claramente vinculado à transformação histórica do processo de produção econômica” (Singer apud Everardo Nunes, 1994, p.117). No campo da medicina, ocorreram grandes mudanças com as descobertas dos microorganismos, na “era bacteriológica”, quando foram incorporadas as práticas assistenciais. As ciências biomédicas tornam-se predominantemente classificatórias. Por meio de sinais e sintomas, identifica-se a doença segundo o seu agente etiológico, realizando-se um tratamento específico para eliminar o agente causador da doença.

A doença passa a ter, hegemonicamente, um caráter biológico e unicausal. Naquele momento, os fatores sociais são menos relevantes. Posteriormente, a doença vem a ser considerada multicausal, ou seja, todos os fatos têm uma ou mais causas, e cabe ao médico descobrir que eventos resultaram no fato em questão. Os sinais e sintomas são decodificados e relacionados aos processos de funcionamento biológicos de modo a identificar o problema. Portanto, “prevenir e curar tinha uma conotação peculiar: conhecer todas as doenças e sua causa” (Ricardo Ceccim, 2006, p.37).

Ao reconhecer-se e assumir-se o caráter etiológico da doença, circunscrito no corpo individual, passa-se a ter o objetivo de eliminar ou evitar o contato para diminuir o risco de contaminação. A saúde passa a ser responsabilidade do indivíduo; a doença surge 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 do início do século XX ainda norteia muitas práticas desenvolvidas nas áreas da saúde. Isso pode ser visto 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 responsável 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>37</sup>.

Existe 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 leva 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 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 freqüentemente 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 início do século XX, com base em pressupostos e hipóteses passíveis de serem testados e verificados sob condições de objetividade, empirismo e controle (Cecil Helman, 1994). Esses valores foram estabelecidos por consenso e implicam classificações de ‘normalidade’ e ‘anormalidade’. A saúde pode ser compreendida como ‘normal’ ou ‘saudável’ quando determinados aspectos são comparados a valores determinados como referência, tais como peso,

---

<sup>37</sup> Hábito: disposição adquirida por atos reiterados.

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 Cecil 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 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, “saco de órgãos”. Nas falas acima, prevalece a idéia 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.

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.

A saúde pública, no período de crescimento industrial, percebia a saúde como problema de higiene social. Suas ações visavam ao combate às doenças na sua constituição epidêmica<sup>38</sup>, e o corpo era visto como o sistema de defesa e a metáfora da ‘fronteira militar’. As ações sanitárias estavam especialmente voltadas ao combate das doenças que poderiam ameaçar a força de trabalho; seus interesses estavam articulados com os interesses políticos e econômicos das classes dominantes, pois era a época de industrialização. Portanto, o enfoque da saúde estava pautado nas relações de poder.

A partir da década de 30, é possível identificar uma política nacional de saúde centralizada. O governo federal comanda ações no nível nacional, sem considerar as diferenças regionais. Organizam-se dois subsetores: o da saúde pública, marcada pelo seu caráter de campanhas sanitárias preventivistas e ações curativas de assistência médica; e o da previdência social. Cabia à saúde pública o controle dos indicadores de saúde, a assistência médica, a cura e a erradicação das doenças (Ricardo Ceccim, 2007).

Inicialmente, a assistência à saúde foi organizada para pessoas que trabalhavam e descontavam aposentadoria e assistência médica do salário, através das CAPs (caixas de aposentadoria e pensão), e cada empresa com mais de 50 trabalhadores tinha a sua. Isso pode

---

<sup>38</sup>A epidemiologia reconhece o social e o transforma em comportamento individual. Indicadores epidemiológicos referem-se aos principais índices básicos de saúde relativos aos modos de adoecimento e mortalidade da população, como alta taxa de mortalidade infantil.

reforçar a ideologia dominante do trabalho, pois quem trabalhava é que tinha direito a assistência médica e aposentadoria. Poderia ser reforçado, assim, o desejo de ser trabalhador, o que garantiria a manutenção e a reposição da força de trabalho na época de desenvolvimento industrial.

O dinheiro para compor as CAPs viria do governo, da empresa e do funcionário. Desde a sua primeira forma de organização, existiu o problema de repasse de verbas para constituição dos fundos. Isso marca até os dias atuais o modo de financiamento da seguridade social. Posteriormente, os trabalhadores são agrupados por categorias profissionais, o que contribui para a composição de segmentos corporativos. As CAPs são transformadas em IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão), para cada categoria, como industriários e bancários, entre outras, e a administração fica a cargo do governo (Leo Pessini, 2000).

A organização da assistência à saúde é compatível como o momento vivido pelo país, o processo de industrialização e o capitalismo. Os interesses políticos, econômicos e sociais colaboram com a elaboração de um plano de assistência à saúde de nível nacional, contribuindo para a construção da ideologia do trabalho. O 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.

As construções sociais relacionadas ao trabalho foram e são muito valorizadas, elas imprimem marcas identitárias 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).

[...] estou esperando amanhã voltar para casa, o médico disse que não era para trabalhar nada, que nada, disse que é perigoso. Não, eu vou pegar a moto-serra e vou serrar a lenha. Eu estou jovem ainda, com esta idade, não me vejo fraco, perdido (Informante 3).

Na década de 50, estiveram vigentes a associação das doenças com pobreza e a lógica de que o desenvolvimento econômico melhoraria os níveis de saúde, reforçando a idéia do higienismo social e do preventivismo. Nos anos 60 e 70, o aumento da concentração de renda e, conseqüentemente, da desigualdade social, bem como a diminuição do poder aquisitivo da

população de baixa renda, contribuíram para a decadência dos indicadores de saúde do país. Nos anos 60, com a unificação dos IAPs, cria-se o INPS – Instituto Nacional da Previdência Social, que responde pela assistência médica aos trabalhadores e a seus dependentes.

A multicausalidade das doenças não conseguia explicar as articulações entre a saúde e a estrutura social (Everardo Nunes, 1994). Segundo estudo de Maria Cecília Donnangelo, citada por Nunes (1994, p.125), na metade da década de 70, os estudos epidemiológicos vão revelar uma “tendência ao aparecimento do social não mais como variável explicativa adicional, mas como campo no qual se constrói o processo de saúde-doença”. Inicialmente, as formas de pensar em saúde levavam em consideração aspectos sociais, talvez simplesmente como uma variável. Depois, com a incorporação das descobertas bacteriológicas nas práticas de saúde, esses aspectos foram praticamente descartados, e agora retornam à cena das discussões em saúde, movidos pela crise no setor. Os aspectos sociais passam a ser relevantes novamente, sendo incluídos na assistência a saúde, no entanto, compreendidos de outro modo, não apenas como mais um fator causal, mas como diferencial para a compreensão dos eventos, desde a causa até os modos de tratamento e implicações (Ibidem).

Durante os anos 70, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, composto pelo INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social, que cuidava das aposentadorias e pensões, e pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que respondia pela assistência médica. Durante os anos 70 e 80, em virtude da crise na saúde, organizou-se e consolidou-se no país, como parte integrante e ativa, um forte movimento social contra a ditadura militar, que teve como bandeira a defesa do direito à saúde – movimento pela reforma sanitária. Essas décadas foram períodos marcados por lutas e contestações cuja bandeira era a saúde como direito de todos.

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 (Ricardo 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).

O movimento de luta pela saúde como direito de todos e dever do Estado prevê a superação dessa dicotomia. A Constituição é um marco dessa luta e (re)organiza essa separação, assegurando a “noção de promoção da saúde e prevenção de doenças de maneira pragmática, padronizada, orientada por indicadores epidemiológicos” (Ricardo Ceccim, 2007), materializada no Sistema Único de Saúde. Com isso, há uma ampliação no conceito de saúde, integrando os fatores sociais como determinantes e condicionantes dos estados de saúde. A compreensão de saúde como direito de cidadania extrapola o direito à saúde apenas como acesso a serviços, indo além, “como direito de participação da sociedade na tomada de decisões e sobre a formulação e avaliação das políticas públicas”. Saúde, em um conceito mais amplo, é, antes de tudo, capacidade de lutar por condições de vida que proporcionem mais saúde – condições de acesso ao trabalho, moradia, saneamento básico, transporte, educação e lazer, entre outras coisas, para que haja condições para uma vida digna (Ricardo Ceccim, 2006).

Esse contexto mais amplo de luta e conquista da sociedade, assim como a inclusão da participação ativa da população na elaboração, implementação e avaliação das ações em saúde que visam a promover e realizar as ações necessárias ao cuidado da população (Everardo Nunes, 1994), acionam dispositivos para a ampliação do conceito de saúde, bem como para o nascimento de um novo campo conceitual da saúde, agora marcada pelo encontro entre a área científica e interesses da sociedade, sob a designação de Saúde Coletiva. Trata-se da produção de um

conhecimento científico identificado e implicado com o caráter social e político, com os movimentos de luta e participação social, englobando os campos de estudo da saúde pública, preventiva e social, epidemiológica e saúde e sociedade. A saúde coletiva constitui uma rearticulação entre essas áreas e um (re)ordenamento do conhecimento (Ricardo Ceccim, 2007).

Na fala do Informante 1, abaixo, pode-se perceber o quanto as conquistas na área da saúde são importantes para a vida dele, como uma possibilidade de tratamento, principalmente pela gratuidade dos serviços.

[...] sabe que a gente hoje, a gente corre. Naquele tempo, a gente aí, 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 (Informante 1).

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.

#### **4.1.1 As Políticas de Saúde e Construção dos Sujeitos aos Quais Elas se Destinam**

Os modos de organização do sistema de saúde, tanto pública e coletiva quanto privada e/ou individual, constroem discursos 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 Deborah 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 se preocupam com os tipos de cuidados para sua saúde, como atividade física, alimentação, entre outros. 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 (Deborah Lupton, 2000).

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 (Deborah 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, tranqüilidade, 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” (Deborah 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).

Tranqüilidade 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 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 Dagmar Meyer e Dora Oliveira (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 (Elizabeth Uchôa e Jean 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.

Não se pode pensar que mesmo as pessoas interpeladas pelo discurso da saúde não transgridam, não burlem as prescrições da ‘gramática de saúde’ ou que elas não resignifiquem 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. Sabe aquele Serginho, do São Caetano, que morreu no campo, aquela doença. 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 Marlene 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 adoeçam e morram mais do que as mulheres em praticamente todas as faixas etárias e por praticamente todas as causas de doença.

#### 4.2 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.

Geralmente, as origens dos infortúnios podem ser associadas a uma ampla gama de situações. Em alguns momentos da história, principalmente nos séculos XVII e XVIII, algumas sociedades consideravam a doença como algo sobrenatural, castigo dos deuses, maldição,

feitiçaria. As representações de saúde e doença estiveram interpeladas pelo discurso religioso, com diferentes graus de intensidade. Alguns tratamentos eram realizados mediante rituais religiosos ou bruxarias, em locais afastados das cidades. Existia e existe uma identificação entre cura e salvação. A doença foi compreendida como maldição, como um acidente que não ocorria por acaso, uma fatalidade contra a qual nada se poderia fazer – “o doente era vítima de algo que ele não provocou” (François Laplantine, 1991, p.227).

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 François 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”.

Essas representações da doença como castigo, sendo a cura associada à salvação, são resquícios culturais que perpassaram o tempo e ainda constituem representações de doença e de cura na contemporaneidade. Como podemos identificar na fala de um dos participantes da pesquisa, relatando que, depois de uma cirurgia de hérnia inguinal, ele começou a se sentir mal, com muitas dores, mas no lado contrário ao da cirurgia anterior. Ele procurou assistência médica, permanecendo em tratamento praticamente durante um ano. Não era descoberto o problema, e os tratamentos não faziam efeito. Até que um dia, o médico chamou a família e avisou que não tinha mais o que fazer, era só esperar, o prognóstico era a morte. No entanto, sua crença de que sua cura dependia da salvação o fez pedir para ser encaminhado para Porto Alegre.

[...] um dia desses, a mulher chegou ao hospital e disse para mim: “O doutor chamou todos nós, avisou, só estamos esperando a hora”. Eu disse: “Eu não sei falar o que Deus me disse de noite, que ele ia me curar e me tirar daqui”. Ela disse: “Não adianta mais”. “Olha” - eu disse. Até ergui as mãos: “Se é a minha hora, muito obrigado, Jesus, mas Jesus falou comigo essa noite que vai me tirar daqui e me curar e vai fazer a obra dele”. [...] Agora estou testemunhando o que Deus falou e cumpriu (Informante 2).

