

Annunciata Bonini Pinto Vieira

**A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE:  
LAZER E QUALIDADE DE VIDA  
NA TRAJETÓRIA DE HOMENS INFARTADOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA EICOS – ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE  
COMUNIDADE E ECOLOGIA SOCIAL  
DOUTORADO EM PSICOSSOCIOLOGIA DE COMUNIDADES E  
ECOLOGIA SOCIAL**

**A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE:  
LAZER E QUALIDADE DE VIDA  
NA TRAJETÓRIA DE HOMENS INFARTADOS**

**Annunciata Bonini Pinto Vieira**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Tania de Barros Maciel**

**Rio de Janeiro**

**2004**

**A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE:  
LAZER E QUALIDADE DE VIDA  
NA TRAJETÓRIA DE HOMENS INFARTADOS**

**Annunciata Bonini Pinto Vieira**

**Tese submetida ao corpo docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do Programa EICOS.**

**Aprovada por:**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Tania de Barros Maciel - Orientadora**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Jacyara C. Rochael Nasciutti**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Mabel Tarré Carvalho de Oliveira**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Marise Bezerra Jurberg**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Naumi A. de Vasconcelos**

**Rio de Janeiro**

**2004**

BONINI-VIEIRA, Anunciata

A construção social da masculinidade: lazer e qualidade de vida na trajetória de homens infartados. UFRJ, Instituto de Psicologia – PROGRAMA EICOS, Rio de Janeiro, 2004

i - x, 202 f.

Tese: Doutor em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social

1. Homens. 2. Gênero. 3. Lazer. 4. Família. 5. Trabalho e Saúde. 6. Paternidade. 7. Infarto do Miocárdio. 8. Psicossociologia. 9. Ecologia Social. 10. Tese.

I - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Programa EICOS. Orientadora: Dra. Tania de Barros Maciel

II - Título

Ao meu pai, que, infartado no vigor de sua maturidade, não contou com os avanços da cardiologia atual e aos pesquisadores que permitiram o desenvolvimento de tecnologias e tratamentos, que hoje salvam inúmeras vidas

## AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que, cruzando meu caminho, de alguma forma despertaram em mim o interesse pela pesquisa, especialmente às professoras Dra. Maria Inácia D'Avila Neto e Dra. Tania de Barros Maciel, minha orientadora, cujo estímulo constante foi essencial para que eu fosse adiante e chegasse à finalização tese.

Aos professores do Doutorado, especialmente às Doutoradas Cecília de Mello e Souza e Jacyara Rochael Nasciutti, que muito contribuíram para este trabalho, com bibliografia e sugestões. Igualmente agradeço, pelas contribuições, à professora Dra. Marise Bezerra Jurberg, que pertenceu ao corpo docente do EICOS e acompanha com interesse a trajetória do Programa.

À Doutora Sandra Fortes e à Psicóloga Lucia Boaventura que me abriram as portas do Hospital Pedro Ernesto e me indicaram participantes.

Aos meus clientes, com os quais tenho aprendido a ouvir e cujo atendimento muito me tem estimulado na busca de aprimoramento profissional.

Às colegas do Doutorado, que comigo privaram numa relação de trocas mútuas enriquecedoras.

À amiga Cristiana Baptista companheira de estudo e de trabalho, pelo constante incentivo com que me obsequiou durante todos esses anos.

Aos participantes da pesquisa, que me receberam com disponibilidade e atenção e me confiaram suas histórias de vida.

Ao querido sobrinho Gilson de Bello Vieira, cardiologista que usa o coração, pela ajuda com a bibliografia específica.

Aos meus filhos, Ewerton, Tatiana e Thais, e ainda Lurdes e Túlio, filhos por afeição, pelo estímulo e compreensão que me conferiram, no decorrer desta caminhada. Aos meus netos, Isabel, Karen, Nicole e Breno, pelo tempo que não lhes dediquei, como gostaria.

Ao meu companheiro, Ewerton, que me encorajou e me deu apoio, compreendendo meu envolvimento e minhas ausências.

## RESUMO

Vieira, Annunciata Bonini Pinto. A construção social da masculinidade: lazer e qualidade de vida na trajetória de homens infartados. Orientadora: Dra. Tania de Barros Maciel. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Psicologia, 2004. Tese: Doutorado em Psicologia de Comunidades e Ecologia Social.

Tendo em vista a maior incidência de problemas cardiovasculares em homens, em relação às mulheres, a presente pesquisa teve por objetivo investigar o modo de vida e práticas sociais de homens que sofreram infarto do miocárdio, verificar se padrões adquiridos em sua socialização primária e secundária contribuíram para estabelecer comportamentos predisponentes à morbidade em questão, bem como, se fatores psicossociais poderiam ter precipitado o adoecimento. Foram entrevistados dez homens que sofreram infarto do miocárdio na faixa etária entre 38 a 49 anos de idade. Suas histórias de vida temáticas, gravadas e transcritas, foram analisadas pelo método da análise do conteúdo. Verificou-se que sua socialização lhes transmitiu um modelo de homem no qual a competitividade esteve sempre presente e influenciou na construção de um projeto de vida, no qual a ascensão social e econômica se colocava em primeiro plano. A vida laborativa assumiu grande importância em sua trajetória, sobre quaisquer outros interesses. Evidencia-se a ocorrência de sérios problemas de ordem psicossocial por ocasião da eclosão da moléstia. Todos os participantes relataram sofrimento psicológico no momento do infarto do miocárdio. Alguns ainda sofrem, por se sentirem estigmatizados em vista de suas limitações e outros por não se sentirem em condições de realizar as mudanças que desejam, em busca de uma melhor qualidade de vida. Três participantes declararam que fizeram as mudanças que desejaram, mas, continuam trabalhando muito e mantendo restritos momentos de lazer.

**Palavras-chave:** Homens, gênero, lazer, família, trabalho e saúde, paternidade, infarto do miocárdio, Psicossociologia e Ecologia Social

## ABSTRACT

Vieira, Annuciata Bonini Pinto. The social construction of masculinity: leisure and life quality in the trajectory of men who had suffered myocardial infarction. Orientadora: Dra. Tania de Barros Maciel. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Psicologia, 2004. Doutorado em Psicologia de Comunidades e Ecologia Social.

In view of the largest incidence of cardiovascular problems in men, in relation to women, the present research had for objective to investigate the way of life and social practices of men who had suffered myocardial infarction, to verify if standards acquired in its primary and secondary socialization had contributed to establish predisponent behaviors to the illness in question, as well as, if psychosocial factors could have precipitated the patients in getting sick. Ten men, who have been interviewed, had suffered myocardial infarction in the range of 38 to 49 years of age. Their thematic life histories were recorded and transcribed, and then analyzed by the method of the analysis of the content. It was verified that their socialization transmitted them a model of man in which the competitiveness was always present and influenced in the construction of a life project, in which the social and economic ascension was placed in first plan. The work life assumed great importance in their trajectory, over and above any other interests. It is proven occurrence of serious problems of psychosocial order for occasion of the manifestation of the disease. All the participants have told psychological suffering at the moment of myocardial infarction. Some still suffer because they feel stigmatized due to their own limitations and others because they don't believe themselves in conditions to carry through the changes that they target, in search of a better quality of life. Three participants declared that they had made the changes that they wanted, but they continue working too much and keeping restricted moments of leisure.

**Keywords:** Men, genre, leisure, family, work and health, paternity, myocardial infarction, Psychology and Social Ecology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

No.		P
1	Mamute retratado em uma caverna na Espanha....	11
2	Cena de sacrifício Asteca.....	19
3	Jovens trespassando o cora~ao de Shiva e Shaki.	33
4	Ex-voto datado de 1770.....	57
5	Desenho de devoção aos Sagrados Corações.....	61
6	Sagrado Coração de Jesus.....	61
7	Sagrado Coração de Maria.....	61
8	Fusão do coração anatômico e simbólico.....	85
9	Um coração ferido.....	97
10	Ilustração da dor isquêmica.....	127
11	A queda de Ícaro.....	149
12	A Separação.....	185
13	Pacientes em exercício de reabilitação.....	191
14	Pacientes em exercício de reabilitação.....	191
15	Pacientes em exercício de reabilitação.....	191
16	Pacientes em exercício de reabilitação.....	191

## LISTA DE TABELAS

No.		P
1	Perfil dos participantes	192

## LISTA DE ANEXOS

No.		P
1	Ficha de informação do participante	198
2	Roteiro resumido da entrevista	199
3	Roteiro da entrevista	200

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2.</b>	<b>O INFARTO DO MIOCÁRDIO E O VIÉS PSICOSSOCIAL DO ADOECIMENTO</b> .....	20
2.1	O adoecimento no contexto.....	20
2.2	O infarto do miocárdio.....	34
2.3	Riscos e adoecimento.....	37
2.4	Masculinidade como fator de risco.....	41
2.5	A construção social do masculino.....	44
2.6	O projeto de vida individual.....	54
2.7	A qualidade de vida.....	58
2.8	Fatores psicológicos e doenças cardiovasculares.....	62
2.9	O estresse.....	67
2.10	O lazer.....	77
<b>3.</b>	<b>OS CAMINHOS DA PESQUISA</b> .....	86
<b>4.</b>	<b>UM CORAÇÃO EXPLOSIVO</b> .....	98
<b>4.1</b>	<b>Construindo um homem</b> .....	101
4.1.1	Brincando com a diferença.....	102
4.1.2	Crescendo na competição.....	109
4.1.3	Desenvolvendo a sexualidade.....	111
4.1.4	Tudo sob controle.....	116
4.1.5	Modelando o trabalhador.....	120
4.1.6	Então, um rapaz.....	122
<b>4.2</b>	<b>Vivendo para trabalhar</b> .....	128
4.2.1	Formando-se no trabalho.....	129
4.2.2	Buscando a ascensão.....	135
4.2.3	Ultrapassando limites.....	140
4.2.4	Despindo a camisa.....	142
4.2.5	Contabilizando os custos.....	146
<b>4.3</b>	<b>Explode o coração</b> .....	150
4.3.1	Pressões psicossociais.....	151
4.3.2	O coração não resiste.....	160
4.3.3	Repensando a existência.....	170
4.3.4	A ruptura biográfica.....	174
4.3.5	E a vida continua.....	182
<b>5</b>	<b>CONCLUINDO</b> .....	186
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	193

“Erving Goffman tinha uma qualidade intelectual muito rara, intimamente relacionada com sua modéstia teórica: uma habilidade única para detectar e decifrar os mínimos detalhes, os processos quase invisíveis e os aspectos infinitesimais da vida cotidiana. Ele era um descobridor do infinitamente pequeno” na sociedade, uma vez que elevou à dignidade de objetos científicos os “pedaços e bocados” da vida social que estavam diante dos olhos de todos mas nunca haviam sido vistos e entendidos sob esta luz. Ao fazer isso, ele abriu toda uma esfera de pesquisa para sociólogos, antropólogos, linguistas, pedagogos e outros.”

Pierre Bourdieu (1998)



Fig. 01 - Mamute retratado em uma caverna de Oviedo, na Espanha, que data de 15.000 anos, destacando o coração.

A.C (Lyons e Petrucelli, 1997)

Fonte: *PORTO, Celso Celeno, 1998.*

## **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE: LAZER E QUALIDADE DE VIDA NA TRAJETÓRIA DE HOMENS INFARTADOS**

### **1 – INTRODUÇÃO**

Tendo em vista a maior incidência de problemas cardiovasculares em homens, em relação às mulheres, a presente pesquisa teve por objetivo investigar o modo de vida e práticas sociais de homens que sofreram infarto do miocárdio, verificar se padrões adquiridos em sua socialização primária e secundária contribuíram para estabelecer comportamentos predisponentes à morbidade em questão, bem como, se fatores psicossociais poderiam ter precipitado o adoecimento.

