

# As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos

## Social representations of health and care for elderly men and women

### Susanne Pinheiro Costa e Silva

Doutora em Psicologia. Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco.  
Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Caixa Postal 252, CEP 56304-205, Petrolina, PE, Brasil.  
E-mail: susanne.costa@univasf.edu.br

### Maria Cristina Smith Menandro

Doutora em Psicologia. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento.  
Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Cemuni VI, Campus Universitário de Goiabeiras/UFES, CEP 29075-910, Vitória, ES, Brasil.  
E-mail: crismenandro@uol.com.br

### Resumo

Este estudo objetivou identificar as representações sociais de saúde e cuidados em saúde para homens e mulheres idosos. Participaram da pesquisa 40 pessoas, sendo 20 mulheres e 20 homens com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados foi realizada por meio do teste de associação livre de palavras e entrevista. As representações sociais de saúde e de cuidados em saúde para as mulheres permearam três núcleos de sentido: *a saúde prejudicada e condicionada a cuidados médicos; a saúde tranquila como efeito de disciplina e hábitos saudáveis; e os cuidados (orientados) em saúde*. Assim, a saúde era algo que deveria ser monitorada por profissionais especializados, bem como por cuidados geralmente prescritos e orientados nas consultas. Já os homens representaram os termos em dois núcleos: *a saúde exige cuidados; e a saúde é cuidada através de atividades*. Dessa forma, eles avaliaram que a saúde necessitava de certos cuidados, em especial os alimentares e exercícios físicos, embora não se percebessem necessitados de outros cuidados. Conclui-se que as representações sociais de saúde e de cuidados em saúde diferiram entre os grupos, o que pode indicar que questões de gênero interferem na construção dessas representações. Também é enfatizada a urgência em melhorar as ações educativas que visem à promoção da saúde, com estratégias que minimizem o impacto das ações curativistas nos idosos como um todo.

**Palavras-chave:** Representações Sociais; Saúde; Cuidados em Saúde; Idosos.

## Abstract

This study aimed to identify the social representations of health and healthcare for elderly men and women. There were 40 participants: twenty women and twenty men, aged over 60 years, that performed the Test of Free Association of Words and a semi-structured interview. Social representations of health and healthcare for women permeated three meaning cores: *poor health conditioned to medical care; regular health as the effect of discipline and healthy habits; and health self-care, as oriented by professionals*. Thus, health is something that should be monitored by professionals, as well as selfcare, generally oriented and prescribed in their appointments. As for the men, they represented the words around two cores: *health requires self-care and health is reached through activities*. Thus, it is clear that in their assessment health requires some care, especially food and exercise, although they did not feel in need of extra care. We conclude that the social representations of health and healthcare differ between groups, demonstrating gender issues and highlighting the urgency in improving educational actions aimed at health promotion, with strategies that minimize the impact of curative actions.

**Keywords:** Social Representations; Health; Healthcare; Elderly.

## Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Atualmente, chegar à velhice tornou-se uma realidade mesmo para as pessoas que vivem em países mais pobres, não sendo visto apenas como um privilégio de poucos (Veras e col., 2008). No Brasil, as faixas etárias a partir de 60 anos são as que mais crescem em proporção, sendo esse crescimento acelerado e entre os maiores do mundo (Inouye e col., 2008).

O Censo Demográfico do IBGE (2011) mostrou que a esperança de vida ao nascer e a queda da fecundidade no país têm contribuído para o aumento da população de idosos, que em termos percentuais ascenderam de 9,1% para 11,3% da população total. Por esse motivo, estima-se que em 2025 o país terá a sexta população idosa do planeta. Além do aumento no número absoluto daqueles com 60 anos e mais, atestou-se que a expectativa de vida também cresceu, passando de cerca de 70 anos em 2000 para 73,1 anos em 2010.

A ampliação crescente do número de idosos associada às consequências que podem advir desse processo, como o aumento de doenças crônicas e internações hospitalares, mostram a necessidade de formulação e aprimoramento de políticas preventivas e de promoção da saúde. Na tentativa de melhorar a qualidade de vida desse grupo etário, muitas estratégias têm sido desenvolvidas para promover um envelhecer saudável e ativo, principalmente pelo fato de que em pouco tempo o mundo terá grande parte de sua população formada por idosos (Mendonça e col., 2010; Veras e col., 2008).

Destarte, tem-se como grande desafio, especialmente para os países em desenvolvimento, traçar meios de garantir às pessoas na senescência os seus direitos de saúde e de viver bem, assim como educar os mais jovens e futuros idosos para chegarem à terceira idade em melhores condições do que se tem visto no presente. Como referem Moimaz e colaboradores (2009), além de um trunfo para a humanidade, o envelhecimento traz uma provocação social de estruturação para atendimento das necessidades desse grupo, em todas as suas dimensões.

É válido destacar que importantes avanços no campo da saúde foram conquistados no Brasil, como

a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual o cuidado comunitário do idoso deve apoiar-se na família e na atenção básica (Tahan e Carvalho, 2010). Todavia, Veras e colaboradores (2008) referem que o efeito prático de tais ações ainda não foi sentido.

As discussões acerca do envelhecimento apontam o respeito à diversidade como uma de suas características fundamentais, pois nem todos vivenciam esse processo da mesma maneira, uma vez que se relaciona com uma identificação social peculiar (Fernandes e Garcia, 2010). Assim, a saúde também é algo que varia de acordo com as experiências e condições ao longo da vida de cada um, especialmente para o grupo da terceira idade (Ferretti e col., 2011), influenciando seu modo de agir e pensar.

Sabe-se também que entre homens e mulheres há relações de valor desiguais, principalmente no que concerne ao corpo biológico e seus determinantes (Schraiber e col., 2010). Alguns estudos permitem identificar situações de maior vulnerabilidade de pessoas idosas, que acabam por contribuir com um processo de “feminização da velhice”, que ocorre em função da maior longevidade feminina (Louvison e col., 2008). As idosas representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos, e a expectativa de vida feminina encontra-se em torno de 77 anos, maior que a de idosos, que é de 69,4 anos (IBGE, 2011).