Essa mesma situação pode acionar outros significados, variando de acordo com a posição em que cada um de nós estiver ao deparar-se com ela. Não é possível compreender os significados atribuídos à vida, à saúde, à doença e à morte a partir da narrativa do entrevistado se descontextualizada da cultura em que ele foi educado ou que assumiu para viver. Para esse homem, foi a crença e os significados por ele atribuídos à cura que o salvaram, literalmente.

O que, no início do século XIX, era considerado um mal, a biologia conseguiu localizar no corpo, com as descobertas da bacteriologia, e difundir o discurso da cientificidade da

medicina. As doenças são percebidas de modos diferentes pelos profissionais da saúde e pelos doentes, como afirma Ricardo 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.

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 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” (Daniela Knauth, 1991, p.1). Para ‘os doentes’, a experiência do mal-estar é subjetiva.

Conforme Elizabeth Uchôa e Jean 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 se vê 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 conseqüência 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” (Dina Czeresnia, 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 (Daniela 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.

### 4.3 GÊNERO MASCULINO E O PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA

Como analisado anteriormente, as construções e reconstruções das identidades masculinas são generificadas. As identidades masculinas são construídas nas relações com identidades femininas, mas também na relação com as identidades masculinas e vice-versa. Elas ressaltam algumas características e negam a aproximação de outras. As representações em relação aos sentimentos, comportamentos, crenças e características individuais são distintas, orientadas pelo gênero, entre outros marcadores sociais, como idade, classe, religião. Gênero aparece como constitutivo e constituidor de identidades; as identidades de gênero são construídas pela cultura e, ao mesmo tempo, são construtoras dessa cultura.

Os sistemas de atribuição de significados e valores vão incidir direta e indiretamente nas questões referentes aos processos de saúde e doença em diferentes dimensões. Como destacam Ceres Victora e Daniela Knauth (2004), as especificidades culturais de representação e significação vão recair sobre as mais diversas situações relacionadas às questões de saúde e doença, dentre elas, as representações, expressões e manifestações de sintomas e sensações corporais; os itinerários terapêuticos; a associação com certas práticas sociais; o acesso aos serviços de saúde pública e a distribuição epidêmica das doenças.

Os meninos e as meninas são socializados de modos diferentes. Conforme afirma Cecil Helman (1994, p.140), “eles são educados para ter expectativas diferentes com relação à vida, para desenvolver a emoção e o intelecto de formas distintas, além de estarem sujeitos a diferentes normas de vestuário e comportamento na vida diária”. Portanto, os modos como os indivíduos percebem o corpo e suas alterações corporais em relação à doença encontram-se vinculados aos modos como eles aprenderam culturalmente e diferenciados de acordo com cada gênero.

O Informante 1, quando perguntado sobre a primeira vez em que ficou doente, relatou seu problema de próstata. Ele diz ter percebido algumas alterações relacionadas ao ato de urinar. Ele se contradiz, afirmando que percebeu algumas mudanças, que “apertava”, mas também dizendo que “não ia notando”, “diminuía, mas parecia que não era”.

P: O que o senhor sentiu que percebeu que tinha que procurar um médico?  
 I: Aperto, apertava.  
 P: Não conseguia fazer xixi?  
 I: É!  
 P: Quanto tempo o senhor levou desde que sentiu que não conseguia fazer xixi até procurar um médico?  
 I: Levou tempo, tempo... O cara não ia notando, ia diminuindo, mas parecia que não era, tinha diferença, não se notava. A gente notou quando já estava tarde, quando apertou mais, vamos ver o que era.  
 P: O senhor sentiu dor?  
 I: Dava um ardume.  
 P: Mesmo assim, o senhor ficou sentindo isto por algum tempo?  
 I: Fiquei por algum tempo (Informante 1)

Por se tratar de um problema de saúde que está associado a muitas representações de sexualidade atreladas à masculinidade, talvez isso justifique a demora para o entrevistado procurar atendimento. A questão de suportar a dor até uma situação limítrofe é que acarretou a busca por ajuda.

As masculinidades são ensinadas desde criança que ‘homem não chora’, ‘é forte’, ‘não sente dor’, entre outras afirmações que vão sendo (re)significadas e reiteradas de diferentes modos durante toda a vida. Esses ensinamentos podem colaborar para que os homens tenham maior dificuldade de expressar a dor, especialmente quando ela se manifesta em partes mais simbólicas do corpo. No caso do Informante 1, a dor foi caracterizada como ardume, não como dor.

O Informante 7 perdeu seu irmão por câncer de próstata. Quando ele próprio começou a sentir os mesmos sintomas do irmão, que havia falecido, ficou com medo de procurar auxílio. O medo surge aí como imobilizador, paralisante.

I: Eu estava sentindo alguma coisa, e meu irmão morreu por causa desse problema.  
 P: Que problema?  
 I: Próstata. Porque ele foi muito tarde para o médico. Quando ele foi, já não tinha mais cura. Aí, eu já fui adiantado, por medo, né! Hoje estou me curando.  
 P: O que o senhor começou a sentir?  
 I: Eu? Por causa desse troço, falta de urina, tinha que urinar muito seguido.  
 P: O senhor sentiu dor, alguma coisa?  
 I: Não.  
 P: E quanto tempo mais ou menos levou desde que começou a sentir isso até procurar um médico?  
 I: Um ano (Informante 7).

Em outra situação, podemos perceber que pequenas alterações, às vezes, não são relevantes, nem merecedoras de atenção, são meros detalhes, como disse o Informante 3: “foi só no esôfago”. Como ele ‘só’ sentia dificuldade para engolir e conseguia manter todas as suas outras atividades diárias, isso não era motivo para preocupações. Possivelmente, a busca por

ajuda ocorreu devido ao fato de ele ter se machucado, no almoço do domingo, na presença da família, e por ter sangrado. O sangue, como representação de algo errado, desencadeou o processo de investigação para saber do que se tratava. O tempo transcorrido desde que ele percebeu a existência de uma diferença na deglutição até a busca por ajuda foi muito longo, aproximadamente dois anos.

P: Como o senhor percebeu que não estava funcionando alguma coisa?

I: Olha, para mim, foi um negócio, foi só no esôfago, que me trancava, não podia mais comer, até um dia me trancou um pedacinho de carne de churrasco – nós fizemos churrasco –, e daí eu botei o dedo dentro, depois começou a vir sangue. Domingo de tarde, me levaram ao médico em Nova Bréscia. Eu me machuquei com as unhas aqui dentro, então, era o crescimento de uma ulcerazinha que estava se formando.

P: E o senhor só percebia que tinha dificuldade para engolir?

I: Agora, ainda, se não é hora de comer, eu estou bom pra tudo, obstrui só na hora de comer, senão, não sinto nada.

P: Quanto tempo levou desde que o senhor começou a sentir alguma alteração até começar a se tratar?

I: Isso levou tempo, um bom tempo. Uns dois anos que estava sentindo isso. Parecia que era um nervosinho, mas nunca dava bola. A gente sofreu muito na vida (Informante 3).

As alterações sentidas, os sinais e sintomas são classificados de acordo com a sua gravidade. Tal classificação, provavelmente, ocorre em relação ao grau de comprometimento e incapacidade para a realização de algumas atividades diárias, principalmente, no caso masculino, as atividades vinculadas à esfera do trabalho. Conforme o grau de comprometimento, as alterações tornam-se significativas e merecedoras de atenção; enquanto não há comprometimento, pode-se ‘ir levando’. Talvez pela construção social da identidade de ‘provedor’, os homens acabam por negligenciar por maior tempo um conjunto de sintomas antes de buscar auxílio, pois, para ter recursos, é preciso trabalhar. Já as mulheres tendem a buscar recursos de cura mais precocemente quando percebem os primeiros sintomas (Ceres Victora e Daniela Knauth, 2004).

Outra situação que emerge na fala do Informante 3, acima, está relacionada com sua situação de vida. Ele diz ter sofrido muito, e isso poderia dificultar o reconhecimento de que alguma coisa dói e de que está doente, uma vez que ele já teria passado por situações talvez mais difíceis e dolorosas do que a dor e o sofrimento oriundos do processo de adoecimento.

No caso do Informante 6, as doenças que produziram marcas em sua trajetória de vida foram sempre as mais graves, as que acarretaram hospitalizações, intervenções cirúrgicas, impossibilidade de trabalhar, entre outras. Em sua fala, a seguir, ele afirma ter ficado doente pela primeira vez um ano antes da entrevista, referindo-se ao infarto que teve. Seguindo os

questionamentos em relação às doenças, ele afirma ter diabetes, mas parece que a diabetes não é tão grave quanto o enfarte nas representações sociais em relação às doenças. O enfarto está associado ao risco de morte, enquanto a diabetes é uma doença mais comum e é provável que não esteja tão associada ao risco de morte no imaginário social.

P: Como foi a primeira vez que o senhor ficou doente?

I: Ah, a primeira vez que eu fiquei doente fez um ano já, ontem, dia dos namorados. Me deu um enfarte, ganhei um belo presente: um enfarte, daí, agora, ao cabo de um ano, me deu um problema nos intestinos, e estou aí, fazendo todos os exames.

P: O senhor tem pressão alta? Diabetes?

I: Não, não, só diabetes.

P: O senhor nasceu com diabetes ou adquiriu com o passar do tempo?

I: Eu, quando descobri, foi em 1986. Já faz 20 anos que eu descobri, mas acho que eu já nasci com isto.

P: O que o senhor começou a sentir, o que fez com que descobrisse a diabetes?

I: Ah! Dava umas coisas, dores nas pernas, sede, uma sonolência, uma coisa que irritava, daí, eu fui consultar, aí, descobri o que era.

P: O senhor levou muito tempo desde que começou a ter estas sensações até procurar um médico?

I: Não, eu procurei lá, então, assim.... apareceu. A gente não... um mês, por aí (Informante 6).

Existem exceções em relação ao tempo de espera antes da busca por auxílio, o que possibilita perceber a heterogeneidade dos diferentes sentidos atribuídos às alterações corporais, que se refletem na vida social dos sujeitos. Como afirma Daniela Knauth (1991, p.51), “é importante notar aqui que estas representações a respeito da doença estão intimamente associadas com os usos sociais do corpo”, principalmente nas atividades relacionadas ao trabalho. Os significados sociais atribuídos aos sentidos e às representações variam no interior de uma mesma cultura, entre diferentes culturas e também em momentos diferentes.

#### **4.3.1 O Cuidado em Saúde**

O cuidado humano historicamente esteve relacionado à mulher e à feminilidade devido à sua associação com maternidade, com o ato de maternar, proteger, nutrir. Também foram as mulheres as primeiras a usar ervas, chás, entre outros, para o alívio e conforto dos sofrimentos, que poderiam físicos ou males espirituais. Com a evolução da espécie, os homens saíram para caçar e pescar em busca de alimentos, e as mulheres ficaram em casa, cuidando da agricultura, da casa, dos filhos e, com o passar do tempo, também dos doentes e dos idosos. Esses fatos

contribuíram e contribuem para a construção de alguns sentidos e significados que se mantêm ativos e que vêm sendo (re)significados com o passar do tempo, no imaginário social e nos modos de organização e vivência, que consideravam e alguns ainda consideram o cuidado sendo predominantemente feminino (Waldow, 1999). Os homens entrevistados, hoje idosos, também vivenciaram a experiência de terem mães cuidadoras, seja na sua relação com suas mães, seja pela reprodução e manutenção do status de mulher provedora de cuidado na constituição de suas famílias. As falas abaixo ilustram essas relações e representações em relação ao cuidado.

A mãe, a mãe era sempre o braço forte. O pai era mais calmo. A mãe era mais firme em tudo, mais na ajuda e no reparo do bem da família [...] (Informante 1).

A patroa, e um cuida do outro. E agora, quando sou eu [que está doente], quem cuida mais é essa filha, que está sempre me acompanhando. Tenho o mais velho, que é um bom filho, mas trabalha na prefeitura, não pode sair (Informante 2).

I: Quem cuidava mais era a mãe, mas depois, no hospital, quando estava, eram os irmãos, qualquer um de nós.

P: E, na sua casa, depois de casado, quem cuida mais?