As taxas de mortalidade por doença isquêmica do coração têm representado, a partir da década de 40, um grande crescimento, tendo um declínio na década de 60, mas mantendo elevadas taxas na atualidade. Estatísticas recentes demonstram que, apesar de ter havido queda nas taxas de mortalidade masculina, esta continua sendo o dobro em relação à mortalidade das mulheres<sup>1</sup>.

Por outro lado, os estudos epidemiológicos brasileiros, comparados aos americanos, demonstram que o risco de morte prematura por doença isquêmica do coração é maior em nosso país, apesar de ser esta doença a primeira causa de morte nos EUA. Prevalece, no entanto, na faixa tária de 35 a 44 anos, no Brasil, a

---

<sup>2</sup> FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; Laurenti, Ruy (2000). Epidemiologia das cardiopatias nas últimas décadas: dados internacionais, dados brasileiros. In: GIANNINI, Sergio Diogo. *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Editora Atheneu.

incidência maior em homens (26%) do que em mulheres (11,2%) em pesquisa levada a efeito no ano de 1995.<sup>2</sup>

Esta constatação mostra-se significativa, pois a manifestação da doença, naquela faixa etária, elimina algumas justificativas para a prevalência masculina com respeito à doença. Por exemplo, o fato de a menopausa ser fator de risco para as mulheres, não impede que, nas faixas etárias mais elevadas, essa incidência se mantenha sempre mais alta na população masculina, sendo que a diferença é minorada apenas na faixa superior a 74 anos.

Considera-se hoje, a partir de estudos populacionais, além de fatores genéticos, hereditários e comportamentais, a importância de fatores socioeconômicos na identificação de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais, as doenças cardiovasculares. No caso destas, segundo Stocco e Barreto<sup>3</sup>, o estresse do estilo de vida tem sido apontado em estudos epidemiológicos como fator predisponente à isquemia cardíaca. Pessoas mais ambiciosas, mais competitivas, menos passivas, tendem a ser mais afetadas pelo estresse ambiental.

Portanto, atribuir a doença cardiovascular apenas a predisposições genéticas, hereditárias ou comportamentos de risco, como fumar, beber, alimentar-se inadequadamente ou ainda, manter hábitos sedentários, caracteriza uma abordagem comportamentalista de estratégias individuais que deixaria de lado a questão socioeconômica, ou, utilizando-se um conceito mais abrangente, psicossociológica.

---

<sup>2</sup> FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; Laurenti, Ruy (2000), Ibid.

<sup>3</sup> STOCCO, Roberto; BARRETTO, Antonio Carlos Pereira (2000). Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Editora Atheneu.

Ao abordarmos a maior mortalidade e morbidade dos homens, decorrente de infarto do miocárdio, em comparação com as mulheres, sob uma visão psicossociológica, podemos refletir sobre que fatores dessa natureza estariam associados a essa prevalência na população masculina. O modelo tradicional de masculinidade se constrói com base em uma educação que leva em conta a necessidade de afirmação, incluindo posturas de destemor, superação de medos e agressividade em todas as suas nuances. (Bourdieu,<sup>4</sup> 1998; Cáceres<sup>5</sup>; Gikovate<sup>6</sup>).

Se, pessoas mais competitivas, agressivas e ambiciosas estão mais expostas às doenças coronarianas, pode-se supor que a incidência maior de problemas cardiovasculares em homens tenha origem em um contexto psicossocial que enfatiza aqueles padrões específicos de comportamento julgados determinantes da masculinidade, os quais, se por um lado trazem algumas vantagens em termos de possibilidade de dominação para os homens, por outro lado tendem a comprometer seriamente sua saúde<sup>7</sup>.

Deve-se assinalar que as mudanças sociais que se verificaram nas últimas décadas, levando as mulheres a competir no mercado de trabalho, cobrando-lhes desempenho profissional e participação social mais ampla, não lhes diminuiu a responsabilidade pela administração do lar e dos filhos, o que lhes acarreta grande sobrecarga emocional. Esse fato porém não se reflete nas estatísticas de mortalidade por doenças cardiovasculares de que dispomos.

---

<sup>4</sup> BOURDIEU, Pierre (1998), op.cit

<sup>5</sup> CÁCERES, Carlos (1999) Masculinidades negociadas: identidades e espaços de possibilidade sexual em um grupo de michês em Lima. In: BARBOSA, Regina M.; PARKER, Richard. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; SÃO Paulo: Ed. 34.

<sup>6</sup> GIKOVATE, Flávio (1989) *O homem: sexo frágil?* São Paulo: MG Editores Associados.

<sup>7</sup> KEIJZER, Benno (1997). El varon como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. In: Tuñon, Esperanza (coord.) *Género y salud en el sureste de México*. Villahermosa: ECOSUR Y UJAD.

Apesar da psicologização do conceito de homem e das transformações sociais que apontam para variados modelos de masculinidade e feminilidade, permanece ainda no imaginário popular a idéia de que, ser homem é ser destemido, forte, guerreiro, vencedor. Esses atributos se tornam, então, presentes nas crenças e expectativas ainda dominantes e interferem nas várias áreas de inserção de um homem, quer no trabalho, quer na família ou junto aos seus pares.

Por outro lado, além do desempenho sexual, é o trabalho, segundo Sócrates Nolasco<sup>8</sup> que se apresenta como base para a construção da identidade masculina, constituindo-se o principal indicador do reconhecimento do sujeito como homem.

No âmbito das empresas, a competitividade, a sobrecarga de responsabilidade, a dedicação exagerada, por conta de perspectivas de promoções ou risco de desemprego, além da falta de consciência sobre a necessidade de lazer, acarretam ansiedade constante e, conseqüentemente, o estresse.

O estresse, causado por agentes de natureza psicossocial é fator predisponente às doenças cardiovasculares, embora haja variação de resposta de indivíduo para indivíduo, de acordo com sua capacidade de elaboração das situações a que se encontram expostos. (Campos<sup>9</sup>; Stocco e Barreto<sup>10</sup>).

Por conta de doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, constata-se elevada morbidade e mortalidade, efeitos nocivos na

---

<sup>8</sup> NOLASCO, Sócrates (1993) *O mito da Masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.

<sup>9</sup> CAMPOS, Eugênio Paes (1992) Aspectos Psicossomáticos em Cardiologia In: MELLO FILHO, Julio et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

<sup>10</sup> STOCO, Roberto; BARRETTO, Antonio Carlos Pereira (2000). Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Editora Atheneu.

qualidade de vida, diminuição da autonomia daqueles que as sofrem, além de severo impacto econômico<sup>11</sup>.

Dessa afirmativa pode-se deduzir que essas doenças, causadoras de invalidez e morte trazem custos elevados para os sistemas públicos de saúde e previdenciário, pois demandam tratamentos dispendiosos e aposentadorias precoces. Os prejuízos em termos de absenteísmo e reposição de “staff”, a perda de indivíduos tecnicamente preparados e produtivos são evidentes.

Com base nessas reflexões, a presente pesquisa teve como objetivo geral detectar fatores psicossociais e culturais que subjazem às práticas e modos de vida de homens que sofreram infarto do miocárdio. Seus objetivos específicos foram: investigar como se deu a construção de sua identidade masculina; verificar se padrões adquiridos em sua socialização contribuíram para estabelecer comportamentos de agressividade, impulsividade, competitividade e destemor, que constituem um modelo de masculinidade que expõem a risco a vida e a saúde; detectar a importância do lazer para esses homens, tanto no período anterior como após a enfermidade, além de investigar que fatores psicossociais estavam presentes por ocasião do adoecimento e se, estes, precipitaram a eclosão do infarto do miocárdio.

O conhecimento de fatores psicossociais predisponentes às doenças cardiovasculares em homens torna-se útil para que sejam sugeridas políticas educativas de prevenção, pois, a maioria dos trabalhos que adotam uma abordagem do ser humano que o integre em seus aspectos biológicos e psicossociais

---

<sup>11</sup> BERTOLAMI, Marcelo Chiara (2000). Fatores de risco e estratégias preventivas: Intervenções Populacionais. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Editora Atheneu.

(Stoudemire<sup>12</sup>; Mello Filho<sup>13</sup>; Campos<sup>14</sup>), apontam para a necessidade de medidas de prevenção e processos de reabilitação que incluem a ampla conscientização de todos os envolvidos, quer sejam os pacientes, quer os médicos, como os psicólogos e educadores.

No segundo capítulo deste trabalho exponho meu percurso teórico, abordando os aspectos psicossociais do adoecimento em geral e em particular, nas doenças cardiovasculares; riscos e adoecimento e a masculinidade como risco; a construção social do masculino e o projeto de vida; a qualidade de vida; o lazer e, também, o stress como predisponente às doenças cardiovasculares.

A seguir, no terceiro capítulo, indico os passos que percorri para alcançar os objetivos da pesquisa, assim como descrevo e justifico a metodologia utilizada. A história de vida foi o instrumento considerado adequado, para coleta dos dados, que foram tratados por meio da técnica de análise do conteúdo.

Neste estudo, cuja abordagem é psicossocial, a fala dos homens entrevistados é valorizada como expressão de como entendem os eventos que ocorreram no decorrer de suas vidas, como construíram seus projetos de vida e como elaboraram suas próprias teorias sobre o seu adoecimento.

Foram entrevistados dez homens que sofreram infarto do miocárdio na faixa etária de 38 a 49 anos, pertencentes à classe trabalhadora urbana do Rio de Janeiro, que por ocasião da entrevista tinham dentre 41 e 54 anos., sendo que apenas um contava 60 anos de idade. Os primeiros viveram sua infância nas

---

<sup>12</sup> STOUDEMIRE, Alan (2000-A). Introdução. In *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artmed.

<sup>13</sup> MELLO FILHO, Julio et al. (1992) *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas

<sup>14</sup> CAMPOS (1992), op. cit.

décadas de 50 e 60 e o último, nasceu e viveu seus primeiros anos na década de 40 do século XX.

Através da leitura das entrevistas transcritas, emergiram, do conteúdo das falas dos narradores, temas recorrentes, que se constituíram em três categorias principais de análise e são apresentadas no quarto capítulo. Ao analisar a primeira categoria inicio com uma pequena introdução e termino com um resumo da análise desse segmento. Ao analisar a segunda e terceira categorias, da mesma forma, inicio com um pequeno resumo da categoria anterior e termino com um resumo do que foi analisado nas falas correspondentes. Isso se deve à necessidade de que cada categoria possa ser lida e compreendida independentemente, conforme instruções normativas.

Por último, no quinto capítulo, elaboro algumas considerações sobre o que pude depreender, a partir da análise das histórias de vida narradas pelos participantes, apontando possíveis desdobramentos da pesquisa.

Ao elaborar este trabalho, não tive como objetivo apenas um exercício acadêmico, mas pensei poder, vislumbrando os problemas psicossociais vividos pelos infartados, contribuir para a conscientização da necessidade de mudanças na socialização dos meninos, que os levem, na vida adulta, a valorizar a prevenção e cuidados com sua própria saúde. Os achados sugerem também como oportuna a elaboração de políticas publicas que se destinem a uma prevenção de caráter mais amplo, que levem em consideração programas de assistência psicológica mais acessíveis à população em geral, como já ocorre em alguns hospitais e postos de saúde da rede pública.



Fig. 02 – Cena de sacrificio Asteca  
Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.

## 2. O INFARTO DO MIOCÁRDIO E O VIÉS PSICOSSOCIAL DO ADOECIMENTO

A bibliografia revisada mostra que os fatores psicossociais estão intrinsecamente relacionados ao adoecimento. No caso do infarto, como em outras enfermidades, as pesquisas demonstram como etiológicos, além dos fatores de risco da ordem do biológico, a predisponência acarretada por contingências psicológicas, sociais e ambientais.

A prevalência do infarto em homens, remete-nos para a questão do gênero e a especificidade da construção social do masculino, que sobrepõe, aos demais fatores de risco, uma identidade masculina com características peculiares.