Os homens, especialmente aqueles da terceira idade, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, e também morrem mais do que elas. Além disso, a presença deles nos serviços de atenção primária é menor, como referenciam Gomes e colaboradores (2007). Um dos motivos que podem justificar tal particularidade é a pouca estruturação no atendimento e assistência às demandas específicas do gênero masculino, o que pode ampliar as suas dificuldades na busca pela assistência à saúde, bem como contribui para um menor empenho dos mesmos em manter hábitos de vida saudáveis e adesão a tratamentos nas situações de risco. Essa configuração reflete uma noção de invulnerabilidade, levando-os a buscar serviços de emergência e de atenção especializada em maior proporção, e até mesmo a adoção de poucas práticas

preventivas (Couto e col., 2010; Costa-Júnior e Maia, 2009; Bastos e col., 2011; Nascimento e Gianordoli-Nascimento, 2011).

Vale salientar também que o temor dos homens pela possibilidade do não reconhecimento de sua hombridade atua negativamente nas práticas de cuidados com a própria saúde (Nascimento e col., 2011). Já as mulheres, que utilizam mais os serviços preventivos, apresentam mais doenças crônicas, que, no entanto, mostram-se menos severas (Costa-Júnior e Maia, 2009). Esse perfil pode ser explicado pela busca contínua das mulheres às unidades de saúde para os seus cuidados. A mulher, como cuidadora dos filhos, está mais ligada aos serviços de saúde e interagindo com os profissionais. Assim, ao envelhecer, tende a identificar melhor suas necessidades e utilizar mais esses serviços (Louvison e col., 2008).

De tal modo, tomando-se o gênero como um processo social que constrói diferenças e hierarquias sexuais, delimitando o que concerne ao masculino e ao feminino (Botazzo, 2009), há de se entender que os valores e modos de viver a saúde e a doença encontram-se como eventos bastante distintos para homens e mulheres. Nesse sentido, fica claro que as representações sociais de saúde e dos cuidados para com ela podem variar nos dois grupos, sendo objeto de interesse especial neste estudo.

Representações sociais são definidas como

[...] uma forma de pensamento social, cuja gênese, propriedades e funções devem ser relacionadas com os processos que afetam a vida e a comunicação sociais, com os mecanismos que concorrem para a definição da identidade e a especificidade dos sujeitos [...], assim como a [...] origem das relações que esses grupos mantêm entre si (Jodelet, 2005, p. 50).

Enquanto produto de uma atividade mental, a representação social constitui-se em um universo de opiniões, crenças e conhecimentos a respeito de um objeto com uma significação central. Logo, é a transformação social de uma realidade em algo de conhecimento também social, construída dentro de um processo relacional baseado na comunicação, que remodela a realidade vivenciada por determinado grupo em seu contexto (Anadón e Machado, 2003).

De acordo com Moscovici (2009), as representações sociais não são apenas relativamente difusas

no senso comum e concernem a todos os aspectos da vida de uma minoria, apoiando-se na autoridade da tradição, inclusive nas diferenças entre homens e mulheres. Uma representação varia de acordo com as circunstâncias, e estrutura-se segundo o que podemos e o que devemos mostrar aos outros. Complementando esse sentido, Trindade e Souza (2009) afirmam que nas representações de gênero ainda resistem elementos vinculados aos modelos tradicionais de gênero, que orientam práticas também tradicionais, a depender de como a masculinidade e a feminilidade são construídas socialmente e da apreensão singular dessas construções.

Dessa forma, o modo como as questões de saúde e dos cuidados em saúde são tratados durante toda a vida interferem diferentemente no decorrer do tempo nos dois sexos. Isso reforça a importância de entender o que perpassa o universo masculino e o feminino, especialmente no que se refere à temática aqui proposta, uma vez que acaba por interferir na longevidade e no modo de vida de cada um.

Assim, este trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais de saúde e de cuidados em saúde para homens e mulheres idosos. Essa análise possibilitará a compreensão de como as representações sociais são produzidas e transformadas e como poderão colaborar para o planejamento de ações e estratégias que minimizem a problemática e melhorem a qualidade de vida desses atores sociais no processo de formulação de políticas de saúde para os dois gêneros, em âmbito nacional. Espera-se que, após esse entendimento, os profissionais de saúde que lidam com tais atores sociais possam auxiliar na educação em saúde, contribuindo para a adoção de hábitos de vida que permitam que a longevidade seja vivenciada com qualidade.

## Métodos

Este estudo é parte integrante de uma tese de doutorado com abordagem qualitativa em saúde, a partir do qual foram evidenciadas representações sociais sobre a saúde e os seus cuidados para homens e mulheres idosos.

A pesquisa foi realizada em Petrolina, localizada no Sertão Médio Pernambucano. O município apresentou no ano de 2010 uma população de 293.962

habitantes, crescimento de quase 30% em relação aos dados divulgados no censo anterior.

Participaram do estudo 40 idosos domiciliados em Petrolina, escolhidos aleatoriamente. Desse total, 20 eram homens e 20 mulheres; todos atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado em unidade de saúde municipal, recebendo a visita do agente comunitário de saúde (ACS); anuência em participar do estudo. A seleção foi feita com a ajuda das equipes de saúde, que indicavam os idosos que se enquadravam em tais critérios.

A coleta de dados foi realizada por meio do teste de associação livre de palavras (TALP), por meio do qual os entrevistados evocavam cinco termos para cada um dos estímulos *saúde* e *cuidados em saúde*, justificando as duas primeiras evocações. Foi realizada também entrevista, guiada por tópicos que tratavam da temática. Todo o conteúdo foi gravado em aparelho de áudio e posteriormente transcrito.

As entrevistas foram realizadas no ambiente domiciliar dos participantes, indicados por profissionais de saúde trabalhadores da área adstrita na qual o idoso residia. Os ACS acompanhavam o entrevistador até o domicílio dos idosos selecionados para contato inicial, momento em que os objetivos do estudo eram informados, formalizando-se o convite. A depender da disponibilidade do participante, a entrevista ocorria logo após a conversa inicial ou era agendado novo encontro para aplicação das técnicas de coleta de dados. Durante a sua execução, apenas o participante e o entrevistador permaneciam no ambiente. O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Neste artigo cada participante é identificado por um número ordinal, garantindo o anonimato. É válido destacar que a coleta só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UNIVASF (Protocolo CAAE - 4478.0.000.441-10).