I: Os filhos, nem andamos em médicos. Ela [esposa], que teve válvula no coração, a menina que cuidava bem dela (Informante 3).

Duas situações aparecem nessas falas: em uma, é a filha que cuida, pois o filho mais velho, que talvez devesse ser o responsável pelo cuidado, não o faz porque trabalha; o pai reconhece isso, afirmando que ele é um bom filho. Essa fala traz a valorização do trabalho masculino, externo, como provedor, em detrimento e desvalorização do trabalho doméstico. A segunda situação refere-se à ‘mulher-esposa-mãe’, que está doente, necessitando de cuidados; nesse caso, quem assume o cuidado é a própria filha, mesmo sendo muito jovem, o que mais uma vez ressalta o cuidado como atribuição predominantemente feminina.

A organização familiar também se constitui no diferencial para as situações de cuidado. No caso do Informante 6, quem morasse mais próximo seria o principal cuidador.

Olha, isso se revezava, ou quem morava mais perto, ou quem estava mais junto. Eu cuidava mais. Eu, por exemplo, ajudei a cuidar da filha, da mãe, do começo ao fim, do finado pai, porque ele praticamente depois morou comigo, sei lá, uns sete ou oito anos. Então, a gente... Alguns, que nem eu, tinha uma irmã, essa que morreu de câncer morava em São Paulo. Fui uma vez só visitar, muito longe... (Informante 6).

A construção e a reprodução de uma rede de significados e configuração de práticas em relação ao cuidado afetam noções mais amplas de concepção e organização da sociedade no que tange aos aspectos de planejamento e implementação de políticas, assim como decisões e modos de comportamento das pessoas, no cotidiano da família e do trabalho (Solange Sanches, 2002). A

própria constituição das profissões é generificada, materializando-se na desigualdade das relações sociais, marcadas por gênero e outros marcadores, como raça, classe, idade. A enfermagem é composta majoritariamente por mulheres desde os seus primórdios até a atualidade. Atualmente, pode-se constatar um aumento no ingresso de homens, mas nada que seja significativo, capaz de alterar essa representação (Elizabeth Teixeira, Eucléia Vale, Joscelia Fernandes e Mara Sordi, 2006).

A organização das políticas públicas de saúde, na sua configuração inicial, preconizava o atendimento curativo aos trabalhadores para evitar que estes se ausentassem do trabalho, visando não à saúde, mas à garantia de mão-de-obra para as indústrias. Quando surgem as ações de saúde preventivas, elas se voltam para a saúde da criança e da mulher. O discurso da prevenção é bastante atual. Homens que nasceram no início do século XX acompanharam o processo de construção dos modelos técnico-assistenciais de saúde, bem como suas transformações e a formação do SUS.

As configurações sociais associam o cuidado ao feminino, resultando em “[...] uma maior atenção dada às questões da saúde da mulher do que à saúde dos homens [...]” (Deborah Lupton, 2000, p.26), o que pode ser um fator para que os homens demonstrem pouco ou nenhum interesse pelo cuidado. Isso pode contribuir para que alguns homens desdenhem outros homens que têm atitudes de maior preocupação com a saúde. Configura-se aí uma rede de poder onde a hegemonia é representada pelos homens que têm menos cuidados com a sua saúde. A hierarquização se daria na ordem crescente de quem menos cuida da sua saúde até quem mais cuida. Tal configuração apontaria para uma masculinidade baseada no pressuposto da força, da coragem, da resistência e da negação da doença e da dor. Com isso, ao invés de serem acionados mecanismos de proteção da saúde, são acionadas atitudes de risco, individual e coletivo, o que pode ser valorizado como um meio de expressar a masculinidade (Deborah Lupton, 2000, p.27), como pode ser percebido na fala:

Eu podia ter sido socorrido muito antes, porque eu não queria, por isso sofri mais agora. Eu teimei muito, daí, no começo, poderia ter sido bem mais fácil, mas, graças a Deus, deu tempo (Informante 2).

A construção da busca por auxílio ocorre a partir da doença, principalmente a partir do momento em que esta causa sofrimento e incapacidade para realização de atividades cotidianas, principalmente relacionadas ao trabalho. Os investimentos sociais para a construção de

masculinidades fortes, competitivas, também contribuem para uma maior espera em busca de assistência e, conseqüentemente, para o agravamento das situações de adoecimento. Conforme afirma Débora Lupton (2000, p.26), “[...] os homens parecem ter uma visão mais instrumental de seus corpos e da sua saúde, percebendo o comportamento de manutenção da saúde como o que lhes permite participar ativamente no trabalho ou na atividade de lazer do que com a aparência”. Vários fatores contribuem para que a busca de assistência seja protelada – questões culturais, financeiras e de acesso.

I: Não, assim, quando eu estava trabalhando bem, não tinha nada, mas aquilo é uma coisa que, quando vem, ataca de repente, era bem assim nas cadeiras. Eu, uma vez, eu falei para o médico que achava que os nervos passavam um pelo outro nas cadeiras e por isso que doía, que eu ficava assim, não podia nem me levantar, nem caminhar. Aí, diz ele, pensava, não passa [o nervo] um por cima do outro, e o mais curto é o que a gente não pode endireitar, e a dor é intensa mesmo, de não poder caminhar. Precisava fazer injeção para poder melhorar a dor, parecia que.....

P: E o médico não pedia para o senhor ter alguns cuidados?

I: Não, ele só pediu para que todo peso que a gente agarrasse nunca fosse com as pernas fechadas, sempre com as pernas abertas, que aí não força a coluna, mas a gente pegava de qualquer jeito, nem se lembrava de coluna. Depois que passava, via que era verdade (Informante 4).

A doença e o sofrimento acionam a necessidade de procurar assistência à saúde. Como se trata de algo bastante oneroso, a grande maioria da população não dispõe de recursos para prover essas necessidades e protela a busca por atendimento. É comum relatos de pessoas que conseguem pagar todo o valor referente aos atendimentos em saúde, negociando e, algumas vezes, pagando com bens materiais. Na fala abaixo, a situação de o Informante ter crédito possibilitou que procurasse por atendimento e pagasse como pudesse:

[...] médico, tinha ou não tinha dinheiro, tinha que levar. Os médicos também esperavam um pouquinho porque não era assim, sempre tinha crédito ao menos (Informante 1).

A prevenção, como é algo recente na nossa história, não faz parte das ações e práticas cotidianas da vida dos homens entrevistados. Ela é percebida após a instalação de uma patologia. O Informante 4, por exemplo, diz que, enquanto trabalhava e não sentia nada, nem lembrava de dores nas costas.

Não tinha cuidado, porque naquela vez eu não lembrava de saúde. Sai de casa só para trabalhar, parece que ia ficar rico só com aquilo ali (Informante 4).

As ações em saúde preventiva são freqüentemente prescritivas. São intervenções que visam a modificar hábitos e comportamentos de vida, de uma maneira muitas vezes autoritária,

desconsiderando a opinião e o contexto de vida da pessoa. Desse modo, a resistência à suposta dominação do discurso da saúde dá-se pela não-observância das recomendações, assim como pela sua (re)significação. A saúde adota um discurso que vai pela contramão dos investimentos publicitários e da mídia. A saúde preconiza o autocontrole, enquanto que a celebração da vida se dá pelo enfoque na liberdade, autonomia, ousadia, adrenalina, o que dificilmente se torna atrativo antes da vivência de uma situação de sofrimento por alguma doença e pela diminuição da capacidade de levar a vida. “É prudente ter bons hábitos para se manter uma boa saúde, mas a obsessão excessiva que chega ao ponto de negar os próprios prazeres da vida é considerada não-saudável” (Deborah Lupton, 2000, p.27). Um dos cuidados recomendados para a saúde é o lazer, a diversão, o entretenimento.

[...] no fim do ano, um médico perguntou para mim se nada doía, se nada me incomodava. Sim, alguma coisa. “O que te incomoda?” Quando os vizinhos fazem o churrasco, e eu sinto o cheiro e eu não posso comer. E agora que vem o fim do ano, todos tomam cerveja, champanhe, eu também nada? Se tu não exagerares, isto não tem nada a ver.

Os cuidados com a alimentação têm aparecido recorrentemente nas falas dos Informantes como cuidados que devemos ter para uma boa saúde. Nas falas abaixo, cuidar da saúde, dentre outras coisas, é alimentar-se bem.

P: O que o senhor acha que podemos fazer para cuidar da saúde?

I: É se alimentar bem, dormir bem... (Informante 5).

P: Como o senhor se cuida?

I: Na comida. Eu, por exemplo, nunca mais tomei refrigerante, nem bebida de álcool, nem açúcar, nem doce, essas coisas (Informante 6).

É cuidar na comida também um pouco, não comer muita gordura (Informante 7).

O alimento é mais do que apenas fonte nutrição para uma dieta equilibrada. Ele agrega funções e significados para além da satisfação das necessidades fisiológicas básicas ou como ‘combustível’ – fonte de energia – para o funcionamento e desenvolvimento do corpo humano. A alimentação desempenha diversas funções nas sociedades. Talvez ela possa ser considerada um artefato cultural, por possuir vários significados e representações, desde religiosos, econômicos e sociais da vida cotidiana até suas relações com o processo de saúde e doença. “O alimento traz consigo uma série de simbolismos, manifestando e criando as relações entre homem e o homem [...]” (Cecil Helman, 1994, p.48).

Os hábitos alimentares estão associados tanto às causas de adoecimentos quanto aos processos de cura e cuidados com saúde-doença. Como podemos observar nas falas dos Informantes, a alimentação surge como algo que não foi cuidado e acabou contribuindo para a atual situação de doença.

Nas falas subseqüentes, a alimentação aparece como modo de tratamento, baseado na restrição da dieta, o que também ocorre como modo de cuidado em saúde.

Eu já não consigo caminhar certo por causa do olho. Eu, por causa do olho, eu tenho aquele sentimento de que poderia estar com olho bom, com os dois bons, e um pouco foi por falta de cuidado, o cuidado, ah, na comida, no sistema, no cuidado de tomar os comprimidos para pressão, coisas que não devia ter feito (Informante 1).

Eu tive com 20 e poucos anos. O médico classificou como úlcera gástrica, mas depois, mais uns exames que eu fiz em Passo Fundo, se chegou à conclusão de que deveria ter sido uma gastrite crônica. E isso aí, naquele tempo, não tinha os meios como que tem hoje, porque é poucos anos que descobriram que a gastrite e a própria úlcera é provocada por uma bactéria. Essa minha guria, a Alessandra, ela teve um problema desses aí, foi, fez endoscopia, e descobriram que ela tinha uma bactéria que provocou uma gastrite. Aí, tomou o antibiótico e, em uma semana, estava curada. Quer dizer, no meu tempo, não tinha. Tomava leite e comprimido e aquele negócio com dieta. Passei dois anos só tomando leite e bolacha quase, com 23 anos de idade (Informante 9).

Um ano, dois que eu estava com esse problema (enfarte), comecei a me acomodar e aí comecei a ter outra vida. Passava a me preocupar com as coisas que eu comia e assim por diante. Sempre a hora que me dá vontade de sair, saio, eu não fico amarrado em nada (Informante 9).

As práticas alimentares são elementos centrais na vida diária e estão imbricadas nos signos da cultura, o que pode tornar difícil a mudança de hábitos quando necessário para tratamentos, por exemplo, para diabetes ou obesidade, entre outras situações. A proposta de mudança pode implicar uma disputa por significação, bem como resistência a restrições, como podemos ver na situação abaixo – o que é proibido pode tornar-se mais desejado.

Exatamente, não é para comer isso, se come; não é para fazer aquilo, tu fazes. Tu queres te eliminar, mas, na realidade, não é por aí [...] (Informante 8).

A cultura, além da situação econômica, afeta a escolha e o preparo dos alimentos. Os alimentos são territorializados. Há alimentos característicos de cada lugar, como o churrasco para o gaúcho, a massa para os italianos; há outros que são expressamente proibidos, como carne de porco para muçulmanos. Para essas distinções, geralmente não é usado o critério de valor nutricional.