### 2.1 O ADOECIMENTO INSERIDO NO CONTEXTO

Scheper-Hughes e Lock<sup>15</sup> (1987) propõem uma nova visão da Antropologia Médica sobre o corpo. Para elas, em primeiro lugar, deve-se abandonar a visão dualista cartesiana, ainda presente na cultura ocidental, que preconiza a separação mente e corpo, pois, o corpo deve ser considerado como *“simultaneamente um artefato físico e simbólico, naturalmente e culturalmente produzido, como também seguramente ancorado em um particular momento histórico.”* (p.7)

O conceito cartesiano do corpo e suas funções, como sendo diametralmente opostos à mente falha, quando se faz necessário pensar sobre os estados de doença nos quais a mente tem papel importante. Nas últimas décadas,

---

<sup>15</sup> SCHEPER-HUGUES, Nancy; LOCK, Margareth M. (1987) The Mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. In: *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, no. 1 p.6 – 40.

com os avanços da medicina psicossomática, começou-se a reunir mente e corpo na teoria e práticas clínicas, mas ainda persiste a idéia de que as doenças são orgânicas ou psicológicas, nas suas origens.

Busca-se, ainda de acordo com as autoras, comprovação do sofrimento através de testes diagnósticos e, quando encontrada uma causa orgânica, esquecem-se os aspectos psicológicos e sociais, ou, ao contrário, diagnosticando-se séria patologia psiquiátrica ignoram-se as complicações físicas.

O sofrimento humano deve ser visto de uma perspectiva integradora, pois a experiência de adoecimento não é somente física ou mental, biológica ou psicossocial, mas pode se dizer que integra o ser de uma forma bio-psico-social, na falta de melhor terminologia.

A diferença entre doença e adoecimento elaborada por Eisenberg<sup>16</sup>, é um esforço para que se compreenda que doença (disease) em referência à enfermidade em si, tal como é concebida na biomedicina, enquanto o adoecimento (illness) seria a experiência subjetiva do mal-estar (malaise). Na categoria “doença” estariam as disfunções que ocorrem no organismo e na categoria “adoecimento”, mais abrangente, estaria incluída, além da questão subjetiva, a repercussão da doença no âmbito familiar e social do indivíduo.

Ao se falar em adoecimento, parece ficar mais claro que se trata de um processo e que, portanto, doença e adoecimento devem ser considerados de forma interativa.

---

<sup>16</sup> EISENBERG, Leon (1977). Disease and illness: distinction between professional and popular ideas of sickness. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.

Para Scheper-Hughes e Lock<sup>17</sup>, ainda se procura medicalizar os fatores sociais que causam as enfermidades, transformando o social em biológico. O corpo é o palco das emoções, mas estas devem ser socialmente disciplinadas, tanto mais quanto maior for o grau de civilização. Numa revisão de trabalhos antropológicos sobre povos não ocidentais, as autoras apontam que, na maioria dessas culturas, não se observa a separação mente/corpo/sociedade, mas o que predomina é uma visão monista, na qual o corpo, diferentemente da visão ocidental, não é apenas uma máquina complexa, mas um microcosmo do universo.

O conceito de “mindful body”, ou corpo pensante põe em destaque a origem emocional, social e política das doenças. Para as autoras, esse corpo pensante se constitui de três corpos: o corpo individual, o político e o social, e esses três aspectos são indissociáveis, devendo ser considerados ao se tratar de enfermidades. E afirmam:

“A doença não é um fato isolado, nem uma infeliz agressão à natureza. É uma forma de comunicação – a linguagem dos órgãos – através da qual a natureza, a sociedade e a cultura falam simultaneamente. O corpo individual deve ser visto como o mais imediato, o mais próximo terreno no qual a verdade social e as contradições sociais atuam, como também o locus da resistência pessoal e social, criatividade e luta” (p.31)<sup>18</sup>

Em outra publicação, Scheper-Hughes e Lock<sup>19</sup> acentuam que agimos e pensamos com e através do corpo. Em outras palavras, o corpo não é apenas um depositário da mente, mas um “*ativo, comunicativo agente do self, imbuído de sua própria sabedoria, intencionalidade e linguagem*”. (p.409) Essa linguagem inclui sintomas de adoecimento como uma resposta subversiva de inconformismo em

---

<sup>17</sup> SCHEPER-HUGUES, Nancy; LOCK, Margareth M. (1987), op. cit.

<sup>18</sup> SCHEPER-HUGUES, Nancy; LOCK, Margareth M. (1987), 1987, p.31, op. cit.

<sup>19</sup> SCHEPER-HUGUES, Nancy; LOCK, Margareth M. (1991). The message in the bottle: Illness and the micropolitics of resistance. In: *The Journal of Psychohistory* 18 (4) Spring –1991, pp. 409-432

relação aos conceitos da civilização ocidental, que se organiza em oposições e dualismos, e se caracteriza por um individualismo radical e um materialismo reducionista.

Experiências e pesquisas, segundo Rodrigues e Gasparini<sup>20</sup>, vêm demonstrando que as enfermidades têm componentes sócio-históricos e psicológicos que fogem à compreensão através de um modelo bio-físico-químico, e, portanto, é de grande importância uma abordagem interdisciplinar, englobando os saberes da medicina aos conhecimentos das Ciências Humanas e Sociais, que leve em consideração o homem como ser bio-psico-social. Esse método, segundo os autores: *“possibilita observar o fenômeno humano como um processo extremamente complexo e de mútua interação entre a infraestrutura biológica e a superestrutura social, mediada pelo psicológico”*. (p.95)

A visão interdisciplinar é o cerne da Medicina Psicossomática, cuja proposta é cuidar do paciente como um todo, incluindo as circunstâncias que o envolve. Trata-se, portanto, de uma perspectiva abrangente, busca ir além dos sintomas e das doenças.

Rodrigues e Gasparini<sup>21</sup> assinalam que, de acordo com a Psicossomática atual, somos levados a compreender *“o processo de adoecer, não como um evento casual da vida de uma pessoa, mas sim representando a resposta de um sistema, de uma pessoa que vive em sociedade.”* (p.97) Deste postulado pode-se inferir que esse processo tem a ver com a biografia do indivíduo, a qual

---

<sup>20</sup> RODRIGUES, Avelino Luiz; GASPARINI; Ana Cristina Limongi França (1992). Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, Julio et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

<sup>21</sup> RODRIGUES, Avelino Luiz; GASPARINI, Ana Cristina Limongi França (1992), *Ibid*.

deve ser estudada, para que se conheça a motivação que está conduzindo os fenômenos de sua vida.

Os autores se reportam a Gilberto Freire<sup>22</sup>, que enfatiza a importância de se ver o ser humano como sendo determinado biológica, social, cultural e ecologicamente. Comportamentos e emoções humanas sofrem as influências sociais e, portanto, o aparecimento do ser humano é um fenômeno social e o desenvolvimento, após o nascimento, é realizado em interação com o meio social.

Funções importantes como a linguagem, que tem um componente físico, se desenvolvem a partir do psicológico, que é o uso da gramática, e se completam no campo psicossocial, pois o discurso é construído no contexto social do indivíduo. A linguagem transmite o conhecimento que sedimenta a cultura e por isso cultura e discurso se articulam e, conseqüentemente, este se apresenta sempre impregnado de ideologia.<sup>23</sup>

O homem é movido por emoções, sendo a linguagem um dos modos de expressá-las. Quando a manifestação é impedida, a emoção contida procura um novo caminho para expressar-se e o faz indireta ou simbolicamente. Muitas vezes o adoecimento se apresenta como expressão de emoções reprimidas, manifestando-se no corpo físico e localizando-se no órgão que, naquele momento encontra-se mais fragilizado.

Para Rodrigues e Gasparini<sup>24</sup>, situações estressantes no trabalho e emoções reprimidas, são comprovadamente fatores de risco para doenças coronarianas, tanto no que diz respeito àqueles que se sentem alienados do

---

<sup>22</sup> RODRIGUES, Avelino Luiz; GASPARINI, Ana Cristina Limongi França (1992), *ibid.*

<sup>23</sup> RODRIGUES, Avelino Luiz; GASPARINI, Ana Cristina Limongi França (1992), *ibid.*

<sup>24</sup> RODRIGUES, Avelino Luiz; GASPARINI, Ana Cristina Limongi França (1992), *ibid.*

processo de produção, como em relação aos indivíduos de personalidade tipo A - cujas características serão descritas mais adiante -, que se destacam pela busca de realização em curto prazo. Em ambos os casos, são reprimidos os sentimentos de falta de poder, insatisfação e frustração.

Camargo Jr.<sup>25</sup> afiança que o conceito de doença é cultural, socialmente determinado, sendo que a estrutura social pode ser causadora de doenças. Assim, a relação entre sociedade e doença deve ser evidenciada, bem como observados os significados psíquicos e culturais que subjazem ao adoecimento.

Fatores genéticos e formas de lidar com situações difíceis produzem, em diferentes pessoas, respostas diversas às tensões sociais, assim como sociedades diferentes oferecem apoio à solução de problemas em diferentes gradações. No entanto, é no estudo do estresse que mais se tem verificado a relação sociedade-doença com intermediação psíquica. Isso se observa ainda mais claramente ao se tratar de doenças cardiovasculares.

É certo que ainda outros comportamentos de risco se agregam às tensões sociais, pois, a partir delas o indivíduo assume comportamentos que agridem seu organismo, como aumento do tabagismo, alcoolismo ou outras drogas, e, ainda, modos de vida insalubre, decorrentes da piora das condições sócio-econômicas.

Wolf, apud Camargo Jr.<sup>26</sup>, considera ser a doença uma forma de reação e, no que diz respeito à morte súbita, assevera que muitas vezes, a morte representa a solução adaptativa que o sujeito encontra, ao se deparar com uma

---

<sup>25</sup> CAMARGO JR., Kenneth Rochel (1992). Algumas considerações sobre a relação doença-sociedade em Psicologia Médica. In: MELLO FILHO, Julio et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas

<sup>26</sup> CAMARGO JR., Kenneth Rochel (1992), *Ibid.*

doença incurável ou situação de vida insustentável. Por tudo isso, a enfermidade não pode ser analisada unicamente dentro do momento determinado em que eclode.

Segundo Porto<sup>27</sup>, a doença deve ser considerada num contínuo, já que a se encontra na história do paciente, sendo assim prevenção e tratamento objetivos finais da atividade clínica. Ressalta o autor que, tanto na prevenção, como no tratamento, a observação da história do paciente mostrará os aspectos psicossociais do adoecimento, que são altamente relevantes.

Os aspectos biológicos e os avanços tecnológicos dos exames e tratamentos são importantes, porém, uma medicina organicista e tecnicista não é suficiente para a consecução de resultados satisfatórios. O autor afirma que há uma “face escura” na formação de médicos, pois:

“As Escolas de Medicina, praticamente sem exceção, sempre cultivaram ideário organicista, ultimamente acrescido de ilusão tecnicista. Sem dúvida os aspectos biológicos e os avanços tecnológicos são importantes, mas não representam tudo. O clínico sabe que o lado humano da medicina é a parte mais nobre de seu trabalho e que os pacientes mais valoriza, quando percebem que ele existe.” (p.11)<sup>28</sup>

Essa visão aponta para a necessidade um olhar etnográfico do médico frente ao paciente, no qual aquele leve em conta que, na consulta, se encontram duas culturas diferentes. Essa prática possibilitaria um entendimento muito melhor, a respeito do sofrimento daqueles que procuram ajuda.

Portanto, o paciente deve ser analisado, não somente através dos gráficos e imagens produzidos pelos aparelhos, mas visto de uma maneira a mais ampla possível, envolvendo aspectos culturais, emocionais e psicossociais, pois esses fatores influenciam na saúde e no adoecimento.