A pesquisa foi realizada no intuito de encontrar possíveis diferenças nas representações, a partir de análise comparativa do material produzido pelos homens e pelas mulheres. Foram identificadas

cem palavras, por grupo, para cada um dos termos indutores provenientes do TALP, analisados pelo software EVOC 2000. Após a análise, tomou-se por base a frequência (f) e a ordem média de evocações (OME) para identificação do núcleo central das representações e construção do quadro de quatro quadrantes (Sá, 2002).

Os discursos foram transcritos e analisados pelo método da análise de conteúdo de Bardin (2004). Em primeiro lugar, os dados foram organizados por meio da leitura flutuante, com posterior exploração do material e codificação, culminando com a formação do núcleo de compreensão dos resultados para o seu tratamento. Os núcleos de compreensão foram analisados, sendo os resultados comparados entre si.

## Resultados e discussão

A média das idades das mulheres entrevistadas foi de 71,8 anos, enquanto os homens eram pouco mais velhos, com média de 73,7 anos. Ambos apresentavam baixa escolaridade: 50% das mulheres nunca haviam estudado e 30% tinham apenas ensino fundamental incompleto, enquanto 70% dos homens apresentavam ensino fundamental incompleto e 30% nunca frequentaram a escola. Todos costumavam tomar a vacina contra gripe ofertada anualmente aos idosos.

Entre as mulheres, 60% viviam sem a presença de companheiro, sendo 40% viúvas. Nenhuma delas trabalhava fora de casa. No grupo dos homens, todos possuíam companheira e 60% deles exerciam atividades laborais. No que tange às doenças crônicas, 90% das mulheres e 40% dos homens participantes autorreferiram ter hipertensão e/ou diabetes. É interessante observar que as mulheres mencionaram menos internações hospitalares nos últimos cinco anos (40%) que os homens (70%), sendo os internamentos do grupo masculino mais ligados às patologias crônicas referidas (50%) do que nas mulheres (10%).

Como destacam Góis e Veras (2010), a morbidade hospitalar em idosos mantém o predomínio das doenças do aparelho circulatório, que podem ser controladas por programas preventivos da atenção primária. Fernandes e colaboradores (2009)

identificaram em seu estudo o predomínio do sexo feminino (61,5%) em atendimento nos serviços de atenção primária, bem como destacaram alto índice de agravos crônicos à saúde dos idosos (hipertensão e diabetes). Também foi descrito pelos autores o diferencial por sexo relativo ao estado conjugal. As mulheres, devido à maior longevidade, acabam ficando viúvas em maior proporção que os homens, e esses, por questões culturais, recasam em maior proporção após a separação ou viuvez, comumente com mulheres mais jovens que possam cuidar deles na velhice.

## Representações sociais de saúde e cuidados em saúde para idosas

Aqui conheceremos as representações sobre saúde e cuidados em saúde para as mulheres idosas que participaram deste estudo. O material da entrevista semiestruturada originou três núcleos de sentido: *a saúde prejudicada e condicionada a cuidados médicos*; *a saúde tranquila como efeito de disciplina e hábitos saudáveis*; e *Cós cuidados (orientados) em saúde*. As palavras evocadas no TALP permitiram a identificação de quatro categorias de análise para o termo *saúde* e cinco para *cuidados em saúde*, apresentadas nos Quadros 1 e 2, estruturados com quatro quadrantes nos quais estão expostos a frequência de evocação (F) de cada categoria e a média das ordens médias dessas evocações (OME).

As categorias de palavras evocadas pelas mulheres idosas a partir dos estímulos indutores apresentados foram organizadas em um sistema de elementos centrais e periféricos. Os elementos contidos no quadrante superior esquerdo de cada um dos Quadros são aqueles mais frequentes e mais prontamente evocados, sendo classificados como núcleo central das representações. Aqueles que se encontram no quadrante inferior direito são menos frequentes e menos imediatos quando da apresentação do estímulo indutor, caracterizando-se como elementos periféricos mais distantes. Nos demais quadrantes, superior direito e inferior esquerdo, situam-se as categorias intermediárias, que mantêm relação direta com o núcleo central, mas não o compõem (Sá, 2002).

**Quadro 1 - Elementos centrais e periféricos das representações de saúde para mulheres idosas a partir da frequência e da média de evocações**

F ≥ 25	OME < 2,97			OME ≥ 2,97		
	Categoria	F	OME	Categoria	F	OME
	<b>Cuidados médicos</b>	32	2,87	Disciplina	28	3,42
F < 25	Tranquilidade	20	2,9			
	Hábitos saudáveis	20	2,7			

**Quadro 2 - Elementos centrais e periféricos das representações de cuidados em saúde para mulheres idosas a partir da frequência e da média de evocações**

F ≥ 20	OME < 3,05			OME ≥ 3,05		
	Categoria	F	OME	Categoria	F	OME
	<b>Cuidados médicos-hospitalares</b>	30	2,8	Disciplina	28	3,42
	<b>Alimentação</b>	20	2,9			
F < 20	Sono e repouso	18	2,44	Exercícios físicos	16	4,12
	Higiene	16	3			

**A saúde prejudicada e condicionada a cuidados médicos**

As representações sociais de saúde reveladas nas entrevistas demonstraram que as idosas representaram o termo como sendo principalmente a ausência de doenças e limitações, como acontecia anteriormente na velhice. Muitas delas, devido às dificuldades enfrentadas, descreveram saúde como algo que ficou no passado, pois as condições crônicas as impediam de ter uma vida normal e, consequentemente, com saúde.

*Saúde é não sentir nada, não sentir dor. É dormir bem, que eu não durmo bem; é ser uma pessoa saudável, poder andar, comer tudo. E nada disso eu posso fazer* (Sra. 11).

*É tomar remédio e ficar boa; é não sentir nada, não ter doença nenhuma* (Sra. 10).