“O alimento pode ser ingerido por razões tanto nutritivas quanto culturais” (Cecil Helman, 1994, p.60). Considero interessante perceber que, talvez, utilizar critérios culturais e não apenas nutricionais para propor mudanças pode ser relevante, por possibilitar um encontro entre profissionais e usuários de serviços de saúde, na elaboração de um plano terapêutico. Os aspectos culturais não são responsáveis isolados pelas situações de adoecimento e tratamento; eles estão associados a questões sociais, econômicas e políticas e engendram-se em um contexto mais amplo. No entanto, mudanças nos costumes e modos de vida têm contribuído para alterações nos hábitos alimentares, que também contribuem para mudanças no quadro nosológico das doenças. Isso faz com que algumas doenças sejam mais frequentes na nossa sociedade, tais como: apendicite, câncer de esôfago, intestino, mamas, cólon e estômago, doenças cardiovasculares, cálculo renal, hérnias, obesidade, diabetes (Cecil Helman, 1994, p.67).

O cuidado esteve e está presente na vida das pessoas em geral e na dos entrevistados de modos diferenciados. As mulheres assumem o protagonismo do cuidado, principalmente com o enfoque no cuidado do outro, um cuidado mais integral, conjugando afeto e práticas cuidadoras, como acolhimento, escuta, toque, administração de medicamentos, preparação de alimentação, cuidados com higiene, vestuário, entre outras. No entanto, os homens aprendem a cuidar de outros modos. Os homens são ensinados a cuidar provendo o financiamento do cuidado.

#### 4.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E GÊNERO

As distinções de gênero também se manifestam na área da saúde pela própria distribuição dos acometimentos de doença, pela própria situação de morbidade e mortalidade. Segundo Ceres Victora e Daniela Knauth (2004), uma importante parte das doenças que acometem homens e mulheres, distintamente, pode ser explicada pelas construções sociais e expectativas de gênero que recaem sobre os indivíduos em cada contexto social.

Os dados epidemiológicos referem-se à distribuição das doenças em uma população e buscam reconhecer fatores associados com os comportamentos dos indivíduos, para se tentar compreender o motivo pelo qual um indivíduo e uma população adoecem (Elizabeth Uchôa e Jean Vidal, 1994). É importante ressaltar que o uso de dados epidemiológicos e/ou demográficos,

neste estudo, é considerado como recurso complementar, possibilitando identificar variáveis no contexto sociocultural mais específico (Maria Cecília Minayo, 2007).

É possível observar uma variação quanto aos grupos de causa de adoecimento e morte quando separados por sexo. Para o sexo masculino, as principais causas de morbi-mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, causas externas (que se caracterizam por acidentes de transporte, suicídios, homicídios) e neoplasias. Para as mulheres, a primeira causa de morte permanece sendo as doenças do aparelho circulatório, seguidas por neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Ocorre uma diferenciação entre os grupos de causa de morbi-mortalidade masculina em relação à feminina. Nos homens, a segunda causa de morbi-mortalidade é externa, enquanto que, para as mulheres, o segundo lugar fica com as neoplasias. A mortalidade feminina por causas externas passa para o quarto lugar, e a taxa de mortalidade também apresenta uma queda muito expressiva, passando de um percentual geral de 14,21% em homens e para 5,45% em mulheres (Brasil, 2006-d).

Analisando-se as doenças cardiovasculares, que se configuram como principal causa de mortalidade, percebe-se que a elas estão associados fatores de risco não-modificáveis, tais como história familiar, sexo e raça, e fatores de risco modificáveis, como pressão sangüínea, níveis elevados de colesterol, tabagismo, obesidade, inatividade física, estresse e uso de contraceptivos orais (Suzanne Smeltzer e Branda Bare, 1998). As próprias classificações quanto aos fatores de risco estão associadas aos hábitos e comportamentos sociais, de modo a dizer que esses comportamentos são errôneos, e a conduta seria ensinar o modo correto. Na concepção de saúde como ausência de doença, há o pressuposto de que a informação gera uma transformação dos comportamentos associados às doenças. No entanto, não é isso o que acontece, pois os indivíduos estão imersos em uma cultura, em um contexto, não em um ambiente asséptico.

É possível associar as principais causas de adoecimento e morte com os hábitos de vida das pessoas. Entretanto, existem conflitos e divergências nos processos de significação social e cultural. Na nossa sociedade contemporânea, algumas características são muito valorizadas, como agressividade, ambição, impulso competitivo vinculado à esfera do trabalho, atributos mais relacionados às masculinidades, o que não significa que as mulheres não possam ter tais características. Essas mesmas características são rejeitadas por serem fatores de risco que podem contribuir para o acometimento de determinada patologia. Na arena cultural, há uma disputa de

significações e sentidos, e a área da saúde duela por espaço, às vezes, de um modo autoritário e disciplinador, que não está surtindo muitos efeitos.

Tomemos o tabagismo como um elemento que compõe o cenário social, cultural, econômico e político. O tabagismo é considerado um grande fator de risco para a saúde da população, estando entre as principais causas de morbi-mortalidade. Ele contribui para o aparecimento de problemas cardiocirculatórios, que, como vimos, são as principais causas de morte, e para diversos tipos de câncer, com o câncer de pulmão e de esôfago tendo os mais altos índices de prevalência.

Dentre os nove homens participantes desta pesquisa, sete se denominaram ex-tabagistas e um era tabagista; como referi em outro momento, não posso informar se o outro participante era ou havia sido tabagista, uma vez que essa questão não fazia parte do roteiro; o tema simplesmente surgiu em algum momento no decorrer das entrevistas. Mesmo assim, o tabagismo é muito presente na vida desses homens.

Culturalmente, o tabagismo está associado a momentos de alívio de estresse e tensões, de lazer, descontração, festas, companheirismo, amizade. Foi símbolo de uma época, de um movimento de rebeldia e busca por liberdade, associado ao desejo e ao prazer. Trata-se de um hábito que confere sentido e identidade às pessoas de diferentes modos. Também está presente em rituais religiosos, entre outras situações em que o fumo é bastante emblemático.

A indústria do fumo também constrói e atribui sentidos e significados ao hábito de fumar. A indústria do fumo é fonte de emprego e de renda para famílias, desde a produção, nas lavouras de fumo, até a industrialização e a comercialização. No entanto, a educação em saúde relaciona o tabagismo somente a atitudes de risco que resultam em problemas de saúde.

Na fala abaixo, do Informante 4, podemos ver o fumo associado a um reencontro de amizade, com a lembrança de momentos vividos por dois amigos. O entrevistado viu-se em uma situação em que não poderia deixar de aceitar o cigarro.

Estava com um colega lá, que servimos juntos, amigo, tudo. Ele me deu um cigarro, e desde aquele dia eu não larguei mais de fumar. Se eu não tivesse pego [...] (Informante 4)

P: O senhor fumou?

I: Sim, sim, até hoje estou fumando.

P: O senhor já pensou em parar de fumar?

I: Sabe que eu não acredito nesta história, muitos que têm tudo, mas aqueles que não fumam têm. Vejo que lá, no hospital, [...] tudo que é criança pequena, de dois meses para cima, tem câncer, tudo existe. Até a menina falou para o médico: “Não seria bom ele parar de fumar?”. Seria bom, mas se ele parar de fumar também nada muda, mas agora, eu acho feio. Quem me ensinou a fumar deveria ter posto fogo na boca, fica um mal cheiro até na roupa. É um vício muito, muito brabo. Quem não fuma cheira de longe, só o cheiro da roupa (Informante 3).

Eu trabalhei com fumo, assim, mas depois o meu trabalho mesmo, a minha profissão mesmo, foi pedra de maço e pedra oca (Informante 2).

Nos enfoques de educação em saúde, em atividades de prevenção à saúde e no tratamento de alguma patologia da qual o fumo se constitui como um dos fatores de risco, o tabagismo tende a ser dissociado do seu contexto e dos sentidos a ele atribuídos socialmente. O tabagismo é visto como de responsabilidade do indivíduo, e são enfatizados somente os efeitos maléficos do seu uso. Na fala a seguir, o Informante aponta a proibição que o fez parar de fumar.

Eu fumava, depois, fui proibido. Eu parei faz cinco anos – cachaça e cigarro (Informante 5).

As estratégias de educação em saúde muitas vezes fazem com que os indivíduos entrem em conflito, pois os seus hábitos têm representações e significados ambíguos e possivelmente contraditórios. Assim, “os discursos que compõem, competem na construção do sujeito são muito diversos e contraditórios para garantir um completo alinhamento aos imperativos da saúde” (Deborah Lupton, 2000, p.19).

Eu também fumei bastante, fumei até 42 anos. Eu criei um pouco de vergonha e parei (Informante 8).

E antes [do enfarto] eu fumava muito também. Naquele tempo, já com 40 anos, eu parei de fumar, mas antes eu fumava muito (Informante 9).

Atualmente, os sentidos e os significados conferidos ao ato de fumar vêm sendo ressignificados. Existe um forte movimento contra o tabagismo. Campanhas governamentais e a legislação proibindo o fumo em determinados ambientes podem estar contribuindo para a construção de outros valores, pois o fumo faz mal, e a maioria das pessoas sabe disso.

#### 4.5 OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

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” (Cecil 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 alternativas 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 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 (Cecil Helman, 1994).

O reumatismo, de vez em quando, então, tenho até um tipo de erva, eu ponho. Eu tinha reumatismo de 20 anos até 50 anos, tinha reumatismo, então, botava uma erva, que atava em cima da perna uma folha que sai aquele líquido, um líquido amarelo, então, isso tira fora o reumatismo. Sete, oito anos, não se tinha mais. Depois, isso ficou ali por cima das costas, e quando botava isso nas pernas, parecia que mexia uma minhoca e descia uma dorzinha e dava aquela bexiga. Isso falei para os médicos também. O que seria isso? Seria a mesma coisa como se o problema fosse nos nervos. Agora, isso tudo está parando também, acho que vai melhorar tudo, então (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? (Cecil 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 vê 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.

#### 4.6 A SEXUALIDADE PAIRA NO AR

E em uma sociedade em um momento histórico em que os corpos, formas, prazeres e desejos são matéria de discussão e intervenção, principalmente na área da saúde, com o surgimento da epidemia de HIV/AIDS. O sexo e a sexualidade entram em pauta nas mais variadas agendas tanto na área da saúde, quanto da educação, da mídia, da política entre outras. O sexo um dos elementos constituintes das identidades masculinas e femininas, está relacionado às diferenças anatomo-fisiológicas dos corpos, enquanto a sexualidade está relacionada às crenças, aos comportamentos, às relações e às identidades sociais e historicamente construídas (Jeffrey Weeks, 2007).

As identidades masculinas se constituem e são valoradas também pelo seu desempenho sexual, sua capacidade de reprodução, de sustento dos filhos/as. A saúde e a velhice são situações de vida que podem alterar a construção destas identidades. Sendo assim, seria possível falar de masculinidades, envelhecimento, saúde e doença, sem falar de sexualidade?

A sexualidade paira no ar, ela existe e está presente, disfarçada em vários gestos, falas, olhares, sensações. Ela andou nesta dissertação às margens, nas entrelinhas, mas, em alguns momentos, escapava, deslizava e fazia-se presente – principalmente quando se desligava o gravador. Na fala a seguir, o informante comenta que a sua esposa não é a favor que ele faça tratamento de saúde aqui em Porto Alegre, pois este pode ser um motivo ou uma situação que favoreça o exercício da sexualidade fora do âmbito conjugal.

Ele comentou que a esposa dele não concorda que ele venha para Porto Alegre para se tratar. Ela acha que não tem cura o problema no olho e que ele vem “só para tirar uma casquinha das mulheres, ficar contando caso”. Eles são casados há 48 anos, mas ele disse que não sabe como, porque os dois são bem diferentes. Ela é bem fechada, muito trabalhadora, mas não gosta de muita conversa, enquanto ele é bem extrovertido, gosta de conversar, fazer amizades, contar piadas (anotações sobre a entrevista com o Informante 1 – diário de campo).

A sexualidade e os modos de vivê-la são atributos de masculinidade, estão relacionados com virilidade, fertilidade, força e potência, entre outros elementos que acionam relações de poder. As situações de velhice e adoecimento colocam a sexualidade constantemente em jogo, por vezes, ameaçando-a. Mesmo que seja nas entrelinhas e poucas vezes mencionada, ela está presente. Um dos informantes ‘ousa’ falar sobre sexualidade, mas para isso usa o termo “concepção” e a expressão “o cara fica sem reação” para se referir à sua situação de impotência devido ao seu estado de saúde. Percebe-se o quanto tal situação é significativa na constituição das

identidades masculinas, a ponto de ser motivo de o informante sentir desejo de “se liquidar”, como ele afirma nesta fala.