---

<sup>27</sup> PORTO, Celso Celso (1998) O clínico e as doenças do coração. In: PORTO, Celso Celso (1998) Doenças do Coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

<sup>28</sup> PORTO, Celso Celso (1998), *ibid.*

Um dos aspectos importantes a se relevar, no trato das doenças cardíacas, é o significado simbólico do coração, que está inscrito no nosso inconsciente, não apenas como simples aparato biológico. Desde os mais remotos tempos, no imaginário, o coração está ligado à interpretação dos acontecimentos da nossa vida e em especial na concepção das doenças que afetam os seres humanos e lhes ameaçam a vida.

Para Aristóteles, segundo Moore<sup>29</sup>, o coração seria a sede da vida, a origem de todas as emoções, bem como o órgão no qual se originava a voz. Em nossa cultura ocidental, como em outras culturas, a importância simbólica do coração, como centro das emoções e da vida, permanece até os nossos dias no imaginário popular. O “coração partido”, reflete um estado emocional, assim como a “dor no coração”, o “coração de pedra” e outras expressões, que relacionam o coração aos mais diversos sentimentos.

Refletindo sobre a importância simbólica do coração, nas várias culturas, Porto<sup>30</sup> cita um mamute retratado com um coração pintado no centro, encontrado em uma caverna na Espanha, datado de 15.000 anos AC, bem como a obra prima de Matisse “A queda de Ícaro”, onde o coração é o maior destaque da figura humana. Em ambas as representações o coração aparece como ponto central, centro vital.

Na Índia, há 6.000 anos, já aparece a imagem de um jovem trespassando o coração do deus Shiva e de Shakti, a deusa do amor. Essa imagem surge também na Grécia, nas obras que retratam Cupido, o deus do amor, atingindo

---

<sup>29</sup> MOORE, Thomas J. (1994). Heart failure: a critical inquiry into American medicine and revolution in heart care. Washington D.C: Randon House, Inc.

<sup>30</sup> PORTO, Celso Celeno (1998) op.cit.

os corações com flechas, estabelecendo assim, culturalmente, até os nossos dias, a noção do coração como sede do amor.

Na religião católica, desde a Idade Média, aparece o culto do Coração de Jesus e Coração de Maria, em figuras com o órgão extracorpóreo em destaque, significando o coração como repositório da fé.

Na civilização asteca, encontra-se a crença de que o deus Sol, para que pudesse vencer as trevas e iluminar a terra, deveria ser alimentado com corações banhados em sangue e ainda pulsando. Para Porto<sup>31</sup> desses significados simbólicos decorre que:

“Alimentados por mitos, cultos religiosos, símbolos afetivos, incluindo o que temos de mais importante na vida – o amor, a fé, a própria sobrevivência, não há porque estranhar a estreita ligação entre os distúrbios emocionais e as doenças cardíacas” (p.30)<sup>32</sup>

Sendo, portanto o coração o órgão do ser humano mais carregado de simbolismos, - o “templo das emoções”, por mais essa razão, a abordagem do paciente cardíaco deve ser psicossomática, pois, os fatores psicológicos são importantes não só no aparecimento da doença, como em toda a fase do tratamento. Os métodos auxiliares de diagnóstico e tratamento são importantíssimos, segundo Oliveira Jr.<sup>33</sup> quando usados criteriosamente. No entanto, quem adoece não é o órgão e sim a pessoa e o doente não pode ser tratado como um simples objeto, pois a doença não é um desarranjo mecânico de órgãos a serem consertados, mas se insere num processo mais amplo e complexo.

---

<sup>31</sup> PORTO, Celso Celeno (1998), *ibid*

<sup>32</sup> PORTO, Celso Celeno (1998), *ibid*.

<sup>33</sup> OLIVEIRA Jr. W. (1995). O paciente com ,miocardia em situações especiais. In Silva M. A. Doenças do miocárdio. S.P.: Ed. Sarvier.

Sabemos que a confiança no médico é fator psicológico que potencializa positivamente o tratamento, mas, a relação médico-paciente nem sempre é a ideal. Vários fatores contribuem para que o médico coloque em segundo plano a desejável visão abrangente do ser humano, com sua complexidade bio-psico-social. Na maioria das faculdades de Medicina privilegia-se ainda uma formação organicista e tecnicista, em detrimento da necessária sensibilização sobre o caráter psicossomático do adoecimento, o que, para grande parte dos médicos, torna difícil lidar com as questões emocionais e afetivas.

É importante assinalar, porém, que a situação atual das políticas de saúde em nosso país transformou o médico, de profissional liberal a conveniado das grandes seguradoras de saúde ou mesmo funcionário de entidades de assistência médica. Em ambos os casos percebe-se, muitas vezes, reembolsos ou salários incompatíveis com sua função, tendo ainda o profissional que apresentar alta produtividade, o que o leva a restringir o tempo de atendimento aos pacientes. Resulta então quase impossível observar cada cliente com mais apurada atenção e atentar para as singularidades de cada caso.

Essas dificuldades, acima apontadas como presentes nos processos de adoecimento, são agravadas, muitas vezes, pela estigmatização do doente. A doença, através de sintomas externos e outros menos visíveis pode trazer estigmatização. Goffman<sup>34</sup> identifica os estigmas como meios que a sociedade utiliza para categorizar as pessoas, mediante atributos considerados comuns e naturais, e que se relacionam à identidade social dos indivíduos. Assim, o estigma é referido ao indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena.

---

<sup>34</sup> GOFFMAN, Erving (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Três atitudes, segundo Goffman<sup>35</sup>, podem ser tomadas pelo sujeito estigmatizado: tentar se livrar dos atributos o estigmatiza, ocultar os fatores estigmatizantes ou ainda, afastar-se, abandonando atividades onde suas deficiências se explicitam mais acentuadamente. Uma outra possibilidade é engajar-se em grupos de pares que, fugindo à conformidade, partem para a luta de direitos, como é o caso dos diversos grupos de paraplégicos, colostomizados e aidéticos.

Nas doenças cardiovasculares o estigma pode surgir por conta de limitações advindas do adoecimento e uma boa medida é o engajamento em grupos, onde os problemas são colocados e dirimidos. Os grupos possibilitam emissão de opiniões, troca de experiências e estendem as redes sociais. Incentivam as mudanças que melhoram a qualidade de vida e esclarecem a relação entre a experiência concreta e o processo de adoecimento, e ainda, representam apoio social e aumentam a auto-estima.

Como exemplo, podemos citar o grupo de apoio que se desenvolve no Hospital Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, onde, além do acompanhamento necessário, os pacientes cardiopatas têm a sua disposição as aulas de ginástica para a reabilitação física e grupos de discussão coordenados por equipe multidisciplinar. Nesses grupos são discutidas as questões das limitações, da cidadania, das relações familiares e das possibilidades de contornar as possíveis limitações físicas e mentais que se instalaram com o aparecimento da doença.

Importante se torna para o paciente, desde o início do adoecimento e durante sua recuperação o apoio social e familiar. Berkman e Syme, apud Adam e

---

<sup>35</sup> GOFFMAN, Erving (1988), *ibid.*

Herzlich<sup>36</sup>, conduziram uma pesquisa em Alameda Country, na Califórnia, sobre pessoas portadoras de moléstias cardiovasculares. Esse estudo mostra que, na comparação entre pessoas com suporte social (família, casamento, amigos, religião e grupos) e outras pessoas sem esse tipo de apoio, os primeiros apresentaram risco de mortalidade duas vezes menor, nos anos posteriores ao aparecimento da moléstia. E sugerem Adam e Herzlich:

“As políticas de saúde deveriam, portanto, estabelecer como objetivo, não apenas o desenvolvimento de novas tecnologias médicas e a adoção, por parte dos indivíduos de comportamentos saudáveis, mas, de modo mais amplo, investir na consolidação dos vínculos sociais” (p. 67)<sup>37</sup>

O apoio social constitui, portanto, um poderoso sustentáculo e atua como uma espécie de rede protetora que, diminuindo o impacto dos acontecimentos e do sofrimento que acompanha o adoecimento, é facilitadora da recuperação dos enfermos.

Esse sofrimento e dificuldades diferem em intensidade no que se refere à sua repercussão nas relações sociais de uma pessoa doente. Adam e Herzlich<sup>38</sup> (2001) consideram que as diversas doenças devem ser consideradas diferentemente no que se refere aos seus reflexos na vida social dos indivíduos.

Algumas doenças não oferecem ameaça vital e outras, como as moléstias cardiovasculares e o câncer, apesar de exigirem convalescença por período às vezes muito longo trazem, ao paciente, preocupações e incertezas com sua própria sobrevivência, o que influencia o rumo de suas vidas, freqüentemente o leva a evitar projetos de longo prazo e valorizar mais seu dia-a-dia.

---

<sup>36</sup> ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (2001) Sociologia da Doença e da Medicina. São Paulo, Bauru: EDUSC

<sup>37</sup> ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (2001). *ibid.*

<sup>38</sup> ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (2001), *Ibid.*

Além disso, algumas doenças são incapacitadoras, por reduzirem algumas aptidões. Sobrevêm, então, problemas existenciais, que afetam psicologicamente os pacientes. Muitas vezes, mudanças são necessárias, como a busca de um emprego mais adequado à nova condição e mesmo, em alguns casos, a abdicação da vida laborativa.

A readaptação, quer seja bem sucedida ou não, traz sentimentos de menos valia. Segundo Michael Bury, apud Adam e Herzlich<sup>39</sup>, há uma ruptura biográfica decorrente da doença, que exige, além das modificações adaptativas, uma reavaliação da própria auto-imagem e do sentido da própria vida. Isso significa que há uma perda parcial de aspectos da identidade anterior e construção de nova identidade, a partir do estabelecimento da doença, o que acarreta sofrimento psíquico para o enfermo.

---

<sup>39</sup> ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (2001), op.cit.

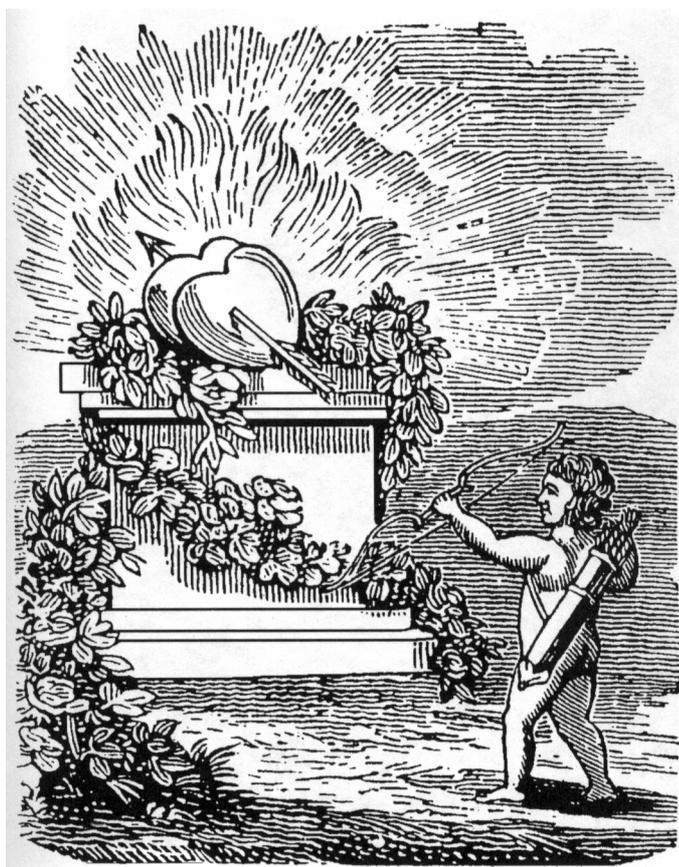


Fig. 03 – Jovens Trespasando os corações de Shiva (Deus Masculino) e Shakti (Deusa do Amor). Lenda nascida na Índia em 4000 aC.  
*Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.*

## 2.2 O INFARTO DO MIOCÁRDIO

As doenças cardiovasculares, dentre as quais se inclui o infarto do miocárdio, são responsáveis por 250.000 mortes por ano, no Brasil. Embora nessa categoria se incluam as doenças cerebrovasculares, o número de óbitos que se verificam por conta das cardiopatias é de longe muito mais significativo, segundo Fonseca e Laurentis<sup>40</sup>.