Devido a esse olhar baseado no alívio de sintomas percebidos, depreende-se que para as participantes saúde encontrava-se centralizada na ideia de que cuidados médicos eram necessários para que a saúde pudesse acontecer quando da chegada da terceira idade (Quadro 1). A categoria cuidados médicos também trouxe à tona a verbalização de que a velhice acarretou problemas de saúde, e que medidas espe-

cíficas por parte de quem trabalha na área passam a ser mais que necessárias, o que indica que, segundo suas representações, a saúde na terceira idade é problemática. O contato com profissionais de saúde ao longo da vida levou à mulher idosa a mitificar o acompanhamento por especialistas, acreditando que assim os problemas decorrentes do envelhecimento poderiam ser minimizados e a saúde monitorada:

*O médico é importante, principalmente porque ele passa exames, que é importante também, passa o remédio...* (Sra. 15).

*Pra gente conservar a saúde tem que sempre procurar o médico...* (Sra. 20).

Como consequência dos avanços científicos e novas tecnologias disponíveis, que influenciaram no aumento da longevidade, as necessidades de certo monitoramento da saúde apareceram enraizadas nas representações das idosas. Neri (2001) chama atenção para o fato de a velhice ser considerada como patológica pelas pessoas, já que muitas áreas do conhecimento, entre as quais a biologia, caracterizaram essa etapa da vida pela ocorrência de doenças típicas. No entanto, a autora cita que as incapacidades funcionais não são fatores universais na velhice, o que demonstra que é possível a

manutenção da saúde a partir de hábitos salútares no decorrer da vida.

Faz-se necessário destacar que, embora interpretassem a sua saúde como algo ruim que inspirava cuidados por parte de uma equipe multiprofissional, as entrevistadas referiram que a busca pelos serviços de saúde ocorria principalmente no momento do adoecimento. Segundo Fernandes e colaboradores (2009), a dor, sendo limitante e considerada um sério problema de saúde em idosos, acaba diminuindo sua capacidade funcional e seu bem-estar. E já que as atividades de vida diárias refletem a autonomia, recorriam aos cuidados médicos na tentativa de permanecerem ativos. Nesse sentido, as idosas informaram procurar o serviço de saúde somente em último caso, sendo o acompanhamento preventivo pouco praticado.

*Eu procuro quando estou doente. Quando não estou, não vou pra canto nenhum. Vou me consultar aí e fazer os exames que ele passar, porque é tudo difícil lá no postinho (Sra. 02).*

*Eu só procuro quando estou muito doente, quando estou atacada... Eu não gosto de médico, só vou porque é o jeito, porque eu nunca sou atendida [...], nunca resolvem, eu nunca consigo (Sra. 04).*

Bastos e colaboradores (2011) relatam que os serviços de saúde mostram-se centrados em atendimentos individuais, valorizando a assistência médica em consultas rápidas, que são uma pronta resposta aos problemas agudos. É necessário implementar medidas que visem melhorar a captação da atenção primária, bem como a qualidade do atendimento prestado à população. Ressalta-se que, a partir daí, poderá haver a valorização de práticas que evitem a instalação ou o agravamento de doenças, especialmente nesse grupo, composto por mulheres com baixa escolaridade e que possuíam um conhecimento baseado no senso comum, que muito valoriza o saber médico, mas pouco o pratica.

Convém salientar que o envelhecimento rápido da população e as extremas desigualdades brasileiras demonstram que haverá necessidade de uma maior demanda por profissionais capacitados para trabalhar com essa população, tão peculiar em suas necessidades (Lima e Bueno, 2009). É necessário adaptar-se a essa nova realidade, que tende a crescer,

para que assim as condições de vida e cuidados em saúde possam ser mais valorizadas e os pacientes idosos, melhor atendidos.

### **A saúde tranquila como efeito de disciplina e hábitos saudáveis**

Os núcleos intermediários *disciplina, tranquilidade e hábitos saudáveis* (Quadro 1) reafirmaram a noção de sua relação permanente com o núcleo central, embasando-o e demonstrando que, para as participantes idosas, a saúde deveria ser mantida por meio de atos e ações constantes, garantindo que na velhice problemas decorrentes de toda a vida não acontecessem.

É importante destacar que o envelhecimento não acarreta doenças. No entanto, há necessidade da disciplina e hábitos saudáveis ao longo da vida, como referido pelas idosas, que devem ser encarados com tranquilidade, podendo resultar em saúde e longevidade. Demonstrou-se, assim, a consciência de responsabilidade individual delas para uma velhice saudável a partir do que foi prescrito ou orientado, como pode ser percebido nos trechos a seguir:

*A pessoa tem que se orientar, tem que ter disciplina com as coisas passadas pelo médico. Quem tem disciplina, tem saúde e tranquilidade pra fazer tudo (Sra. 16).*

*Tem que se alimentar direito, porque sem alimentação boa, não pode sobreviver... E tem que ter higiene, porque senão provoca todos os tipos de doença (Sra. 02).*

É comum a preocupação de mulheres com mais de 60 anos com temas que se referem à alimentação, principalmente pela influência desta no estado de saúde, como colocam Vilarino e Lopes (2008). As pessoas têm responsabilidade no processo de ter ou não saúde, o que varia de acordo com comportamentos e hábitos de higiene. Isto posto, as participantes deste estudo acreditavam que a saúde poderia ser resultado da obediência às orientações médicas de alimentação, repouso, higiene e outras ações, buscando na terceira idade disciplinar-se dos excessos cometidos ao longo da vida. Assim, afirmaram que buscavam manter hábitos saudáveis quando orientadas pelo médico, talvez pela falta de conhecimento sobre o assunto, visto a baixa escolaridade delas.

*Eu não tenho uma vida mais saudável porque já estou doente. Mas eu me trato, vou ao médico, tomo os remédios, faço a dieta direitinho que o doutor passou. Mas Deus ainda não quis que eu ficasse boa* (Sra. 10).

*Poderia ser melhor, mais saudável, mas eu tenho sim. Eu procuro estar sempre num ambiente limpo, eu passeio, não como nada que me ofenda. Isso é o principal. Eu tento fazer as coisas que o médico passa* (Sra. 08).