A concepção, no caso, por exemplo, na minha idade, a diabetes esculhamba com o cara, o cara fica sem reação, sem nada. Isso aí... O homem se sente o último dos moicanos, como diz o outro. Ele está a fim de se liquidar [...] (Informante 8).

Os diferentes modos de falar, pensar e exercitar a sexualidade fazem parte de um processo de construção de significados relativos à sexualidade, uma construção localizada, datada em um momento histórico, que talvez venha sendo (re)significada, devido às transformações sociais, culturais e corpóreas. Esse é um assunto delicado. Por mais que se tenha tornado público, paradoxalmente, o tema da sexualidade permanece restrito ao âmbito do privado, pessoal, particular, do secreto, de algo que não se fala nem se pergunta. Conforme Guacira Louro (2007), existia um “regime de silêncio” que, de certo modo, funcionava como uma tentativa de controle da sexualidade, mas que era cambiante.

Outra estratégia utilizada para falar do assunto e encontrar mecanismos de minimizar as perdas decorrentes das alterações na vivência da sua sexualidade e valorizar sua representação e modo de agir diante da situação foi (re)significar o adjetivo “machão”, que deixa de caracterizar um comportamento autoritário:

[...] tem a maneira de ser o machão, na verdade, não é isso aí. O machão é aquele que chegar, quando tu tiveres com problema, chegar em ti, analisar e ver e te ajudar, esse é o machão, não aquele que é metido. Então, o cara acha que ele é o bom, que posso fazer contigo o que quiser, na verdade, não é bom, eu posso fazer o que eu quiser contigo desde que tu colabore. Então, nós vamos formar a nossa engrenagem, o nosso conjunto, aí, tudo bem. Se tu fizeres alguma coisa por amor ou fez, está perdoado. Mas, se tu fizeres por egoísmo, tu não és perdoado. Entendeu o sentido que eu quis dar naquilo? É isso aí (Informante 8).

Talvez, no imaginário social, os ‘homens’ e as ‘masculinidades’ ainda sejam as formas dominantes de sexualidade. Os homens foram ou ainda são considerados, por muitos, como “agentes sexuais ativos”, e as mulheres, por causa de seus corpos, ainda podem ser vistas como meramente passivas ou receptivas. Essas construções sociais geram expectativas em relação aos comportamentos sociais. O não corresponder às expectativas por algum motivo, muitas vezes relacionado a situações de adoecimento, vai gerar uma dificuldade de adaptação, ocasionando frustração e busca de mecanismos capazes de ajudar a corrigir as alterações.

P: E o senhor percebeu mudanças no seu jeito de ser homem com esses acontecimentos da sua vida?

I: Sim, isso aí dá uma frustração no cara. Eu vou falar franco contigo, como se fosse minha filha. A ereção, por exemplo, é um problema, então, tu procuras medicamento, uma coisa ou outra, e às vezes falha. Então, esta é a frustração que tu não sabes nem o que fazer (Informante 8).

A sociedade constrói mecanismos de controle do exercício da sexualidade. Isso pode ser percebido pelo modo de organização familiar e pela sexualidade experienciada por esses homens. Quase todos os homens entrevistados são casados e têm filhos, exceto um, que é casado e não tem filhos, e outro que é solteiro e optou por não se casar nem constituir família por não ter tido ‘sorte’ com as mulheres e por gostar de ser livre.

P: O que o senhor pensava sobre o casamento?

I: Gostava de ser solteiro, não ter compromisso, gostava de namorar (Informante 5).

Analisando a construção social da ‘norma’, pode-se dizer que, em determinado momento, praticamente todos foram capturados pelas redes de poder e controle da sexualidade. Em nenhum instante, houve qualquer menção à homossexualidade. Pelo contrário, em algumas entrevistas, os homens mencionaram a necessidade de casar, o que representa um comportamento que se conforma como ‘norma’ heterossexual.

Foi brabo, não foi fácil. A gente se apertou para arrumar uma companheira [...] (Informante 3).

Heterossexualidade, casamento e monogamia são formas de controle sobre o sexo e a sexualidade. Pensa-se no sexo como algo perigoso, perturbador e anti-social – “um código moral essencialmente autoritário dominou a regulação da sexualidade até os anos 1960” (Jeffrey Weeks, 2007, p.75) para regular a esfera pública e, em particular, manter a decência pública. Tais concepções foram mais significativas na nossa sociedade; atualmente, estão sendo ressignificadas, e outros modos de exercício da sexualidade são possíveis. As marcas da sexualidade na fala dos entrevistados perpetuam valores morais de casamento heterossexual, sem que se possa afirmar se houve também relacionamentos extraconjugais.

## 5 AS VIAGENS PARA PORTO ALEGRE

“É verdade que a metáfora da viagem parece supor um sujeito que detém o privilégio de perambular livremente, de ir e de vir. No entanto, não podemos esquecer dos que são empurrados para as viagens” (Guacira Louro, 2004a, p.18).

As viagens. Será que as viagens são frequentemente planejadas? Será que viajamos somente por vontade própria? Viajamos a lazer ou a trabalho? Sempre escolhemos nossos roteiros de viagem? Será que viajar é sempre bom? Guacira Louro (2004a, p.18) cita Clifford, que nos incentiva a pensar “quem é ou quem pode ser viajante” e a lembrar daqueles “que fazem travessias e deslocamentos compelidos por circunstâncias alheias ou motivos externos”. Essas reflexões sobre os distintos modos de viajar e o que as diferentes viagens podem representar na vida das pessoas levam-me a pensar nas diferentes possibilidades de viajar e nos deslocamentos aos quais os homens ‘viajantes’<sup>39</sup> considerados nesta pesquisa se submetem.

As viagens, assim como as casas de passagem, fazem parte do tratamento. Para alguns, as viagens são almeçadas; no entanto, outros são ‘empurrados’ para elas, sem muita escolha. Nesse contexto específico de homens que se deslocam para Porto Alegre para tratamento, as viagens têm pontos de partida e de chegada, têm destino e paradeiro, têm objetivos importantes que se alteram ao longo do caminho. Os pontos de partida são os encaminhamentos médicos nas cidades onde os homens residem; os destinos ou os paraderos são as casas de passagem em Porto Alegre. Mas isso não significa que os viajantes conheçam exatamente seus destinos, como podemos perceber na fala deste Informante:

Os médicos de Nova Bréscia me encaminharam, e depois a prefeitura sabia desse lugar. Um lugar muito bom, de gente boa, 100% (Informante 3).

As viagens são possibilidades para que esses homens idosos se lancem ou sejam lançados em busca de tratamentos, tendo a chance de restabelecer seu estado de saúde, sem considerar que os encaminhamentos para Porto Alegre sejam garantias de sucesso. As idas e vindas para Porto Alegre representam desafios e constituem-se ao mesmo tempo em esperança de sucesso para a realização dos mais variados tipos de tratamento para as mais diversas doenças. Na situação do Informante 2, a viagem foi desejada como uma última esperança de continuar lutando e permanecer vivo.

---

<sup>39</sup> Utilizo a expressão *homens viajantes* referindo-me à necessidade desses homens de se lançarem em viagens em busca de tratamento. Alguns deles, por vontade própria; outros, a grande maioria, empurrados para as viagens.

[...] eu disse para o doutor: “Estou aqui só sofrendo, me arruma uma vaga em Porto Alegre, me manda para lá”. O doutor estava lá, um dia de tarde, na cama até, eu disse. O doutor já tinha chamado a família, disse que não adiantava mais, mas doutor.... Daí, ele disse que eles estavam de acordo, que a mulher e os filhos não queriam. Daí, como eu disse, Deus quis, ela não queria, mas o filho mais velho disse: “Se ele quer ir, tem que ir”. Disse que não adiantava mais, vim, graças a Deus, estou aí, foi sorte (Informante 2).

Esse ir de um lugar para outro, mesmo em caráter transitório, não necessariamente se caracteriza por movimentos a partir da vontade própria do indivíduo. Há circunstâncias em que as pessoas são ‘empurradas’ para as viagens, quando as pessoas praticamente ficam sem escolha. O deslocamento nem sempre é confortável, como manifestado pelos Informantes, mas a viagem representa uma possibilidade privilegiada para tratamento.

Isso desde a viagem, desde ficar aqui, tudo estranho, cidade grande. A gente sempre muda alguma coisa, não é que nem em casa. A vantagem é que aqui tem mais recursos do que na nossa cidade, que às vezes tem médico, mas não tem aparelhos, às vezes tem aparelho, e não tem médico. Tu vais fazer um exame... Conforme o exame, lá não tem. Tem que procurar outro lugar, onde tem convênios. Algumas cidades, às vezes, podem até ser pequenas, mas têm. No meu caso, era meio urgente, então, foi escolhido outro lugar lá na assistência. Onde desse primeiro... Poderia ser Passo Fundo ou qualquer outro lugar, mas, como deu primeiro aqui, eu disse: “Eu vou a qualquer lugar”. Uma coisa que não dá... (Informante 6).

As situações de viagem estão associadas a vários fatores. Algumas combinações entre idade, envelhecimento, recursos financeiros e estados de saúde podem ser muito positivas, resultando em viagens de lazer, que atualmente constituem um mercado em ascensão. No entanto, associações de idade e adoecimento, somadas ao tempo de deslocamento, aumentam as dificuldades, como podemos ver na fala a seguir:

[...] saio de Viadutos para vir a Porto Alegre, cada 15 dias, mais ou menos. E agora estou aqui, de novo, porque caiu a pálpebra do olho, me operaram de novo, a quinta cirurgia, e parece que caiu de novo. Calcula a dificuldade que tem para um homem de 75 anos ter de sair de Viadutos às 2h da madrugada para chegar aqui às 8 – seis horas de viagem, 420 e poucos quilômetros da minha casa, porque eu moro 28 km para dentro de Erechim (Informante 1).

A condição financeira é outro fator determinante na ‘escolha’ dos possíveis roteiros de viagens, conforme se percebe na fala abaixo:

Eu fui lá, nos especialistas, e eles me pediram R\$10 mil e não me garantiram o olho, a visão do olho. Aí, liguei para o responsável pela casa de passagem, que é o coordenador daqui, se não tinha condições de fazer pelo SUS. Disse ele: “Vem para cá, vamos tentar encaminhar pelo SUS”. Estou vindo (Informante 1).

A viagem em busca de um objetivo – tratamento e cura – pode acarretar desafios e percalços no meio do trajeto. Os motivos para a viagem desacomodam, incitam a uma jornada pelo desconhecido, por lugares transitórios, mas estes, de algum modo, são lugares privilegiados, uma vez que muitos não têm acesso ao sistema de saúde.

Situações das mais distintas fazem com que as pessoas se desloquem de suas casas em busca de tratamento, em busca de esperança, com todas as suas dificuldades, problemas e sonhos.

Eu tenho alguma viagem. É um pouco cansativo, só que temos que levar na brincadeira (Informante 1).

A situação da viagem acaba por ser mais um dos obstáculos que essas pessoas precisam enfrentar. Como diz o Informante 1, é preciso “levar na brincadeira”, ou seja, encontrar um modo de tornar os obstáculos menos perversos.

### 5.1 PRÓXIMA PARADA: AS CASAS DE PASSAGEM

Vou considerar as casas de passagem como um local onde ocorre a socialização de diversas culturas, em um processo constante de hibridização, resultando na construção de uma cultura local, através das múltiplas interlocuções de sujeitos. A estada por casas de passagem aciona dispositivos e interações que vão configurar uma cultura própria de um local de residência temporária. Segundo Stuart Hall, “cada instituição gera e requer seu próprio *universo* distinto de significados e práticas – sua própria cultura” (1997, p.32). Essa ‘cultura das casas de passagem’ pode ser pensada como um conjunto de experiências restritas das pessoas que vivenciaram essa situação.

Existem vários atravessamentos, diversos motivos que fazem com que as pessoas cheguem às casas de passagem. Essas instituições configuram um modo de funcionamento paralelo ao mundo. Digo isso porque, nos arredores das casas de passagem, existe uma organização social que se engendra, existe uma rede de apoio para suprir as necessidades demandadas pelo funcionamento das casas. Prestando-se um pouco de atenção, nota-se que, ao lado das casas, existem minimercados, pontos de táxi, paradas de ônibus, etc. São locais onde as chegadas e as partidas, os horários, as rotinas, os itinerários das pessoas são exclusivos das situações que elas ali vivenciam. Provavelmente, nas estadas subseqüentes, se necessárias, as

experiências, as pessoas e as rotinas já serão outras, devido à rotatividade de pessoas e à própria vivência das experiências individuais.