Têm sido verificadas alta morbidade e mortalidade decorrentes das cardiopatias, em países industrializados, especialmente no que se refere às doenças isquêmicas do coração, dentre as quais se inclui o infarto do miocárdio.

Certamente, o aumento da expectativa de vida, o aumento do índice de natalidade e a redução da mortalidade da população, em decorrência dos progressos da medicina, determinam o envelhecimento da população, trazendo o aumento da incidência das doenças cardíacas e das neoplasias malignas. No entanto, a incidência maior dessas enfermidades não foi constatada uniformemente, em todos os países, aparecendo por exemplo, na Europa, em maior frequência, em países do norte e em menor frequência em países do sul. Esta constatação levou ao estudo de outros fatores de risco, que se acrescentam ao fato de o país ser altamente industrializado, como o tabagismo, a hiperlipidemia e a hipertensão arterial.

A prevenção desses fatores foi responsável pela diminuição das doenças isquêmicas do coração, tanto na Europa, quanto nos Estados Unidos. Isso também se observou nas duas últimas décadas, no Brasil e, embora nossa

---

<sup>40</sup> FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; LAURENTI, Ruy (2000). Epidemiologia das cardiopatias nas últimas décadas: dados internacionais, dados brasileiros. In: GIANNINI, Sergio Diogo. Cardiologia preventiva. São Paulo: Editora Atheneu.

industrialização tenha ocorrido mais recentemente, foi evitado um crescimento explosivo da epidemia.

Fonseca e Lurenti<sup>41</sup> comentam que, apesar de estatísticas americanas demonstrarem a queda da mortalidade por doenças isquêmicas do coração, a partir de 1963, observa-se que o declínio foi maior no sexo masculino, permanecendo, porém, as taxas em dobro na população masculina, em relação às mulheres. Estatísticas do período de 1980 a 1995, relativas à cidade São Paulo, mostram que as taxas de mortalidade declinaram em menor intensidade do que nos Estados Unidos, porém permanecem os homens com taxas de mortalidade mais elevadas do que as mulheres, em todas as faixas etárias.

De incidência elevada, é, nos Estados Unidos, a mais comum causa de óbitos. Estatísticas que levam em conta as faixas etárias mostram que a taxa de mortalidade americana, por doenças isquêmicas do coração, é quatro vezes maior que a brasileira, mas no que se refere à faixa etária dos 35 aos 45 anos, na qual é alta a incidência em homens, a taxa brasileira é superior à americana<sup>42</sup>.

Estudos de morbidade<sup>43</sup> baseados em internações em hospitais, na rede pública e rede conveniada pelo SUS, em todo o Brasil, demonstram que, em 1996, foram registradas 118.061 internações, com diagnóstico de doença isquêmica do coração, dentre as quais, 65.516 internados do sexo masculino e 52.545 do sexo feminino, o que corrobora as estatísticas quanto à maior incidência nos primeiros e, mais uma vez, vem a justificar a escolha de homens nessa pesquisa.

---

<sup>41</sup> FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; LAURENTI, Ruy (2000), *ibid.*

<sup>42</sup> FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; LAURENTI, Ruy (2000), *ibid.*

<sup>43</sup> FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; LAURENTI, Ruy (2000), *ibid.*

Ainda que sumariamente, é necessário aqui descrever como ocorre o infarto do miocárdio. O aparelho circulatório, ou sistema cardiovascular, segundo Faria<sup>44</sup>, é constituído pelo coração e pelos vasos sanguíneos. O coração é um músculo que compreende três camadas, respectivamente: o miocárdio, o endocárdio e o pericárdio. O miocárdio tem a função de impulsionar o sangue e, portanto, sua função é de extrema importância. Por possuir metabolismo complexo, esta camada do órgão é vulnerável a distúrbios circulatórios, toxinas bacterianas, tóxicos químicos e outros fatores, que a expõem a processos degenerativos e necroses<sup>45</sup>.

O infarto do miocárdio, ainda conforme Faria<sup>46</sup>, assim como a angina pectoris e a fibrose do miocárdio, são morbididades categorizadas em clínica sob a denominação de doenças isquêmicas<sup>47</sup> do coração ou doenças coronarianas. Apresenta-se como uma necrose originária de isquemia, cuja área mínima que conduz o paciente à clínica gira em torno de 2,5 a 3 cm de diâmetro.

Faria<sup>48</sup> explica que a isquemia, responsável pela necrose, se configura quando o miocárdio recebe menor quantidade de sangue do que necessita para seu funcionamento normal ou aumentado. A isquemia pode se originar de causas anatômicas, funcionais ou distúrbios gerais da circulação, que dificultam a perfusão (irrigação sanguínea). Esse processo isquêmico produz anoxia (falta de oxigênio) ou hipoxia (diminuição de oxigênio) no miocárdio, o que conduz à necrose.

---

<sup>44</sup> FARIA, José Lopes et al. (1999). *Patologia especial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

<sup>45</sup> Aurélio Buarque de Holanda em seu Novo Dicionário da Língua Portuguesa edição Nova Fronteira de 1986, define necrose como um conjunto de alterações morfológicas que indicam morte celular, a qual pode variar em extensão, de algumas células à porção do órgão afetado.

<sup>46</sup> Faria, José Lopes et al. (1999), op.cit.

<sup>47</sup> Ainda em Aurélio: isquemia é a insuficiência localizada de irrigação sanguínea devido à constrição ou obstrução arterial.

<sup>48</sup> FARIA, José Lopes et al. (1999), op. cit.

Baseando-se em estatísticas, o autor aponta que em média, a idade dos pacientes é de 60 anos, ocorrendo raramente em homens (7%) abaixo de 40 anos e em mulheres abaixo dos 50 anos. Estas, estão mais expostas ao infarto após a menopausa, o que explicaria a maior frequência em homens, já que a epidemiologia aponta que, estes, estão mais sujeitos à doença em todas as faixas etárias.

De fato, na faixa etária de 34 a 44 anos, quando as mulheres ainda não atingiram a menopausa, há incidência maior da doença na população masculina, persistindo a taxa diferenciada mesmo nas faixas etárias mais elevadas. As estatísticas demonstram, ainda, que o homem, com idade entre 35 e 50 anos está cinco vezes mais exposto à doença do que a mulher na mesma faixa etária<sup>49</sup>. Seria então a masculinidade um fator de risco para tal enfermidade?

### **2.3 RISCOS E ADOECIMENTO**

Foi em 1963 que o conceito de fator de risco apareceu na literatura médica em um artigo de J. Doyle, (apud Morigushi e Vieira)<sup>50</sup>, intitulado “Risk factors in coronary heart disease” e, a partir de então, passou a ser utilizada essa denominação e pesquisas foram conduzidas para entender a ação desses fatores em diversas enfermidades, buscando-se conhecer, também, novos fatores de risco para várias doenças.

---

<sup>49</sup> FARIA, José Lopes et al. (1999). op. cit.

<sup>50</sup> MORIGUCHI, Emílio H.; VIEIRA, José Luiz C. Conceito de fatores de risco – Hierarquia dos principais fatores de risco e suscetibilidade individual para diferentes cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) Cardiologia preventiva. São Paulo: Editora Atheneu.

Segundo Morigushi e Vieira<sup>51</sup>, o termo descreve características que quando encontradas em sujeitos sadios, se associam com a manifestação posterior de uma doença, ou seja, um fator de risco pode ser definido como um traço ou característica de um indivíduo que possa predizer o aparecimento de determinada moléstia.

Risco, conforme definição de Handwerker<sup>52</sup>, são probabilidades percebidas a partir da epidemiologia, que busca encontrar modelos preditivos para a incidência de doenças bem como os fatores que influenciam na ocorrência das mesmas. E afirma:

“Os estudos epidemiológicos, muitas vezes baseados em estudos prospectivos fornecem base quantitativa para determinar correlações e finalmente extrair análise estatística para explorar a relação entre duas séries de eventos. Por conseguinte, o objetivo da avaliação do risco é entender a taxa de ocorrência de uma condição em uma dada população e calcular o risco de outras desenvolverem a mesma condição. Risco cotado em termos de taxas, riscos relativos, categorias e proporções desiguais se refere à frequência estimada de ocorrência de um evento na comunidade”. (p.666)<sup>53</sup>

A autora comenta que, apesar de os profissionais de saúde considerarem a análise de riscos importante para predição e eliminação de incertezas, a abordagem epidemiológica tem recebido críticas. Isso se dá por conta da importância, cada vez mais enfatizada, de serem considerados os determinantes sócio-culturais no entendimento da distribuição e controle da doença.

Reconhece-se hoje que o modo de viver das pessoas não pode ser avaliado em termos quantitativos. Através do conceito epidemiológico de risco, seria reduzida a complexidade, já que os dados são despersonalizados e objetivados para

---

<sup>51</sup> MORIGUCHI, Emílio H.; VIEIRA, José Luiz C., *ibid.*

<sup>52</sup> HANDWERKER, Lisa (1994). Medical Risk: implicating poor pregnant women. In: *Soc. Sci. Med.* Vol. 38 no. 5 pp.665-675.

<sup>53</sup> HANDWERKER, Lisa (1994), *ibid.*

enquadrarem-se em uma abordagem “científica”, deixando de lado questões fundamentais do significado do risco, que certamente difere para epidemiologistas, clínicos e pacientes.

Para Handwerker<sup>54</sup>, a abordagem epidemiológica direciona a responsabilidade da doença sobre o paciente, sem levar em conta as diversidades culturais dos mesmos.

Três principais fatores são apontados por estudos clínicos e experimentais, como fatores de risco para doenças degenerativas, que constituem especial preocupação da Saúde Pública, segundo Bertolami<sup>55</sup>: fatores socioeconômicos, comportamentais e genéticos.

Os fatores sócio-econômicos (renda, escolaridade, ocupação, condições ambientais, estresse psicossocial) e comportamentais (tabagismo, sedentarismo, inadequação alimentar, obesidade) estão associados a 70% a 80% dos casos, sendo os restantes decorrentes de fatores genéticos ou hereditários.<sup>56</sup>

Prevenção e tratamento, através de modernos procedimentos cirúrgicos e terapêuticos, têm diminuído a mortalidade por doenças cardiovasculares. No entanto, muitas vezes a primeira manifestação é o infarto agudo do miocárdio que produz sério comprometimento e em muitos casos a morte súbita. Prevenir a doença e sua evolução é crucial para evitar esse desenlace. É onde se torna importante o conhecimento dos diversos fatores de risco. O cuidado não se deve prender ao aparecimento da doença, mas deve-se estender, desde a mais tenra infância, por toda a vida.

---

<sup>54</sup> HANDWERKER, Lisa (1994), *ibid.*

<sup>55</sup> BERTOLAMI, Marcelo Chiara (2000). Fatores de risco e estratégias preventivas: Intervenções Populacionais. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Editora Atheneu.

<sup>56</sup> BERTOLAMI, Marcelo Chiara (2000), *ibid.*

Bertolami<sup>57</sup> recomenda uma estratégia populacional de eliminação de riscos que abranja toda a população e não apenas o indivíduo com alto índice de riscos, que deve ser preconizada por pessoas e entidades ligadas à saúde. Esta estratégia trará grandes benefícios, principalmente com relação às populações futuras.

As doenças cardiovasculares são doenças degenerativas crônicas que trazem enorme prejuízo pessoal, diminuindo a autonomia e a qualidade de vida do enfermo, além do prejuízo social, por conta do impacto econômico que ocasiona, devido aos elevados custos dos tratamentos necessários.