Nota-se, portanto, que a saúde parece estar intimamente ligada com a prescrição e a medicalização, assim como com a abdição de alimentos que podem causar danos à saúde, quando da velhice, transparecendo o modelo de atenção, que ainda vigora em muitas localidades, centrado no curativismo. Mesmo assim, cabe ressaltar que essas mulheres, na ocasião do surgimento de doenças, ainda buscavam mais facilmente os serviços e tentavam também fazer das orientações uma prática, o que igualmente foi verificado por outros estudos (Louvison e col., 2008; Lima e Bueno, 2009).

É importante destacar que não há uma “receita médica” que possa afastar os malefícios com a chegada da velhice. É necessário disciplinar-se no decorrer da vida, e mesmo que o acompanhamento especializado traga inúmeros benefícios, por si só não consegue evitar as consequências de toda uma existência. É preciso cuidar-se, e essas mulheres, embora com inúmeras dificuldades, tentavam manter as orientações passadas pelos profissionais de saúde, ainda que aparentemente não tivessem a noção da importância de prevenir doenças através do acompanhamento rotineiro, sendo mais valorizada a prática médico-curativista, que cura ou controla patologias já instaladas.

### **Os cuidados (orientados) em saúde**

No que tange aos *cuidados em saúde*, encontrou-se como núcleo central os *cuidados médico-hospitalares e alimentação* (Quadro 2). Note-se que saúde e cuidados em saúde encontravam-se intimamente relacionados, como se a primeira dependesse da segunda. Para as participantes desta pesquisa, a saúde era algo que inspirava cuidados e, por isso mesmo, muitas vezes tornava-se necessário buscar um profissional capacitado ou mesmo recursos especiali-

zados, como exames complexos e hospitalizações. Assim, tem-se que os cuidados em saúde deveriam, em primeiro lugar, guiar-se pelo saber médico-científico, incluindo os hábitos alimentares, podendo-se inferir que essas mulheres tentavam, na medida do possível, seguir aquilo que lhes foi orientado quando da busca pelo profissional, especialmente devido às patologias referidas, que restringiam o consumo de muitos alimentos utilizados em seu cotidiano. Os recortes a seguir exemplificam esse achado:

*É porque o médico é quem socorre, quem dá o remédio pra pessoa ficar boa, quem manda a gente pro hospital quando tá mais complicado a saúde. Aí tem que fazer mesmo o que ele diz* (Sra. 19).

*A alimentação lhe nutre e lhe dá as necessidades físicas básicas para você ter saúde e poder viver; e tem que ter controle por causa das taxas* (Sra. 11).

Percebe-se que a preocupação com os cuidados em saúde, mesmo para as mulheres, que geralmente estão mais atentas a essas questões, surgiu junto com os problemas que vieram com a velhice, como se essa fase as fizesse despertar para o assunto. Talvez este seja um dos pontos que fazem a terceira idade ser vista como contraproducente para muitos, como encontrado no estudo de Cunha e colaboradores (2004). Segundo as autoras, os valores associados à velhice levam em consideração, muitas vezes, apenas o aspecto funcional do corpo humano, com associações negativas de limitações e perdas.

Após análise minuciosa dos relatos das entrevistadas, observou-se que cuidar da saúde para elas significava também adotar cautelas sugeridas quando das consultas realizadas para tratamento de doenças que porventura estivessem instaladas. Esses cuidados orientados permitiriam que vivessem melhor, com um pouco de qualidade de vida, visto suas condições socioeconômicas. Realizando os cuidados em saúde, as idosas acreditavam também que aumentavam sua longevidade, como pode ser visto nos trechos seguintes:

*Cuidar é alimentação, tomar remédio... O médico passou pra mim tudo isso, e eu cortei um bocado de coisa, pra ver se eu fico boa e vivo mais um bocado de tempo* (Sra. 09).

*Tem que se consultar todo ano, que é pra livrar de doença, dessas doenças que vivem no mundo, fazer*

*tudo direitinho que ele diz a gente que é pra ver se eu tenho mais uns dias de vida (Sra. 15).*

Os elementos intermediários e periféricos, categorizados como *sono e repouso, higiene e exercícios físicos*, pareciam estar mais a cargo da responsabilidade individual de cada uma delas. Era a forma mais próxima que encontraram para cuidarem e zelarem por sua saúde, mantendo-se ativas como antes, sendo estes cuidados também orientados pelo médico. Sono e repouso foram avaliados como importantes por evitar a fadiga e mesmo o aparecimento de doenças, já que muitos idosos não conseguiam dormir bem, o que também os tornava vulneráveis, interferindo inclusive na sua qualidade de vida.

*Quando a pessoa descansa, tem como cuidar de si fisicamente, cuidar espiritualmente, psicologicamente... Porque é o todo da pessoa que envolve, e você só tem saúde se esse todo seu estiver bem (Sra. 01).*

*Higiene é uma coisa bastante necessária, a gente tem que ter em tudo: com a gente e com a casa e as coisas todas (Sra. 12).*

É importante destacar que qualidade de vida não significa apenas ausência de doença, mas engloba uma visão mais ampla, que consiste em conforto, bem-estar, boas condições de vida e, principalmente, a manutenção das atividades laborais e de lazer. Como citado anteriormente, as participantes eram, em sua grande maioria, responsáveis pelas tarefas do seu próprio lar, mantendo a higiene e a organização do ambiente, tendo estado por toda a existência em função dos cuidados com os filhos e a casa. Por isso a higiene ser tão representativa (Lima e Bueno, 2009).

No que concerne aos exercícios, observa-se que estiveram na periferia mais distante, o que pode ser

explicado pela pouca prática de atividades físicas pelas mulheres. Esses dados vão ao encontro de outros estudos, que observaram que as mulheres pouco se exercitavam, preocupando-se mais com suas atividades costumeiras, como tarefas domésticas, costuras, leitura de livros, trabalhos voluntários e outras (Ribeiro e col., 2009). Assim, a manutenção da qualidade de vida implícita nessas categorias demonstrou a sua interação com o núcleo central: foi através dos cuidados médico-hospitalares que o viver bem pode acontecer de fato.