As pessoas procuram as casas de passagem ou são encaminhadas pelas secretarias de saúde dos municípios onde residem. O principal motivo pelo qual elas buscam as casas de passagem é o alto custo para se manter em Porto Alegre. Para realização do tratamento, é necessário o transporte intermunicipal, transporte urbano, estadia e alimentação. Isso tudo é acrescido das dificuldades de não conhecer a cidade e dos perigos de assalto, de se perder, de ser enganado.

Os municípios responsabilizam-se pelo transporte intermunicipal, disponibilizando meio de transporte do próprio município ou o ressarcimento do valor da passagem de ônibus. As casas de passagem oferecem deslocamento para os hospitais, postos de saúde e clínicas, além das acomodações, com toda a estrutura de uma casa, porém coletiva.

[...] às vezes dizem: “Mas você faz o que lá?” [...] Vou para a casa de passagem, vou parar aonde? Não tenho dinheiro para pagar hotel. Paro em uma casa de passagem. E aqui nós, nós aqui, que viemos para a casa, é uma família. Nós nos damos com todo mundo, brincamos para esquecer as mágoas das doenças. Eu brinco com todo mundo, eu sou uma pessoa aberta. O que eu passei na minha vida eu deveria estar de cabeça para baixo, mas não, Deus ajuda. Então, força para cima, e vamos em frente (Informante 1).

Na situação de quem não conhece Porto Alegre e os problemas das grandes cidades – deslocamentos, custos, violência –, as casas de passagem atuam como redes de apoio. Um Informante relata a situação vivenciada por um vizinho:

O pessoal do interior, de um modo geral, quando saem de casa, nunca vieram para fora, nunca saíram. Eles caem aqui na rodoviária, eles estão perdidos. E eles estão lá e carregam o pessoal e trazem aqui. Qual é o hospital? É tal. Levam lá e buscam. Então, isso aí é um serviço inestimável. Eu observei isso por causa de um vizinho meu. Quando eu vim fazer uma revisão, estava um vizinho meu, não de perto, um pouco mais longe. Estava ali, com problema de câncer no esôfago, e aí ele não conseguia mais engolir comida, ele tinha que fazer as coisas. Aí, então, a mulher dele telefonou em casa, veio pra fazer uma comidinha pra ele sempre, e daí, quando essa mulher chegou aí, apavorada, parecia que o mundo tinha terminado para ela. Aí, quando ela nos viu, aliviou (Informante 9).

Muitas pessoas precisam fazer tratamentos contínuos durante certo período. Como moram muito longe da capital, mesmo que haja transporte municipal diariamente, o que não ocorre em todos os municípios, a viagem torna-se muito cansativa, pois o transporte sai ainda de madrugada e retorna somente à noite. A pessoa passa o dia na rua, como este Informante:

Fico a semana toda. Aqui eu venho de ambulância, saímos 4h da madrugada e aí chegamos de noite, por isso que eu estou aqui. Estou muito cansado, para mim, que estou fraco. Agora que eu estou engordando, criando força. Mas daí, às 4h, sai de novo, não dorme nada e daí cansa demais. Por isso que eu estou aqui, daí descanso bem (Informante 2).

As casas de passagem são ambientes distintos, porque, para quem chega pela primeira vez, elas são locais desconhecidos, com uma organização própria para dar conta da demanda de serviços que se propõem a oferecer. Contraditoriamente, também se constituem em ambientes familiares. A maioria das pessoas teve, pelo menos em algum momento da sua vida, um convívio familiar, no sentido da organização de um espaço doméstico, com laços de parentesco e/ou laços afetivos. Esse processo de identificação das pessoas que se hospedam nas casas de passagem com as suas próprias casas pode funcionar como dispositivo para reprodução de modos de organização e de funcionamento semelhantes aos das suas próprias casas.

As casas são territórios socialmente construídos como predominantemente femininos; em contrapartida, os espaços públicos e de rua são considerados espaços mais masculinos. A permanência nas casas aciona um processo de desterritorialização e reterritorialização, se considerarmos esses espaços e o cuidado como predominantemente femininos. Nas falas a seguir, pode-se ver que os Informantes tentam se adaptar à rotina das casas.

P: Como é para o senhor esta experiência de sair de casa e ficar aqui, numa casa onde tem mais gente?

I: É brabo, pelo menos nos primeiros dias. No primeiro e no segundo dia, era brabo, mas agora, já me acostumei.

P: O que o senhor sente de maior diferença?

I: A gente é acostumado a trabalhar, e aqui fica meio parado.

P: Tem que esperar o tempo passar?

I: Demora (Informante 7).

Não, para mim, não, nada mudou. Só que, para mim, eu sinto que não estou em casa para fazer o serviço, trabalhar, coisa que eu quero, tenha um cerca para arrumar, uma parreira para levantar, sempre tem algo para fazer. Aqui eu estou ali, sentado. A gente fica mais doente parece, ainda, o corpo não fica em equilíbrio. Fica muito parado (Informante 3).

Não, grandes diferenças, não tem. Está certo que aqui o cara tem uma vida um pouco limitada porque todo mundo tem que respeitar todo mundo, tem uma disciplina. Em casa também, só que aí tu estás mais à vontade. Essa é a diferença, assim (Informante 9).

Se pensarmos nas masculinidades que estão em tratamento e utilizam as casas de passagem em relação às masculinidades hegemônicas, as primeiras são subalternas, pois aqueles homens não são mais jovens, estão em situação de adoecimento, com poucos recursos financeiros, fora de casa e fora do espaço de rua, do espaço público; além disso, não estão

trabalhando e têm que permanecer em um ambiente com o qual eles não estão familiarizados. As identidades de gênero são reterritorializadas no sentido de que os arranjos se refazem, reproduzindo situações próprias de espaços domésticos familiares, sofrendo adaptações e mantendo alguns aspectos distintos. As mulheres administram a casa e a cozinha, e os homens mantêm o status de provedores. Eles passam o tempo jogando baralho e conversando, enquanto as mulheres se encarregam das refeições.

As casas de passagem compõem um sistema complexo de saúde que conjuga fatores sociais, econômicos, políticos, culturais. As pessoas que necessitam se deslocar para outros locais para realização de tratamento podem ser consideradas como migrantes, segundo Braidotti (2002), como alguém que tem um “itinerário” de deslocamento entre sua terra natal e o outro lugar que o recebe. Seu processo é de recorrer a seus valores de origem, ao mesmo tempo em que tentam se adaptar aos do lugar de acolhida (Guacira Louro, 2004). Durante a permanência nas casas de passagem, múltiplas identidades de homens e mulheres engendram-se, cada qual com histórias e trajetórias de vidas muito variadas. Atores que, em um primeiro momento, são desconhecidos reproduzem hábitos do cotidiano, intrínsecos às suas identidades como sujeitos culturais, carregando seus valores, negociando com outros e construindo modos de convivência e solidariedade.

### **5.1.1 A Sociabilidade Entre os Homens**

As casas de passagem são locais onde as pessoas permanecem para fazer tratamentos de saúde ou acompanhar algum familiar na realização de seu tratamento. As atividades em torno do tratamento são pontuais, são consultas, realização de procedimentos, tais como radioterapia, quimioterapia ou mesmo exames, todos de curta duração se comparados ao tempo livre ou de permanência na casa, à espera do cumprimento das agendas terapêuticas. Portanto, as pessoas permanecem com bastante tempo livre. Os homens, além de terem tempo livre, que se opõe à situação de trabalho, permanecem ‘em casa’, espaço majoritariamente feminino. Sua estada nas casas de passagem altera completamente sua rotina.

[...] é, às vezes, tu vais ao hospital de manhã, tu voltas de tarde, não tem o que fazer (Informante 1).

I: Não, para mim, não, nada mudou, só que, para mim, eu sinto que não estou em casa para fazer o serviço, trabalhar em coisa que eu quero, tenha um cerca para arrumar, uma parreira para levantar, sempre tem algo para fazer. Aqui, eu estou ali, sentado, a gente fica mais doente parece, ainda, o corpo não fica em equilíbrio. Fica muito parado.

P: Para aplicar a quimioterapia, leva quanto tempo mais ou menos?

I: Ah, esses dias foram seis horas e meia; agora, duas horas.

P: E o senhor está fazendo uma vez por dia?

I: Uma vez por dia. Vou fazer quatro dias agora, e depois tem 28 dias de novo, que não, e depois mais uma aplicação. Vamos ver como funcionou esta (Informante 3).

P: Quanto tempo o senhor fica fazendo tratamento no hospital?

I: 30 dias.

P: Quanto tempo por dia?

I: Ali? Uns 15 minutos. É rápido.

P: E depois que o senhor sai do hospital, o que o senhor faz durante o dia?

I: Fico aqui jogando carta e caminhando na rua (Informante 7).

As casas de passagem, além dos objetivos próprios relativos ao seu funcionamento, constituem-se em espaços de relacionamentos, fazendo com que as pessoas se relacionem a fim de organizar o ambiente e o convívio. Este também propicia que novas amizades surjam. “A amizade é uma possibilidade de utilizar o espaço aberto pela perda de vínculos [*tanto sociais quanto*] orgânicos para criar outros vínculos possíveis”. Na fala de um dos Informantes, ele salienta que as casas de passagem são locais que favorecem o surgimento de amizades, ressaltando que são “amigos mesmo”. Essa afirmação permite uma releitura, em que talvez pudéssemos pensar em algo como “amigos de verdade”.

E aqui, você sabe, fiz amizade com todo mundo, amigos mesmo (Informante 1).

A amizade, nas casas de passagem, também se configuram como construção de redes de solidariedade, situações mais complexas de relacionamento que envolvem certo cuidado com o outro, numa via de mão dupla – há momentos em que se recebe ajuda e outros em que se presta ajuda. Como podemos observar nas falas dos Informantes, abaixo, que relatam a situação de amizade nas suas distintas possibilidades, perpassando desde situações de companhia para fazer determinadas coisas, até a prestação de favores devido a limitações orgânicas ou de idade.

Tu vês aqui o que esses homens fazem para a gente. Eu nunca vou conseguir pagar o que eles fazem. Quando a gente precisa, tem alguém para dar a mão (Informante 1).

De noite, fazia a radioterapia e ia a pé até lá em baixo, no Hospital Santa Rita. As últimas noites, às 22h, e depois voltava lá pelas 23h, e vinha a pé, não. Primeira vez, eu e ela [esposa] fomos juntos, depois, por último, fui junto com uns amigos, não precisava pagar táxi (Informante 3).

Vê, se eu preciso de alguma coisa, todo mundo quer ir buscar para mim. Precisava um baralho para jogar aqui, está faltando, é porque eu não posso caminhar, minha deficiência no pé, mas todo mundo vai. São solidários, são solidários, muito, ótimo (Informante 8).

A amizade também é generificada, existindo distinções entre as características de amizade entre mulheres e homens. Culturalmente, a amizade é sempre tomada como algo que só é acessível aos homens ou, pelo menos, a verdadeira amizade só é possível entre homens. As amizades masculinas caracterizam-se por serem menos íntimas e por geralmente não abordarem questões de foro pessoal. No entanto, pactuam modos de relacionamento embasados em lealdade e cumplicidade. Como podemos observar na fala deste Informante, ele afirma que “tomam chimarrão e contamos causo e piada”.

Aqui, você sabe, fiz amizade com todo mundo, amigos mesmo. Eu, às vezes, pego meus amigos, peguei um rapaz hoje, eu sou o mais velho daqui, venho aqui há um ano e meio, e disse “vamos sair”. Demos uma volta por aí, fui lá no gasômetro, mostrei o gasômetro. Ele disse; “Eu não conhecia isto aqui”. Entramos, tem aquelas pessoas que trabalham lá dentro que já me conhecem. Então, nós, homens, aqui, tomamos chimarrão, contamos causo, se conta piada. Então, o Paulo me diz: “Sperotto, tu não paraste de falar, vamos parar e dormir”. Eu fiz amizade com gente que eu nunca tinha visto. Tem gente de municípios aqui da região que, quando chegam aqui, perguntam se o Sperotto não está aí. Já tem uma amizade. (Informante 1).