Sabe-se que muita atenção tem-se dado à prevenção de caráter comportamental e genético. No meu entender pouco se fala dos fatores sócio-econômicos, quando são abordados os fatores de risco e estes estão amplamente presentes, principalmente em centros urbanos, como o Rio de Janeiro, onde se desenvolveu a presente pesquisa.

Dessas elucubrações pode-se depreender que a pesquisa qualitativa é importante para a área da saúde. Esta, não deve prescindir de dados da pesquisa quantitativa, mas utilizar-se desses dados como ponto de partida e apoio, buscando complementar os achados epidemiológicos, para que estes sejam relativizados, quando o profissional de saúde se depara com o ser humano que sofre e que deve ser visualizado como inserido num espaço psicossocial que lhe é próprio.

---

<sup>57</sup> BERTOLAMI, Marcelo Chiara (2000), *ibid.*

## 2.4 MASCULINIDADE COMO FATOR DE RISCO

Keijzer<sup>58</sup>, reportando-se à questão da masculinidade como fator de risco, afirma que o modelo de masculinidade dominante está entrando em crise, nos últimos anos, por conta dos emergentes modelos de feminilidade, porém, observa-se que a educação dos homens, desde meninos, induz a comportamentos estereotipados que redundam em alto custo sobre a saúde.

Há, portanto, evidente vinculação entre a socialização masculina com determinados tipos de enfermidades, como por exemplo, o câncer pulmonar em decorrência de tabagismo e a cirrose hepática como consequência da dependência etílica. Essa socialização predispõe a certos tipos de causas de morte, das quais, além das citadas, sobressai a violência que eleva as estatísticas de homicídios e suicídios.

Keijzer<sup>59</sup>, analisa estatísticas mexicanas, que corroboram sua tese de que a masculinidade envolve risco, apontando uma “sobremortalidade” masculina, especialmente causada por três principais causas: acidentes, homicídio e cirrose hepática. Em seu trabalho de campo confirmou os fatores psicossociais que levam os homens a essa condição, assumindo riscos desnecessários e descuidando de sua saúde.

Barbosa<sup>60</sup> descreve trabalho levado a efeito com homens do ABC Paulista, cujo objetivo foi estabelecer relações entre as categorias de gênero e

---

<sup>58</sup> KEIJZER, Benno (1997) El varon como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. In: Tuñon, Esperanza (coord.) *Género y salud en el sureste de México*. Villahermosa: ECOSUR Y UJAD.

<sup>59</sup> KEIJZER, Benno (1997), *Ibid.*

<sup>60</sup> BARBOSA, Sergio Flavio (1998). Experiência de intervenções com homens: para além de abrir vidros de Azeitonas. . In: ARRILA, Margareth; RIDENTE, Sandra G.V.; MACHADO, Benedito. *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/ Editora 34.

saúde. Através de reflexão individual e grupal, pesquisou o que significaria ser homem e mulher, para homens das camadas sociais menos favorecidas. Na oficina proposta, “Começando a entender o nosso corpo”, surgiram expressões como: “é falar coisa de viado”, “com meu corpo não há nada de errado”, o que sugere, segundo o autor, que para esses homens, o corpo está associado à feminilidade e que cuidados de saúde são assunto de mulher e de criança.

Essa idéia leva os homens a assumir riscos desnecessários em relação à saúde, já que a prevenção é coisa de mulher e de criança e a doença é sinônimo de fraqueza, devendo ser negada até quando possível e o tratamento abandonado assim que alguma melhora se estabeleça. Isso pode ser constatado pela maior procura, pelas mulheres, de atendimento nos hospitais e postos de saúde, em busca de tratamento, curativo ou preventivo.

Assim, podemos verificar que existem muitas semelhanças entre as experiências de Keijzer no México e o que ocorre em nosso país, já que temos igualmente uma ancestralidade latina, cujos padrões se sobrepõem às demais culturas, que em caldeamento, originaram a cultura específica do Brasil.

Partindo do pressuposto de que o gênero se situa além do biológico e é construído social e culturalmente, solidificando-se durante todo o processo de socialização, estabelecendo formas de representação e valoração próprias e de atuação no mundo, Keijzer define a masculinidade como “*um conjunto de atributos, funções e condutas que se supõem essenciais ao homem em uma determinada cultura*”.(p.2) <sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> KEIJZER, Benno (1997), op.cit., p. 2.

O autor aponta que, no México, apesar de haver diferenciação dentro de alguns grupos étnicos e cultura regionais, prevalece uma forma hegemônica de socialização dos homens, construída histórica e socialmente. Mesmo as formas alternativas de socialização tomam aquela como referencial. E declara:

“Nesta socialização existem algumas claras vantagens para o homem, algumas das quais, com o tempo e sua estereotipagem vão se transformando em um custo sobre sua saúde (e de outras e outros). Exemplo disso são uma maior independência, a agressividade, a competição e a incorporação de condutas violentas e temerárias em aspectos tão diversos como a relação com veículos, adicção, a violência e a sexualidade.” (p.3)<sup>62</sup>

Dessa forma, os homens são ensinados desde tenra idade, através das famílias, das redes sociais e instituições, incorporando essas características que lhe trazem aceitação social e poder nas relações de gênero.

No que se refere a essa masculinidade hegemônica, socialmente construída, segundo Keijzer<sup>63</sup>, três tipos de risco se evidenciam: o risco em relação às mulheres, em relação aos homens e em relação a si mesmos.

Isso se explicita através das estatísticas que se verificam no México, que mostram uma mortalidade mais elevada entre homens. Além do alcoolismo, e de acidentes de carro, aparecem como “causa mortis” as disputas levadas ao extremo, suicídios consumados, tabagismo e outras adicções, além da falta de cuidados em relação às doenças em geral, e aquelas sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS.

Nessa pesquisa, buscando uma aproximação maior ao tema, apresentamos as estatísticas de mortalidade masculina e feminina no Brasil e nos Estados Unidos, decorrente de doenças cardiovasculares, que demonstram a

---

<sup>62</sup> KEIJZER, Benno (1997), op.cit., p. 3.

<sup>63</sup> KEIJZER, Benno (1997), Ibid

prevalência em homens e nos permitem também refletir sobre a possibilidade de essas enfermidades serem enquadradas na noção de masculinidade de risco, preconizada por Keijzer<sup>64</sup>.

A questão das diferenças de gênero é importante nesse aspecto, pois, embora as transformações sociais, inclusive o progressivo empoderamento das mulheres, tenham trazido mudanças na socialização de meninos e meninas, esse processo de transformação apresenta nuances diferentes nos vários segmentos sociais. Mesmo em setores onde os avanços poderiam ser considerados adiantados, ainda permanece o chamado “neomachismo”, que seria um tipo de machismo “light”, caracterizado pela manutenção de muitos padrões do machismo clássico.

Para mudar esse esquema a proposta de Keijzer<sup>65</sup> seria a de que se buscasse encontrar em que momento, onde e como foram bloqueados, nos homens algumas capacidades humanas, por serem consideradas femininas, e de que forma é possível desconstruir esse bloqueio. Esse raciocínio nos leva a refletir sobre como se desenvolvem os processos de socialização dos seres humanos, e, mais especificamente, como se desenrola a socialização dos homens em nossa sociedade ocidental.

## 2.5 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO MASCULINO

Para Freire-Costa<sup>66</sup>, identidade é *“tudo aquilo que se vivencia (sente, enuncia) como sendo eu, em oposição àquilo que se percebe ou enuncia como não eu”* (p.22). É uma experiência complexa, formada por múltiplos sistemas de

---

<sup>64</sup> KEIJZER, Benno (1997), Ibid

<sup>65</sup> KEIJZER, Benno (1997), Ibid

<sup>66</sup> FREIRE-COSTA, Jurandir (1989). Psicanálise e contexto cultural Rio de Janeiro: Campus

representações, que estão relacionados ao contexto sócio-cultural de cada indivíduo.

Um indivíduo se identifica de forma múltipla, de acordo com os vários papéis que desempenha, podendo ser observadas em cada um, várias identidades (social, étnica, religiosa, de classe, profissional, política, etc.), todas elas regidas por específicos sistemas de normas identificatórias. Essas normas, quando não observadas, levam o sujeito a um conflito subjetivo ou conflito identificatório, por se julgar “fora do normal”, “abaixo do normal” ou “anormal”.

O autor assinala que nem todo o conflito identificatório se constitui em patologia, mas a perturbação psíquica se estabelece quando o conflito identificatório é da ordem da identidade psíquica. A identidade psicológica, para Freire-Costa é

“o sistema de representações que se mostra à consciência do sujeito como um predicado universal e genérico, definidor por excelência do humano.” (p.22)<sup>67</sup>

Qualquer alteração das representações internalizadas como universais, na construção de determinada identidade é percebido como desvio. Como exemplo, o autor cita a identidade psicológica masculina, para a qual o principal parâmetro é a diferença sexual de gênero, mais precisamente a heterossexualidade. Desejo e comportamento heterossexuais são percebidos como naturais na constituição da identidade masculina.

Goffman<sup>68</sup> (1985) utiliza a dramaturgia para elucidar como se realizam as interações sociais e de que modo os indivíduos constroem seus papéis nos vários âmbitos em que atuam na vida. O papel social, para o autor, se define quando o ator

---

<sup>67</sup> FREIRE-COSTA, Jurandir (1989), *ibid.*

<sup>68</sup> Goffman, Erving (1985) *A representação do Eu na vida cotidiana*, Petrópolis: Vozes

social representa um ou mais movimentos para o mesmo público. Essa representação, no sentido dramático, leva o ator a atitudes que corroborem a impressão que deseja causar e como deseja ser percebido pelos demais. Assim, o indivíduo utiliza-se de uma “fachada”, “um equipamento” expressivo de tipo padronizado, intencional ou inconscientemente empregado durante sua representação.

A fachada pode tornar-se institucionalizada, tornando-se representação coletiva e nesse caso o papel social deverá enquadrar-se na fachada estabelecida para esse papel. O desempenho social está, pois, diretamente ligado aos valores oficialmente reconhecidos pela sociedade em que se processa. Há, portanto, uma idealização de desempenhos relacionada aos diferentes papéis sociais.

Berger e Luckmann<sup>69</sup> consideram ser a sociedade uma realidade que deve ser estudada como um processo em curso, envolvendo aspectos objetivos e subjetivos, que se desenrolam em três momentos, os quais acontecem simultaneamente: exteriorização, objetivação e interiorização

O ser se exterioriza no mundo social e o interioriza como realidade objetiva, participando ativamente desse processo dialético. No entanto, para chegar a essa interação, o indivíduo passa por um processo de socialização gradativo que ocorre, segundo os autores em duas etapas: a socialização primária, que se dá na infância e a socialização secundária que se realiza nos anos subsequentes.

O processo de socialização primária introduz o sujeito como membro da sociedade e é transmitido por agentes significativos que “filtram” o mundo social,

---

<sup>69</sup> BERGER, Peter I.; LUCKMANN, Thomas (1985). A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes.

de acordo com suas perspectivas próprias e de acordo com sua própria inserção na estrutura social. Essa cognição envolve afetos e é carregada de emoção, pois a criança deve se identificar com o agente significativo, sem o que não haverá interiorização. E afirmam Berger e Luckmann:

“A personalidade é uma entidade reflexa que retrata as atitudes tomadas pela primeira vez pelos outros significativos com relação ao indivíduo, que se torna o que é pela ação dos outros significativos. Esse processo não é unilateral nem mecanicista. Implica uma dialética entre a identificação pelos outros e a auto-identificação, entre a identidade objetivamente atribuída e a identidade subjetivamente apropriada”. (p.177)<sup>70</sup>

A criança, nesse processo interioriza normas, atitudes e papéis e neles embasada, elabora suas generalizações, solidifica sua identidade e seu conceito de sociedade e realidade. Ao mesmo tempo, entra no simbólico interiorizando a linguagem, o que leva ao estabelecimento de uma relação simétrica entre a realidade objetiva e subjetiva.