A compreensão dos cuidados em saúde pelas mulheres que participaram deste estudo permitiu observar que eles parecem ser pouco praticados, embora a escolaridade e as condições socioeconômicas desfavoráveis parecessem interferir na percepção dos muitos cuidados em saúde que precisam ser exercitados durante toda a vida. Ainda que relatassem realizá-los, esses cuidados pareceram pontuais, e somente postos em prática após o surgimento de patologias, que traziam restrições e muitas orientações médicas.

## Representações sociais de saúde e cuidados em saúde para idosos

Nesta seção dialogaremos com as representações de saúde e os cuidados em saúde para os homens idosos participantes. Assim, as palavras evocadas no TALP permitiram a identificação de quatro categorias de análise para cada um dos termos *saúde* e *cuidados em saúde*, apresentadas nos Quadros 3 e 4. Como na análise anterior, essas categorias foram analisadas conjuntamente com os núcleos de sentido das entrevistas: *a saúde exige cuidados* e *a saúde é cuidada através de atividades*.

**Quadro 3 - Elementos centrais e periféricos das representações de saúde para homens idosos a partir da frequência e da média de evocações**

F ≥ 25	OME < 3			OME ≥ 3		
	Categoria	F	OME	Categoria	F	OME
	<b>Cuidados gerais</b>	28	2,85	Viver bem	28	3,5
F < 25	Equipe de saúde	24	2,25	Tratamento medicamentoso	20	3,4

**Quadro 4 - Elementos centrais e periféricos das representações de saúde para homens idosos a partir da frequência e da média de evocações.**

F ≥ 25	OME < 2,96			OME ≥ 2,96		
	Categoria	F	OME	Categoria	F	OME
F < 25	Cuidados alimentares	34	2,94	Descanso	26	3,01
				Tratamento médico	26	3,07
F < 25	Vida ativa	14	2,71			

### A saúde exige cuidados

O núcleo central identificado para o termo *saúde* pelos homens idosos (Quadro 3) revelou que os mesmos construíram a ideia de que a saúde era algo que necessitava ser mantida por cuidados gerais, em especial alimentação e exercícios para o corpo. Essa categoria refletiu a preocupação deles em manter hábitos saudáveis ligados ao consumo de alimentos menos calóricos e gordurosos. Além disso, evidenciou uma realidade encontrada também em outros estudos (Lima e Bueno, 2009; Martins C. R. M. e col., 2009; Nascimento e col., 2011), que demonstraram que com o avançar da idade os homens, que geralmente não se ligam às questões de saúde, passam a adotar práticas que tentem minimizar os efeitos de uma vida sem muitas regras no que concerne ao assunto.

De acordo com Lima e Bueno (2009), com o passar dos anos, envelhecer se traduz em preocupação, o que torna as pessoas mais vulneráveis aos transtornos de saúde, com consequente cuidado em vários aspectos. Assim como para os participantes do estudo de Nascimento e colaboradores (2011), cuidar da saúde tinha como foco principal melhorar a alimentação. É interessante notar que durante as entrevistas percebeu-se essa preocupação nos relatos dos homens para a representação de saúde. Os mesmos significaram-na como algo que requeria cuidados simples constantes após a terceira idade, dentre eles os alimentares, para evitar que doenças decorrentes “da idade” se instalassem. Observa-se que o núcleo central encontrado para cuidados em saúde (Quadro 4) também se referia aos hábitos alimentares, sendo esse o fator mais importante quando se falava em cuidar para eles.

*Saúde é a pessoa procurar viver bem, sem exagerar, se alimentar bem e na hora certa (Sr. 18).*

*É tudo, é você se alimentar nos limites, evitando o que não deve. A gente tem que se alimentar menos e ter cuidado, que as alimentações estão todas erradas (Sr. 05).*

Outro fator significativo é que a mortalidade de homens idosos relaciona-se diretamente com os fatores comportamentais ligados ao gênero, dentre eles os alimentares (Virtuoso e col., 2010). Somam-se a isso as restrições impostas pela hipertensão e diabetes, diagnosticadas em alguns participantes, que exigiam a incorporação de novos hábitos de saúde dia a dia. Esse parece ser um fator positivo do envelhecimento: novas atividades e hábitos são adicionados à rotina, auxiliando no cuidado com a saúde (Wachelke e col., 2008).

Os elementos *cuidados gerais* e *cuidados alimentares*, encontrados nos núcleos centrais tanto de saúde como de cuidados em saúde, são apoiados pelos núcleos intermediários descritos no Quadro 3, que retratam as diferenças das representações de homens e mulheres a respeito desses objetos sociais. Os idosos do sexo masculino incluíram também a saúde como algo que tinha relação direta com o bem-estar, sendo isso resultante não apenas da ausência de doenças, como visto nas representações das mulheres idosas, mas também da busca por uma velhice ativa e em boas condições de vida, que igualmente merecia o *descanso* imposto pelo cansaço do dia a dia. Apoiando essa ideia, Pereira e colaboradores (2011) defendem que o bem-estar ou qualidade de vida de cada pessoa vincula-se às perspectivas de um envelhecer ativo, que ocorre diferentemente para cada contexto no qual se está inserido.

Da mesma forma, os idosos consideraram importante a *consulta médica*, que resultava em *tratamento* prescrito para as anormalidades referidas. Mas, como encontrado em outro estudo

(Virtuoso e col., 2010), a busca pelo profissional da saúde só acontecia no momento do desconforto gerado por algum sintoma ou patologia já instalada. Nenhum dos homens participantes desta pesquisa referiu buscar os serviços de saúde para exames preventivos ou acompanhamento regular de doenças diagnosticadas, demonstrando mais uma vez que a promoção à saúde encontra-se aquém do que é determinado pelas autoridades no assunto.