As amizades também se configuram em via e objetivo de felicidade. São circunstâncias muito valorizadas, como na próxima fala, em que o homem entrevistado considera a saúde e a amizade como “duas coisas principais” que ele almeja. Ele justifica:

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. Tá certo? (Informante 1).

As amizades compõem momentos de encontros e desencontros. Em certos momentos, nos relacionamos com determinadas pessoas devido a várias circunstâncias da vida, tais como escola, trabalho, cursos; em outros momentos, não mais nos veremos. As amizades vão se ‘construindo’ e ‘desconstruindo’, no sentido de que muitas vezes elas deixam de ser marcadas por encontros, por proximidades. Configurando-se em torno de vários significados, elas imprimem marcas e compõem as histórias e as trajetórias de vida de todos nós, inclusive, as dos homens entrevistados, de modos distintos.

## 6 ALGUMAS MARCAS DESTA DISCUSSÃO

“Entre a saudade do passado e os desafios do presente: representações de velhice, saúde e doença entre homens” parte da perspectiva de que as identidades e os corpos são construções culturais, sociais, dinâmicas, em processo contínuo de construção e desconstrução. 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. Não tive a pretensão de ‘descobrir’ a ‘verdade’ (até porque aprendi que existem múltiplas verdades) sobre o motivo pelos quais os homens adoecem e morrem mais do que as mulheres, nem sobre o que é a velhice. 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.

Olhando para trás, uma das situações que saliento esta relacionada aos valores provenientes das construções culturais, aos sentidos e significados atribuídos aos modos de comportamento que organizam as estruturas sociais. Alguns desses valores constituem as identidades e os corpos. Os homens quando perguntados sobre si e sobre a masculinidade este foi um tópico que causou estranheza para alguns homens quando lhes foi solicitado que falassem sobre si. Emergiram associações de identidade com valores, como trabalho, honestidade, coragem e capacidade de administrar, e também a oposição às identidades consideradas femininas. No entanto, novos acontecimentos fazem com que esses valores sejam ressignificados, mas estes não deixam de existir nem de ser referência. Refiro-me a questões relativas ao trabalho e à força, entre outras coisas. As relações entre as pessoas e as situações se alteram, mas alguns valores permanecem.

O envelhecimento como um processo de transição social recente e veloz gera alterações no cotidiano das nossas vidas, individuais e coletivas. A velhice, devido a penetração do discurso biomédico assume algumas representações, associadas às perdas de capacidades fisiológicas e motoras e ao adoecimento. Enquanto que para outros, a velhice representa conquistas, é uma fase nova que deve ser vivida com “genialidade”. Junto com essas transformações, as periodizações

da vida e as diversas possibilidades de vivê-las também se modificam, sendo possível pensar sobre como se gostaria de ser e que espaços se quer ocupar neste tempo futuro que se aproxima.

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 – como as casas de passagens, por exemplo.

As casas de passagens são locais que se configuram como redes de apoio e solidariedade e onde novas relações são construídas, em momentos ímpares de vida. Mesmo este sendo um local por vezes desconhecido, por nunca se ter estado, ou mesmo que já se conheça por se ter estado, provavelmente as pessoas com as quais os quartos serão compartilhados não serão as mesmas, pela alta rotatividade de pessoas, tratamentos, entre outras situações que podem estar acontecendo estes locais (re)produzem relações de gênero e de cuidados.

Este trabalho configurou-se em um processo dinâmico. Gostaria de destacar os movimentos de produção, de interação e convergência de olhares, leituras e trajetórias de vida. Esta experiência inscreve-se na vida de muitas pessoas. O tema escolhido foi instigante, e dele tem-se muito mais para falar e analisar. Para mim, este foi um processo absolutamente novo de enveredar por caminhos nunca antes desbravados. A construção desta dissertação materializa-se em um movimento de ‘descobrir’ muitas coisas, de pensar o impensável, de exercitar outros modos e possibilidades de compreender e contextualizar os processos culturais. Foi uma experiência muito gratificante e importante para mim, na medida em que me (re)configura pessoal e profissionalmente.

Espero que as inquietações que me moveram na vivência destes momentos possam minimamente contribuir para se pensar no processo de saúde, doença e velhice masculinas de modo mais amplo e, de alguma maneira, colaborar com o cuidado em saúde e o cuidado de si, sem a pretensão de dar conta da amplitude das questões envolvidas. O presente certamente tem uma história, não necessariamente feita só de continuidades e evoluções, mas, sobretudo, uma história de transformação de uma série de técnicas de si...

## REFERÊNCIAS

1. ALVARENGA, Luiz Fernando C. “*Flores de plástico não morrem*”. *Educação, saúde e envelhecimento na perspectiva de gênero*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2006.
2. MATTOS, Rubens. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Org). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
3. 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.
4. \_\_\_\_\_. Velhice na contemporaneidade. (13-23) In: PEIXOTO, Clarice (Org). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
5. BEAUVOIR, Simone. *A velhice I. A realidade incômoda*. Tradução de Heloysa de Lima Dantas. São Paulo: Difusão Européia do Livro. 1970.
6. BONAPARTE, Héctor. *Nuevas masculinidades son posibles*. Argentina, 2000.
7. BOSI, Eclea. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 10ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
8. BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. In: *Revista Educação & Realidade, Gênero e Educação*, Porto Alegre, vol.20, n° 2, p. 133-184, jul/dez.1995.
9. BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Departamento do População e Indicadores Sociais. Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Rio de Janeiro. 1999.
10. BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro. 2000.

11. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Indicadores e Dados Básicos – Brasil - 2006*. Indicadores de Mortalidade. Taxa de Mortalidade Infantil. 2006a. Disponível em: < [http://. Saúde.gov.br](http://.Saúde.gov.br)> Acesso em: 03 de abril de 2008.
12. \_\_\_\_\_. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil - 2006*. Indicadores Demográficos. Taxa de Fecundidade Total Brasileiros. 2006b. Disponível em: < [http://. Saúde.gov.br](http://.Saúde.gov.br)> Acesso em: 03 de abril de 2008.
13. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Indicadores e Dados Básicos – Brasil - 2006*. Indicadores Demográficos. Esperança de vida ao nascer. 2006c. Disponível em: < [http://. Saúde.gov.br](http://.Saúde.gov.br)> Acesso em: 03 de abril de 2008.
14. \_\_\_\_\_. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil - 2006*. Indicadores de mortalidade. Mortalidade proporcional por grupo de causas, 2006d. Disponível em: < [http://. Saúde.gov.br](http://.Saúde.gov.br)> Acesso em: 03 de abril de 2008.
15. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Indicadores e Dados Básicos – Brasil - 2006*. Indicadores Demográficos. Proporção de idosos na população. 2006e. Disponível em: < [http://. Saúde.gov.br](http://.Saúde.gov.br)> Acesso em: 03 de abril de 2008.
16. BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Departamento do População e Indicadores Sociais. *Estatísticas do Registro Civil*. Rio de Janeiro. 2006.
17. BRASIL. Lei 10.741 de primeiro de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. In: *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 de outubro de 2003. Disponível
18. BUJES, Maria Isabel E. Bujes. Descaminhos. In: COSTA, Marisa Vorreber (Org). *Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.
19. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana L.; PANISATO, Maria Tereza. Famílias: espaços de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org). *Os novos idosos brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
20. CARVALHO, José Alberto Magno; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.19, nº3, p. 725-733, mai-jun, 2003.
21. CECCHETTO, Fátima Regina. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2004.
22. CECCIM, Ricardo Burg. 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.

23. \_\_\_\_\_. Onde se lê “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde”. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem A. (Org). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERIO DE JANEIRO:ABRASCO, p. 161-181, 2005.
24. \_\_\_\_\_. *Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação e novos contornos e potencialidades à cidadania*. Estudos Universitários, Sorocaba, v.33, n1, jun. 2007.
25. CONNELL, Robert W. Políticas da Masculinidade. *Revista Educação & Realidade*. Gênero e educação. Porto Alegre, vol.20, n°2, p.185 – 206, jul./dez. 1995.
26. \_\_\_\_\_. Masculinidades. UNAM/PUEG, México, 2003.
27. CORAZZA, Sandra M. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. In: COSTA, Marisa Vorreber (Org). *Caminhos Invesigativos I: novos olhares na pesquisa em educação*. – 3ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.
28. COSTA, Marisa Vorreber da. Apresentação. In: COSTA, Marisa Vorreber (Org). *Caminhos investigativos I: novos olhares na pesquisa em educação*.– 3ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.
29. COSTA, Maria Fernanda Lima; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 700 – 701, jun. 2003.
30. COSTA, Roseli Gomes da. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. In: *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, Ano 10, 2/2002.
31. CURRY, Carlos Roberto J. Educação escolar e educação no lar: espaços de uma polêmica. In: *Revista Educação & Sociedade*. Campinas, v. 27, n.96, out /2006.
32. DEBERT, Guita G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. 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.
33. DOLL, Johannes. *Envelhecimento*. Faculdade de Educação/UFRGS, S.A. Estudos da masculinidade homossexual em contextos específicos. Data: 22 de novembro de 2006.
34. DOLL, Johannes; BUAES, Caroline S.; SELMI, Ana Carolina. et. al. Atualização profissional de trabalhadores mais velhos – desafios para uma pedagogia social. In: *1ª Jornada da Associação Nacional de Gerontologia - ANG-RS*, 2003, FAGED/UFRGS, Porto Alegre. Gerontologia: O Estudo de muitas velhices. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003, p.17.

35. Doll, Johannes. Formas de falar sobre os idosos. In: Revés do avesso: política cultura ecumenismo: *Revista do CEPE*, São Paulo. Vol. 14, n. 10 (out. 2005), p. 37-41.
36. DUARTE, Francisco. Envelhecimento normal e patológico. In: PY, Ligia (Org.). *Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro, NAU Editora, 1999.
37. FISCHER, Rosa Maria Bueno. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar (49-70). In: COSTA, Marisa Vorraber (Org). *Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.
38. FISCHER, Rosa Maria Bueno. Escrita acadêmica: arte de assinar o que se lê. (117- 140). In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel E. (Orgs). *Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras*. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2005.
39. FONSECA, Claudia. O abandono da razão: a descolonização dos discursos sobre a infância e a família. In: SOUZA, Edson (Org.). *Psicanálise e colonização: leituras do sintoma social no Brasil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.
40. FOURQUIN, Jean-Claude. Relações entre gerações e processos educativos: transmissões e transformações. *Congresso Internacional Co-Educação de Gerações*. SESC. SP, outubro de 2003.
41. FOUCAULT, Michael. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 18ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2007.
42. \_\_\_\_\_. *História da Sexualidade II: O uso dos prazeres*. In: História da sexualidade. Rio de Janeiro: Graal, v2. 1998.
43. FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Ligia...[et al] (Org.). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.
44. GARCIA, Sandra M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. IN: ARILLHA, Margareth; RIDENTI, Sandra G. Unbehau; MEDRADO, Benedito (Org.) *Homens e Masculinidades: outras palavras*. 1ª ed. São Paulo: ECOS/Editora 34, 1998.
45. GASTALDO, Denise; MCKEEVER, Patrícia. Inestigación cualitativa ¿intrínsecamente ética?. In: Francisco J. Mercado, Dense Gastaldo, Carlos Calderón (compiladores). *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética*. 2002.
46. GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.22, nº 5, p. 901 – 911, maio de 2006.

47. KIMMEL, Michael S. A Produção Simultânea de Masculinidades Hegemônicas e Subalternas. *Revista Horizontes Antropológicos: corpo, doença e saúde*. Porto Alegre, ano 4, n.º.9, 103-117, outubro de 1998.
48. 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.
49. HALL, Stuart. A Centralidade da Cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *Revista Educação & Realidade*. Cultura, mídia e educação, Porto Alegre, vol. 22, n.º 2, 15-46, jul/dez. 1997.
50. \_\_\_\_\_. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva, Guacira Lopes Louro. 10 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
51. HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. Tradução: Eliane Mussnich. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. 333p.
52. 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.
53. LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIED, Sabina Lea Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.º1, p.35 – 46, jan/mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.
54. LOURO, Guacira L. *Um corpo estranho – ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004a.
55. \_\_\_\_\_. Conhecer, pesquisar, escrever...In: *V ANPED Sul – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul*, Curitiba/PR, 2004b, Curitiba. Anais. Curitiba: ANPED Sul, 2004b.
56. \_\_\_\_\_. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva – 2ª ed. 3ª reimpressão – Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
57. \_\_\_\_\_. Sexualidades Contemporâneas: políticas de identidade e pós-identidade. In: Ana Paula; RIOS, Luís Felipe e PARKER, Richad Guy (Orgs). *Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de aids*. UZIEL, Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004c. Seminário “Identidades, Subjetividades e Culturas Sexuais: reconstruindo a sexualidade em tempos de Aids” realizado em 14 e 15 de agosto de 2002.