A partir daí, inicia-se a socialização secundária, que é a aquisição de conhecimentos de funções específicas, provenientes de vários setores da sociedade, nos quais o indivíduo se insere no decorrer de sua vida. No entanto, ao contrário da socialização primária, a socialização secundária não envolve identificação com os agentes, nem necessariamente demanda afeto.

Segundo ainda Berger e Luckmann, as realidades interiorizadas na socialização primária são fortemente arraigadas, sendo muito mais difícil destruí-las, do que anular aquelas, internalizadas na socialização secundária.

---

<sup>70</sup> BERGER, Peter I.; LUCKMANN, Thomas (1985), Ibid.

Reinterpretando os conceitos de socialização primária e secundária, Nicolaci-da-Costa<sup>71</sup> sugere que, pode haver continuidade ou descontinuidade, entre os processos simbólicos internalizados nas socializações primária e secundária. Na idade adulta pode-se observar conflito entre as representações internalizadas na infância e aquelas que foram internalizadas durante a inserção social, que acontece no decorrer de toda a vida.

A autora defende que, o conjunto de valores mais primitivos, adquiridos na socialização primária, são deslocados e estariam localizados em níveis inconscientes, no caso de se estabelecer a “descontinuidade socializadora”, porque o indivíduo não mais se identifica com eles de forma total. Figueira, apud Nicolaci da Costa<sup>72</sup> (1985) define como desmapeamento as mudanças que se estabelecem entre o conjunto de valores (mapas) mais precoces e o conjunto subsequente adquirido na vivência adulta.

Assim, homens e mulheres, como atores sociais que são, não se desenvolvem apenas a partir da internalização de signos e valores internalizados na primeira infância, porém vão elaborando e reelaborando essas informações. No entanto, pode-se deduzir que de qualquer forma, os primeiros paradigmas são sumamente importantes na construção do sujeito, principalmente no que se refere à questão da diferenciação de gêneros.

Foi através dos estudos feministas que se chegou à percepção de que o gênero é um princípio organizador importantíssimo em nossa sociedade. Desde os estudos de Margareth Mead, em 1935 constatou-se a diferenciação dos papéis masculino e feminino.

---

<sup>71</sup> NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria (1985) Mal-estar na família: descontinuidade e conflito entre sistemas simbólicos, In FIGUEIRA; Sérvulo (1985) Cultura da Psicanálise. São Paulo: Brasiliense

<sup>72</sup> NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria (1985), Ibid.

A antropologia feminista tem demonstrado que comportamentos e atributos associados à masculinidade diferem de cultura para cultura, ou seja, a idéia do que é ser homem ou ser mulher, constrói-se socialmente. A masculinidade é pois, variada, de acordo com as diferentes culturas e, assim como a feminilidade, por ser socialmente construída, é mutável e está sujeita ao contexto histórico e relacional.<sup>73</sup>

Apesar de se poder falar em “masculinidades”<sup>74</sup>, no entanto, ainda permanece no imaginário social uma determinada masculinidade hegemônica, que reforça comportamentos masculinos de agressividade e de risco, bem como distanciamento emocional. Essa masculinidade hegemônica vem sendo ameaçada por mudanças em escala global, que são importadas para a nossa sociedade através da mídia e, em especial, com a disseminação das idéias feministas que vêm ampliando cada vez mais a participação das mulheres no âmbito social.

Assim, a questão de gênero não está ligada ao biológico mas, é um produto dos significados vinculados à diferenciação biológica dos seres humanos, significados estes, que variam no tempo e no espaço, quer dizer, em diferentes épocas e diferentes culturas e, ainda, em diferentes grupos sociais dentro de uma mesma cultura.

Robert Bannon e Deborah David (apud Garcia)<sup>75</sup>, estabelecem algumas categorias básicas da masculinidade americana, que se pode considerar como referência para a reflexão da masculinidade brasileira: repudiar e desvalorizar qualquer comportamento considerado feminino; não manifestar sensibilidade e não

---

<sup>73</sup> KIMMEL, Michael S. (1987). Rethinking “Masculinity”. In: KIMMEL, Michael S. Changing men: new directions in research on men and masculinity. California: Sage Publications Inc.

<sup>74</sup> CONNELL, R.W.(1995). Masculinities. Los Angeles, Berkeley: University California Press.

<sup>75</sup> GARCIA, Sandra Maria (1998). Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARRILA, Margareth; RIDENTE, Sandra G.V.; MACHADO, Bedito. Homens e Masculinidades: outras palavras. São Paulo: ECOS/ Editora 34.

temer riscos, enfrentando situações ainda que com comportamentos agressivos. Ainda que a análise se prenda ao comportamento sexual masculino, podemos deduzir que essas características, que também são aceitas em nossa sociedade como construtoras da masculinidade, têm seu papel em todas as atividades do homem.

Cáceres<sup>76</sup>, comentando pesquisa elaborada com população homossexual masculina peruana, assinala que na América Latina contemporânea, “*o status de homem é outorgado de forma automática a quem, nascido biologicamente masculino, chega a uma ‘certa maturidade’*”. Esse reconhecimento requer, em troca, a demonstração de experiências sociais e sexuais específicas que, de algum modo, operam como ritos de passagem: alguém *se faz homem* e os demais prestam atenção para *certificá-lo*. O autor ressalva que nem todos os homens são iguais e que, nas últimas décadas, se modificaram as regras sociais que delimitam o status de homem, porém, fazer-se homem e manter-se homem ainda permanece dependendo da avaliação e regras estabelecidas culturalmente.

Reportando-se a um trabalho de campo realizado com os cabilas na Argélia, nas décadas de 50 e 60, Bourdieu<sup>77</sup> sugere que essa sociedade pode ser analisada como modelo histórico de estruturas fundamentais que até hoje sobrevivem na sociedade ocidental, sobre as diferenças construídas socialmente entre homens e mulheres. Naquela sociedade, meninos e meninas, desde a mais tenra idade são submetidos a específicos ritos de passagem que vão definindo suas identidades de gênero. E afirma:

---

<sup>76</sup> CÁCERES, Carlos (1999). Masculinidades negociadas: identidades e espaços de possibilidade sexual em um grupo de michês em Lima. In: BARBOSA, Regina M.; PARKER, Richard. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; SÃO Paulo: Ed. 34.

<sup>77</sup> BOURDIEU, Pierre (1998) Conferência do premio Goffman: A dominação masculina revisitada. In: LINS, Daniel (org.). *A dominação masculina revisitada*. Campinas, SP: Papirus.

“As diferenças sexuais estão inseridas e submersas num sistema de oposições antropológica e cosmológica que são constitutivas de uma visão e de uma experiência de mundo. Essas diferenças fazem parte de uma cosmologia sexualizada (ou de gênero) que se encarna na topologia sexual do corpo socializado, de seu comportamento, de sua espacialidade e mobilidade.” (p.17)<sup>78</sup>

Bourdieu<sup>79</sup> acentua que a diferenciação entre os gêneros, assim definida como originária na cosmologia, é uma construção social naturalizada e se completa no trabalho de socialização, sendo que a educação tem ação psicossomática, ou seja, somatiza a diferenciação. A sociedade corporifica a diferenciação entre os sexos através de diversas modalidades, como os rituais de circuncisão ou as competições esportivas.

Freire-Costa<sup>80</sup> considera que, em nossa cultura, a masculinidade se constrói em oposição à homossexualidade e não em oposição à feminilidade, pois, a educação é direcionada a incutir, nos meninos, desde a mais tenra idade, características específicas, que possam explicitar claramente sua virilidade.

O menino desde cedo deve ser “respeitado”, o que significa não ter medo de violências físicas. Virilidade inclui, nesse sentido, estar apto para dar conta de situações agressivas, o que lhe acarretará admiração e respeito de seus pares. Ternura, competência intelectual, solidariedade, gentileza, são menos valorizados na educação do menino do que sua competência em não se deixar subjugar.

Ainda segundo o autor, não se pode negar que o ser humano, assim como o animal, tem a agressividade como elemento biológico, mas é na construção da identidade masculina que essa é incentivada e desenvolvida.

---

<sup>78</sup> BOURDIEU, Pierre (1998), Ibid

<sup>79</sup> BOURDIEU, Pierre (1998), Ibid.

<sup>80</sup> FREIRE-COSTA, Jurandir (1989), op.cit.

Na vida adulta, o trabalho torna-se prioritário na vida do homem, que busca nele, quase sempre, não uma satisfação intrínseca, mas a possibilidade de realização material e ascensão social. Sua agressividade é canalizada para a obtenção desses objetivos.

Para Goffman<sup>81</sup> (1985) os desempenhos idealizados podem ser observados nas sociedades estratificadas, nas quais os estratos superiores são idealizados e se tornam aspiração dos estratos inferiores. Esse desejo é baseado, não apenas na motivação de alcançar posição de prestígio, mas *“no desejo de posição junto ao centro dos valores comuns da sociedade”*. (p.41)

Dessa forma, para alcançar a mobilidade ascendente são necessários desempenhos esperados, o que implica em esforços que se traduzem em sacrifícios, na busca de adequação ao que se espera quanto à posição idealizada. E sinaliza Goffman:

“Ser uma determinada espécie de pessoa, por conseguinte, não consiste meramente em possuir os atributos necessários, mas também em manter os padrões de conduta e aparência que o grupo social do indivíduo associa a ela”. (p.74)<sup>82</sup>

Um dos principais símbolos de ascensão social é, na sociedade ocidental o status conferido pela riqueza material. A ansiedade dessa busca produz desgaste emocional dramático, além de doenças degenerativas precoces, originárias de um estado constante de tensão psíquica, pois um eventual fracasso é sentido como humilhação e descrédito. Por isso para muitos homens o trabalho é um campo de guerra diária, inseguro, instável e perigoso, onde eles se vêem confrontados com inimigos que pretendem destruí-los.

---

<sup>81</sup> Goffman, Erving (1985) A representação do Eu na vida cotidiana, Petrópolis: Vozes.

<sup>82</sup> Goffman, Erving (1985), *ibid.*

A educação de um menino, segundo Nolasco<sup>83</sup>, parte do pressuposto de que é pelo trabalho que o homem conseguirá sua independência financeira e poderá viabilizar a ruptura dos vínculos familiares, afirmando, só então, a sua masculinidade. E assinala:

“Para os homens, o trabalho tem uma dimensão cartográfica, pois define a linha divisória entre as vidas pública e privada, e, ao mesmo tempo tem uma dupla função para suas vidas. A primeira é ser o eixo por meio de que se estruturará seu modo de agir e pensar. A segunda função é inscrever sua subjetividade no campo da disciplina, do método e da violência, remetendo-os a um cotidiano repetitivo” (p.50)<sup>84</sup>

O autor considera que, assim como a maternidade se fundiu à identidade feminina, o trabalho representa o mesmo papel em relação à identidade masculina, conferindo aos homens um “status”, um lugar no cenário social. Regulando sua vida sexual e afetiva, o trabalho, para os homens, tem papel prioritário e a experiência de desemprego é um momento crucial pois os tornam perdidos no tempo e no espaço.

Para Nolasco<sup>85</sup> são os valores e a dinâmica do capitalismo na cultura Ocidental, que reforçam e definem o comportamento masculino em relação ao trabalho.

A sobrevivência do sistema depende da manutenção de um modelo tradicional de homem: ambicioso, esperto, prepotente, dominador, agressivo, em suma, viril, buscando a posse, o poder, a competição e o status social. Essa situação leva os homens a constante tensão interna, pois deverão estar sempre atentos para se pautar pelas expectativas sociais, a fim de receberem a confirmação de seu papel no mundo.

---

<sup>83</sup> NOLASCO, Sócrates (1993) *O mito da Masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.