*Quando eu, às vezes, tô me achando prejudicado, aí eu vou procurar o médico, que é muito importante pra gente procurar a saúde (Sr. 10).*

*Eu procuro obedecer os mandados do médico, obedecer as consultas, porque quando você tá doente, tem que ir mesmo, e tem que obedecer o que ele diz, pra se prevenir do pior (Sr. 7).*

Observa-se pelos discursos que a prevenção está vinculada a manter-se vivo e capaz de realizar suas atividades costumeiras, impedindo apenas a instalação de complicações decorrentes de patologias. Como os cuidados com a saúde só eram tomados tardiamente, já que durante toda a vida esse era um assunto que não os preocupava, parecia haver entre eles uma ideia geral de que a velhice traria doenças características, as quais seriam inevitáveis. Se essas fossem controladas e não trouxessem limitações que os impedissem de viver bem, não haveria, então, maiores problemas.

Esse pressuposto ancora-se na teoria do senso comum orientada pela tradição de gênero de que os homens aprendem a adotar comportamentos e maus hábitos de saúde, aumentando conseqüentemente a probabilidade de desenvolverem enfermidades no decorrer da vida, já que algumas condutas de risco são expressivamente definidas como masculinas e atestam sua virilidade (Sabo, 2000). Não obstante, é importante destacar que essa fase trouxe a esses homens a preocupação em modificar alguns hábitos, apesar de, em muitos casos, essa postura não surtir o efeito desejado.

Diferentemente das mulheres, os homens idosos informaram não buscar regularmente o serviço de saúde por um único motivo: não se sentiam doentes, logo, não necessitavam de atenção profissional. Essa é uma característica bastante marcada no imaginário social, e radicalizada: os homens não cuidam

da saúde e não buscam regularmente os serviços, apenas em situações limítrofes (Toneli e Müller, 2011). O discurso dos entrevistados demonstra essa ideia, descrita adiante:

*Eu não procuro o médico porque é difícil eu adoecer; eu vim ter doença agora. Então, não precisa ficar lá direto não (Sr. 16).*

*A minha saúde é boa, eu não preciso muito de médico, não. Mas, quando adoço, eu vou pra fazer a consulta e tomar os remédios que ele passa (Sr. 3).*

Louvison e colaboradores (2008) encontraram dados semelhantes, os quais foram associados a duas explicações: em primeiro lugar, à baixa escolaridade, que dificulta a percepção de problemas relacionados à saúde; e em segundo, à maior dificuldade dos homens admitirem condições crônicas, já que é assim que se apresentam as patologias no idoso (Fernandes e col., 2009). Contudo, por acreditarem que estavam saudáveis e livres de doenças, muitas vezes os cuidados à saúde eram esquecidos ou relegados ao segundo plano, sendo importante manter uma vigilância constante. Somente assim a qualidade de vida ou bem-estar poderia ser mantida.

### **A saúde é cuidada através de atividades**

Também os exercícios físicos fizeram parte do núcleo central de saúde, na categoria cuidados gerais, reafirmada nos *cuidados em saúde* descritos como *vida ativa*, estando este como um núcleo intermediário. Compreende-se que os homens busquem muito mais a realização de atividades que envolvem o físico do que as mulheres. Uma das hipóteses para explicar essa questão trata da necessidade de autonomia masculina, baseada nos pressupostos de velhice ativa e saudável, na qual o homem, ao envelhecer, deve permanecer com as suas funções e atividades preservadas, como atestado da própria masculinidade, o que denota que a velhice afeta diferentemente homens e mulheres (Fernandes e Garcia, 2010).

Discute-se bastante no meio científico a importância do idoso estar em atividade, fazendo esportes e buscando diversão, a fim de evitar o isolamento e o desuso do seu corpo que podem acarretar problemas à saúde. O idoso ativo demonstra, inclusive, cuidar mais da sua própria saúde e bem-estar (Martins C. R. M. e col., 2009). A busca pela qualidade de

vida parece, assim, extrapolar as classes sociais e culturais, sendo percebida na velhice como competência adaptativa, influenciando até mesmo no comportamento humano relativo ao cuidado consigo mesmo. A seguir, trechos que relatam a importância do exercício físico, ditada pelos participantes desta pesquisa como própria dos cuidados em saúde:

*É fazer exercício pra se cuidar e ficar sempre saudável e não deixar cair, não deixar as doenças de quando a gente fica velho chegar* (Sr. 05).

*Se você faz exercício, você vai ter um corpo à frente daquele que não faz. Se você não se exercita fica parado, e parado sabe que vem a doença, enferruja!* (Sr. 14).

Assim sendo, evidencia-se que devido às complicações originadas pela instalação de patologias, que podem levar inclusive à hospitalização, os cuidados realizados através da atividade física foram expostos como desempenhados frequentemente, evitando complicações à saúde e impedimentos à rotina. Foi notável que essas atividades eram realizadas para suprir a necessidade de se manterem ativos, ficando evidente que essa prática ocorria para tal fim, e que, por consequência, acabava auxiliando a saúde – apesar disso não ser a causa dessa prática, como encontrado também por Costa-Júnior e Maia (2009).

A independência na realização das atividades, incluindo as físicas, também pode refletir a percepção de saúde para os homens (Fernandes e col., 2009; Martins C. R. M. e col., 2009): ao praticarem atividades físicas, consideravam-se com boa performance, o que implicava num bom estado de saúde. Dessa forma, a saúde necessitava de cuidados, mas ao praticarem essas atividades, sentiam-se saudáveis e aptos para continuar a viver plenamente. Além disso, houve uma associação notável referente ao trabalho como uma forma de exercitar o corpo, sendo a atividade laboral compreendida como algo que atuava diretamente na saúde por promover o movimento e o contato com outras pessoas, evitando que o idoso adoecesse. Os relatos a seguir auxiliam nesta compreensão:

*Graças à Deus, eu trabalho. Toda vida trabalhei, desde rapazinho estou na luta [...]. E, na luta de sempre é a melhor maneira da gente evitar doença, porque tá ali lutando o dia todo, vendo gente, mexendo o corpo* (Sr. 01).

*Eu tenho saúde porque trabalho muito na enxada, na foice e no machado. Assim, você faz física o dia todinho* (Sr. 20).