58. \_\_\_\_\_.Corpo, escola e identidade (59-75). In: *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v.25, n.2, p. 5-224 jul/dez 2000.
59. \_\_\_\_\_. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, RJ. Vozes, 2ª ed. 1998.
60. \_\_\_\_\_. Produzindo sujeitos masculinos e cristãos. In: VEIGA-NETO, Alfredo (Org), [et al]. *Crítica pós-estruturalista e educação*. Porto Alegre: Sulina, 1995.
61. LUPTON, Deborah. Corpos, prazeres e práticas do eu. (15-48). In: *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v.25, n.2, p. 5-224 jul/dez 2000.
62. LUZ, Madel T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. (17- 38). In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS Ruben Araújo (Orgs). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
63. MEYER, Dagmar Estermann. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília (DF), vol. 57, nº 1, 13-8, jan/fev 2004.
64. \_\_\_\_\_. Saúde da Mulher: indagações sobre a produção do gênero. *Revista O Mundo da Saúde*. São Paulo, ano 23, vol.23, nº 2,113-119, mar/abr.1999.
65. MERHY, Emerson Elias. *O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde*. Campinas, abril de 1999.
66. MINAYO, Maria Cecília. DESLANDES, Suely Ferreira e GOMES Romeu (Org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
67. MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002.
68. NUNES, Everardo D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS,Gastão Wagner S.; MERHY, Emerson E.; NUNES, Everardo D. (Org). *Planejamento sem normas*. São Paulo. 2ª ed. Editora HUCITEC, 1994.
69. OLIVEIRA, Dora Lúcia; MEYER, Dagmar E.; SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos; WILLHEMS, Daniela. A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1309-1318, set-out, 2004.
70. 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.

71. PACHECO, Jaime Lisandro. Trabalho e aposentadoria. In: PY, Ligia (Org.). et al. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro, NAU Editora, 2004.
72. PESSINI, Leo; BARCHIFOLTAINE, Christian P. *Problemas atuais de Bioética*. 5ª ed. São Paulo. Loyola, 2000.
73. PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade....(69-84). 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.
74. \_\_\_\_\_. Aposentadoria: retorno ao trabalho e a solidariedade familiar. In: PEIXOTO, Clarice (Org). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: editora FGV, 2004.
75. RAMOS, Anne Carolina. *Cultura infantil e envelhecimento: o que as crianças têm a dizer sobre a velhice? Um estudo com meninos e meninas da periferia de Porto Alegre*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2006.
76. RIO GRANDE DO SUL. *Prá-saber: informações de interesse à saúde*. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação em Saúde. Porto Alegre, RS: CEDIS, 1999.
77. SANCHES, Solange. *Mulher e Trabalho*. Publicação especial do convênio da pesquisa de emprego e desemprego na região metropolitana de Porto Alegre. PED-RMPA. v.2. Porto Alegre, março de 2002.
78. SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: *Revista Educação & Realidade*. Gênero e Educação, Porto Alegre, vol.20, nº 2, p.71-99, jul/dez.1995.
79. SIBILIA, Paula. Biopoder. In: Sibilía, Paula. *O Homem Pós-Orgânico*. Corpo, Subjetividade e tecnologias digitais. RJ: Relume Dumará, 2002.
80. SILVEIRA, Rosa Maria Hessel. A entrevista na pesquisa em educação – uma arena de significados (117-138) In: COSTA, Marisa Vorraber (Org). *Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação*. 2ª ed. RJ: Lamparina editora, 2007a.
81. SIMÕES, Júlio Assis. Homossexualidade masculina e curso da vida: pensando idade e identidades sexuais. In PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio (Org). *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Rio de Janeiro, Garamond Universitária, 2004.
82. \_\_\_\_\_. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública.(25-56) In: PEIXOTO, Clarice (Org). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: editora FGV, 2004.

83. SILVA, Tomaz Tadeu da. *Documentos de Identidade: uma introdução as teorias do currículo*. 2ª ed., 10ª reimpressão. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
84. \_\_\_\_\_. *Teoria Cultural e educação: um vocabulário crítico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
85. \_\_\_\_\_. *O Currículo como Fetiche: a poética e a política do texto curricular*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
86. SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
87. SOUZA, Nádia Geisa Silveira. Representações de corpo-identidade em histórias de vida. In: *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v.25, n.2, p. 5-224 jul/dez 2000.
88. TEIXEIRA, Elizabeth; VALE, Eucléia G.; FERNANDE, Joscélia D. e SORDI, Mara Regina L. de. Enfermagem. In: *A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004*. HADDAD, Ana Estela...[et al]. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
89. UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia 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.
90. VEIGA-NETO, Alfredo. As idades do corpo: (material)idades, (corporal)idades, (ident)idades. In: AZEVEDO, José Clóvis; GENTILI, Pablo; KRUG, Andréa; SIMON, Cátia (Orgs). *Utopia e Democracia na Educação Cidadã*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS/Secretaria Municipal de Educação, 2000.
91. \_\_\_\_\_. Olhares. p.23-38. In: COSTA, Marisa Vorreber (Org). *Caminhos Investigativos I: novos olhares na pesquisa em educação*. 3ª ed. RJ: Lamparina editora, 2007.
92. VENTURI, Gustavo; RECAMÁN Marisol. *Idosos no Brasil - Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC Nacional e SESC São Paulo, 2007. Pesquisa de opinião pública.
93. VICTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN Maria de Nazareth Agra. Corpo, saúde e doença na Antropologia. In: VICTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN Maria de Nazareth Agra (Org.). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. 1ª ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
94. VICTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia.(81- 91). In: STREY, Marlene Neves; CABEDA, Sonia T. Lisboa (Orgs). *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

95. WALDOW, Vera Regina. *O cuidado humano: o regaste necessário*. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Luzzatto, 1999.
96. WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Tomaz Tadeu da Silva (Org.). Stuart Hall, Kathryn Woodward. *Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 7ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
97. WEEKS, Jeffrey. *O Corpo e a sexualidade*. In: LOURO, Guacira Lopes (Org). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva – 2ª ed. 3ª reimpressão – Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

## ANEXO A

**Entre a saudade do passado e os desafios do presente:  
representações de velhice, saúde e doença entre homens.  
Roteiro de Entrevista**

**1 Caracterização do informante**

- 1.1 Qual seu nome?
- 1.2 Quantos anos você tem?
- 1.3 Em que cidade você nasceu?
- 1.4 Em que cidade você mora atualmente?
- 1.5 Qual era a constituição da sua família de origem?
- 1.6 Qual é a constituição da família que você gerou?
- 1.7 Você já morou fora de um contexto familiar?
- 1.8 Com quem você mora atualmente?
- 1.9 Até que série você estudou?
- 1.10 Você trabalha? Você trabalhou, está aposentado ou em licença?
- 1.11 Quais foram as suas ocupações e profissões ao longo da vida? Você trabalha ainda ou não? Pretende voltar a trabalhar?
- 1.12 Você é solteiro, casado, mora junto, separado, divorciado, viúvo?
- 1.13 Se for casado: este é o único casamento?
- 1.14 Tem filhos? Quantos?

**2 Motivo pelo qual ele se encontra na casa de passagem**

- 2.1 Qual o motivo pelo qual você veio para tratamento em Porto Alegre?
- 2.2 Como é para você viver esta situação de adoecimento? E o tratamento? O que você sentiu? Quais as dificuldades?

### **3 Cuidado de si**

- 3.1 Como você vê a doença?
- 3.2 Quando alguém adoecia na sua casa, quem cuidava?
- 3.3 Como era o cuidado na sua família?
- 3.4 Hoje você faz coisas que não fazia antes em relação ao cuidado? O quê?
- 3.5 Como é permanecer em uma casa de passagem? Como é o convívio com as demais pessoas?  
O que você acha do funcionamento da casa de passagem? Quais as diferenças que você percebe, comparando a vida na casa de passagem com a vida na sua casa?
- 3.6 Você gostaria que alguém o acompanhasse aqui na casa de passagem? Quem?

### **4 Masculinidades**

- 4.1 O que você acha que são coisas de homens?
- 4.2 O que você acha que são qualidades masculinas? E defeitos?
- 4.3 E o que mudou com o passar dos anos no jeito de ser homem?
- 4.4 O fato de você ter ficado doente mudou o que na sua vida?
- 4.5 O fato de você estar na casa de passagem faz com que você faça coisas que acha que não são de homem?

### **5 Sociabilidade entre os homens**

- 5.1 Como é o seu convívio com os outros homens que também estão na casa de passagem? Quais são os assuntos das conversas com seus colegas de casa de passagem?
- 5.2 Esta é a primeira vez que você fica em uma casa de passagem?
- 5.3 Como é o dia-a-dia na casa de passagem?
- 5.4 Você vai a algum outro lugar além da casa de passagem?
- 5.5 Como funciona o deslocamento para consultas médicas, realização de exames e hospitais?

5.6 Alguém o acompanha?

5.7 Tem alguém que ajuda a cuidá-lo no caso de você precisar tomar remédios ou não estar se sentindo bem?

5.8 Você se sente cuidado na casa de passagem como se fosse na sua casa ou você se sente como se tivesse que se cuidar, sem ninguém para cuidá-lo ou ajudá-lo?

5.9 Você já ajudou a cuidar de uma outra pessoa na casa de passagem?

## **6 Envelhecimento**

6.1 Quando você era mais jovem, o que você pensava sobre envelhecimento?

6.2 Como você vê o envelhecimento hoje?

6.3 Você percebeu modificações no seu corpo com o passar do tempo?

6.4 Hoje você faz coisas que não fazia anteriormente e/ou deixou de fazer alguma coisa em virtude da idade?

6.5 Quais as dificuldades que você sente com o passar do tempo?

6.6 Quais as vantagens e desvantagens que podem ser atribuídas à terceira idade?

6.7 Quais as marcas que indicam a chegada da terceira idade para você?

## **7 Saúde e adoecimento**

7.1 O que, para você, é ter saúde?

7.2 Em sua opinião, o que você considera como cuidados para saúde?

7.3 O que você faz para cuidar da sua saúde?

7.4 O que você acha que poderia ter feito para cuidar da saúde?

7.5 Quais as dificuldades para cuidar da saúde?

7.6 O que é preciso para estar com saúde?

7.7 O que é, para você, querer viver? E querer se cuidar?

## ANEXO B

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Faculdade de Educação**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação**

***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada *Entre a saudade do passado e os desafios do presente: representações de velhice, saúde e doença entre homens*, que tem como objetivos: conhecer as construções sociais das masculinidades e como essas construções atribuem significados para os processos de velhice, saúde e adoecimento; reunir informações para auxiliar a compreender essas questões; contribuir para a elaboração de políticas e ações em saúde com uma abordagem mais ampla, percebendo outros fatores envolvidos com o cuidado em saúde.

Solicito o seu consentimento informado para sua participação nesta pesquisa. Sua participação será por meio de um diálogo, na forma de entrevista. Salientamos que será uma entrevista informal e que, a qualquer momento, pode ser interrompida para quaisquer esclarecimentos. A participação nesta pesquisa não oferece risco ou prejuízo à sua pessoa. Sua participação é voluntária e pode ser encerrada a qualquer momento, caso você desista de participar deste trabalho.

Os dados colhidos nesta pesquisa e os resultados individuais estarão sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

Após ter sido devidamente informado de todos os aspectos desta pesquisa e ter esclarecido todas as minhas dúvidas; concordo em participar da pesquisa *Fora do ninho: um estranho?*

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Resp. Alessandra Dartora da Silva  
Fone: (51) 32258963

Orientador Prof. Dr. Fernando Seffner  
Fone: (51) 33085389