Descrevem Martins J. J. e colaboradores (2009) que quando o idoso tem autonomia e independência, desempenhando seu papel social por permanecer ativo, a sua qualidade de vida pode ser muito boa, ou pelo menos, preservada. Talvez essa seja a melhor explicação para que o trabalho profissional que exigia movimento tenha se configurado como uma atividade direcionada ao cuidado em saúde. Trabalhar permitia que esses homens se sentissem saudáveis e ativos, aptos a enfrentar os problemas que pudessem incidir em decorrência de toda uma vida em que a preocupação consigo mesmos e com sua saúde pareciam não acontecer, pelos mais diversos fatores, mantendo assim o valor social do homem, atribuído ao trabalho.

## Conclusões

Os estudos de representações sociais permitem uma nova forma de olhar, entender e interpretar fenômenos sociais, ajudando a compreender porque as pessoas fazem o que fazem. Os dados encontrados permitiram a verificação de que saúde e os seus cuidados diferem para homens e mulheres, o que indica a influência de gênero na construção dessas representações. Tradicionalmente as mulheres foram designadas como responsáveis por cuidar e manter o zelo pela saúde de toda a família, inclusive dos homens. De outro lado, os homens aprenderam que deveriam deixar de lado muitos hábitos saudáveis, bem como a preocupação com a saúde, a fim de manter sua masculinidade, dedicando-se ao provimento do lar através do trabalho.

Os padrões de gênero construídos ao longo da vida dos idosos influenciam diretamente seu modo de agir no que tange à saúde. As práticas adotadas durante toda a vida passam a ser revistas quando a velhice chega, e, com ela, alguns problemas de saúde. Esse contexto influencia diretamente na sua relação com a saúde e seus cuidados. Estes, por sua vez, surgem nas representações de saúde como sendo realizados tardiamente, quando da instalação de doenças, sob a responsabilidade de outrem.

As mulheres representaram a saúde e seus cuidados como algo medicalizado, que necessitava de acompanhamento curativo, sendo a prevenção relegada a segundo plano. Estão ancoradas na ideia de que a velhice traz consigo problemas de saúde e que é necessário conviver com eles, podendo os mesmos ser tratados. Objetivaram a figura do médico como alguém capaz de devolver-lhes a saúde quando as complicações aparecem, e, embora mais adeptas aos cuidados com a saúde que os homens, preferem remediar a prevenir.

Os homens, por sua vez, pareceram menos informados sobre a sua saúde. As representações sociais mostraram que ela já carecia de cuidados, especificamente os alimentares e do movimento do corpo. Mesmo assim, evitam buscar profissionais de saúde porque dizem não se encontrarem doentes. As representações ancoram-se na ideia de que enquanto há manutenção das atividades normais a saúde e qualidade de vida são mantidas, objetivando a figura do homem trabalhador como alguém saudável e que não necessitava de maiores cuidados.

Diante desses resultados, percebe-se que os idosos como um todo carecem de atenção especial pelos serviços de saúde. Não basta viver mais, é preciso que todas as etapas da vida sejam vividas com qualidade, cuidando-se da saúde desde o princípio, evitando assim que a velhice seja patológica e limitante. Ressalta-se a necessidade da educação em saúde voltada não somente para a terceira idade, mas também para os mais jovens, como forma de evitar as complicações que se tem visto nos idosos atuais. Somente assim um envelhecer ativo passará de utopia à realidade.

## Referências

ANADÓN, M.; MACHADO, P. B. *Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais*. Salvador: UNEB, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BASTOS, G. A. N. et al. Utilização dos serviços médicos no sistema público de saúde no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 475-484, 2011.

BOTAZZO, C. Gênero, gêneros: onde se encontram mulheres e homens? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1012-1014, 2009.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

CUNHA, A. C. H.; EULÁLIO, M. C.; BRITO, S. M. O. O corpo e suas representações, construídas por mulheres idosas. In: FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R.; DOMINGOS SOBRINHO, M. *Representações sociais e saúde: construindo novos diálogos*. Campina Grande: EdUEP, 2004. p. 79-109.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R. P.; SILVA, M. R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 565-572, 2011.

FERNANDES, M. G. M. et al. Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 13, n. 2, p. 13-20, 2009.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, L. G. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 771-783, 2010.

GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?: as explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2859-2869, 2007.

- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 abr. 2011.
- INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. L. Octogenários e cuidadores: perfil sócio demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-357, 2008.
- JODELET, D. *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.
- LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 5, n. 24, p. 189-194, 2008.
- MARTINS, C. R. M.; CAMARGO, B. V.; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, Bogotá, v. 8, n. 3, p. 831-847, 2009.
- MARTINS, J. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 265-271, 2009.
- MENDONÇA, A. P.; SUASSONI, C. E.; ZANNI, K. P. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 99-115, 2010.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 361-375, 2009.
- MOSCOVICI, S. Preconceito e representações sociais. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Org.). *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília, DF: Thesaurus, 2009. p. 17-34.
- NASCIMENTO, A. R. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A utilização dos serviços de saúde pelos homens: frequências e motivos. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM, 2011. p. 171-186.
- NASCIMENTO, A. R. A. et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, 2011.
- NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A. L. (Org.). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papyrus, 2001. p. 11-52.
- PEREIRA, K. C. R.; ALVAREZ, A. M.; TYRAEBERT, J. L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-95, 2011.
- RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 3, p. 501-509, 2009.
- SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- SABO, D. *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género*. Cambridge: OPAS, 2000. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/dbi/poo4.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2011.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.
- TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010.

TONELI, M. J. F.; MÜLLER, R. C. F. Zonas de convergência entre saúde masculinidade em favor de uma política feminista de desintensificação dos (bio)homens com o sujeito universal. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM, 2011. p. 57-78.

TRINDADE, Z. A.; SOUZA, L. G. S. Gênero e escola: reflexões sobre representações sociais e práticas escolares. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Org.). *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília, DF: Thesaurus, 2009. p. 225-244.

VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, 2008.

VILARINO, M. A. M.; LOPES, M. J. M. Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 63-77, 2008.

VIRTUOSO, J. F. et al. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 215-223, 2010.

WACHELKE, J. F. R. et al. Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 13, n. 2, p. 107-116, 2008.

Recebido em: 14/08/2012

Reapresentado em: 05/07/2013

Aprovado em: 26/09/2013