<sup>84</sup> NOLASCO, Sócrates (1993), *ibid.*

<sup>85</sup> NOLASCO, Sócrates (1993), *Ibid.*

As estratégias e táticas masculinas se direcionam a uma escalada, que lhes trará, segundo o imaginário da cultura capitalista ocidental, todas as recompensas. Essas estratégias compreendem táticas de controle do espaço e do tempo no âmbito das instituições, nas quais se ocupam.

Outras táticas são os jogos de poder e comportamentos defensivos, em vista de ameaça competitiva, e, muitas vezes, atitudes agressivas e mesmo violentas. São essas tensões que Nolasco<sup>86</sup> identifica como responsáveis pela “*construção de um corpo guerreiro*”. Por conta das tensões causadas por essa exigência de um desempenho em busca da manutenção do emprego, possível ascensão hierárquica, e promessas de prestígio e sucesso, o espaço doméstico é minimizado, tornando-se, em alguns casos, inexpressivo e secundário. A vida pessoal é relegada a um segundo plano, em favor da dedicação ao trabalho, e isso certamente repercute na qualidade de vida em termos de limitação de momentos de lazer e relacionamento familiar e social.

Essas circunstâncias podem conduzir ao estresse e esse por sua vez levar o indivíduo a adoecer. No entanto, o ator social tem a possibilidade de escolha e nem todos os homens irão se pautar pelas expectativas sociais que se colocam a seu respeito. Porém é inegável a influência do contexto social na formação do projeto de vida individual.

## **2.6 O PROJETO DE VIDA INDIVIDUAL**

Numa sociedade complexa, duas opções se oferecem: a individualização ou a desindividualização, sendo também essa última uma escolha

---

<sup>86</sup> NOLASCO, Sócrates ( 1993), Ibid.

individual. O grau de valorização ou desvalorização da individualidade será, no entanto, diverso em culturas diferentes.

Quando ocorre a individualização, esta dependerá de normas e valores estabelecidos, porquanto, mesmo em culturas que valorizam abandonar, de forma mais radical, os padrões vigentes, tal ato caracterizar-se-á num “desvio”, que levará à procrastinação e estigmatização, segundo Gilberto Velho<sup>87</sup>.

A partir de estudos históricos o autor demonstra que, mesmo nas culturas mais “totalizadas” ou hierarquizadas, é possível encontrar-se alguma forma de individualização. Exemplos disso são os líderes que em diversas sociedades, promoveram grandes mudanças sociais. Em contra-partida nas “*modernas sociedades industriais individualistas encontram-se dimensões e instâncias desindividualizadoras*” (p.24) e cita como uma dessas instâncias a religião, além da carreira, da institucionalização e da própria inserção familiar.

Da mesma maneira, os projetos específicos individuais, segundo ainda Velho<sup>88</sup>, estão sujeitos à influência da cultura já que o indivíduo é construído culturalmente. Os fatores emocionais, o estilo e a história de vida determinam a elaboração de projetos individuais, porém, há necessidade de comunicação com outros atores sociais. Logo, segundo o autor, não se pode considerá-los como apenas subjetivos e nem somente fatos sociológicos.

O projeto individual de vida, está referido aos demais membros da sociedade e aos seus próprios projetos, quer em termos de modelo, ou contestação. São os projetos dos demais que limitam e operacionalizam os projetos de um

---

<sup>87</sup> VELHO, Gilberto (1994) *Individualismo e Cultura*: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor

<sup>88</sup> VELHO, Gilberto (1994) *Ibid.*

determinado indivíduo. Assim, afirma Velho que, *“por mais esotérico e particular que seja, um projeto tem de se basear em um nível de racionalidade cotidiana em que expectativas mínimas sejam cumpridas”*.<sup>89</sup>

As emoções são enfatizadas pelo autor<sup>90</sup> como matéria prima constitutiva do projeto individual. Estas, são aceitas ou não, nos grupos e na sociedade, o que dificulta ou viabiliza sua realização. Em decorrência disso, o estudo dos projetos será, necessariamente, vinculado ao estudo das emoções. Numa sociedade fragmentada, é indispensável, portanto, compreender os diferentes contextos em que os indivíduos estão inseridos e nos quais desempenham seus papéis, para que se possa entender comportamentos e possíveis incompatibilidades e contradições.

A partir dessas afirmações, podemos deduzir que, os atores sociais, apesar de poderem fazer suas escolhas, no que se refere ao seu projeto de vida, estas opções estarão condicionadas ao entorno psicossocial, quer em se tratando da aceitação, quer na contestação de normas vigentes.

No caso dos homens, observa-se que, em muitos casos, tendem a se enquadrar no modelo de masculinidade tradicional, que lhes é atribuído desde a mais tenra infância. Planejando sua vida de modo a que o trabalho se sobreponha à família, às relações e ao lazer, aumentam o risco de doenças, especialmente as cardiovasculares, pois sua qualidade de vida é incompatível com a desejável preservação da saúde.

---

<sup>89</sup> VELHO, Gilberto (1994), *Ibid*, p. 28.

<sup>90</sup> VELHO, Gilberto (1994), *Ibid*.

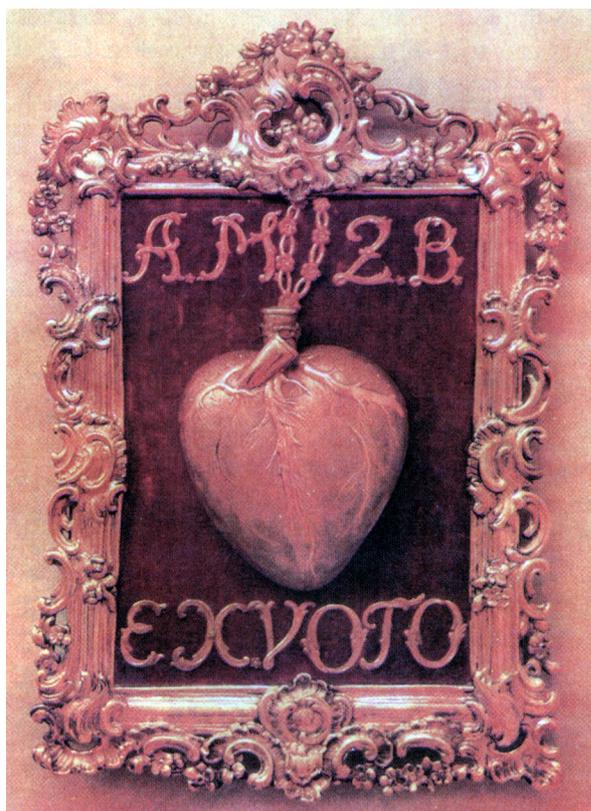


Fig. 04 – Ex-voto datado de 1770, que se encontra na Igreja de Lichtental, Alemanha (Nager, 1993)  
*Fonte: PORTO, Celso Celso, 1998.*

## 2.7 A QUALIDADE DE VIDA

No aspecto da melhoria da qualidade de vida do ser humano, em sentido amplo, Sachs<sup>91</sup> defende a necessidade de uma administração harmoniosa do tempo e do espaço.

Para que a qualidade de vida seja melhor, sugere, por exemplo, que os horários de trabalho e férias deverão ser compatíveis com as condições climáticas do lugar. Meios de transporte adequados e meios de comunicação facilitados são também necessários. Espaços livres de poluição e espaços de lazer são imprescindíveis, além de equipamentos sociais e culturais, infraestrutura de energia e saneamento. Devem ser incrementados associações e centros culturais, observando-se as preferências de cada sociedade e sua especificidade em termos ecológicos e culturais, para a construção de determinados espaços de uso comum.

Em suma, o ecodesenvolvimento, por ele preconizado, não se prende apenas à preservação do ambiente, mas estende-se à implementação de melhor qualidade de vida das populações que nele vivem, numa interação homem/ambiente.

Em revisão de 75 artigos publicados internacionalmente, sobre qualidade de vida, a dificuldade de conceituá-la é comentada por Silva<sup>92</sup>, que constata que apenas onze desses artigos definem a expressão. Segundo o autor:

“A tendência atual é considerar a qualidade de vida sob enfoque multidimensional, no qual se incluem as condições de saúde física (inclusive mobilidade), o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, a comunicação, a alimentação, a reserva energética, a

---

<sup>91</sup> SACHS, Ignacy (1980). *Stratégies de l'écodéveloppement*. Paris: Les Éditions Ouvrières.

<sup>92</sup> SILVA, Marco Antonio Dias (2000). Qualidade de vida e Cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo. *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Editora Atheneu

presença/ausência de dor, o comportamento emocional, o lazer, o trabalho, a vida familiar e sexual” (p.69)<sup>93</sup>

Ainda, de acordo com Silva<sup>94</sup>, o nível de possibilidade de concepção e realização de um projeto de vida, também deve ser considerado. Portanto, a qualidade de vida é da ordem do individual e subjetivo, pois, depende do que o indivíduo espera e planeja em sua vida e está relacionada com o grau de satisfação com a sua vida e o grau de controle que exerce sobre ela.

Silva<sup>95</sup> distingue a qualidade de vida geral da qualidade de vida que se refere à saúde. A primeira estaria relacionada aos indivíduos aparentemente sãos, do ponto de vista físico, e seu grau de satisfação pessoal. A segunda, que pode mais facilmente ser objetivada e medida, diz respeito aos que apresentam problemas físicos que se instalam na vida dos pacientes, com níveis diversos de intensidade, em vista do grau de limitação e desconforto acarretados pela doença ou mesmo, pelo tratamento necessário. Seguindo esse raciocínio, com respeito às cardiopatias e qualidade de vida, o autor propõe dois enfoques:

a) a boa qualidade de vida, no sentido geral, que opera preventivamente, como diminuição de risco de desenvolvimento de cardiopatias;

b) o impacto na qualidade de vida do portador causado pela doença e pela terapêutica exigida.

Silva<sup>96</sup> abstem-se de discorrer sobre outros fatores de risco, como hábitos alimentares ou tabagismo, para deter-se na relação da qualidade de vida com as doenças coronarianas. Para ele o “estado de felicidade” daqueles que estão

---

<sup>93</sup> SILVA, Marco Antonio Dias (2000), Ibid, p. 69.

<sup>94</sup> SILVA, Marco Antonio Dias (2000), Ibid.

<sup>95</sup> SILVA, Marco Antonio Dias (2000), Ibid.

<sup>96</sup> SILVA, Marco Antonio Dias, (2000), Ibid.

“bem com a vida” seria fator de diminuição de risco de doenças coronarianas, enquanto que a depressão e o estresse, por exemplo, segundo várias pesquisas por ele apontadas, constitui fator de risco independente para essas doenças.

No âmbito do trabalho, vários fatores surgem para que não se tenha uma boa qualidade de vida. Marmot e colegas, apud Silva<sup>97</sup>, atribuem à sensação de baixo controle e poder de decisão na atividade profissional a prevalência, em termos sócio-econômicos, da doença coronariana, principalmente nos escalões que se situam na base da pirâmide das empresas.

A incidência da moléstia parece estar relacionada à competição, busca de sucesso e perfeccionismo, que são os componentes psicológicos da personalidade tipo A, cujos portadores, comprovadamente, são mais predispostos à doença coronariana. A tensão interpessoal e interior decorrente da busca da ascensão profissional, prestígio e “status” na vida particular é observada na sociedade atual. Isso gera tensão crônica e leva à maior vulnerabilidade para a ocorrência da cardiopatia isquêmica. Segundo ainda o mesmo autor<sup>98</sup>, deve-se levar em conta, ao se abordar a qualidade de vida e fatores de risco para as doenças coronarianas, as relações familiares e afetivas que, muitas vezes, agravam as tensões e a angústia.

Supõe-se que a família deveria ser arrimo e alívio para tensões. O convívio familiar que deveria ser relaxante, o lar que deveria ser o lugar do afeto e do reabastecimento de energias necessárias ao enfrentamento de dificuldades do mundo exterior, muitas vezes só proporciona desprazer e maior estresse, estabelecendo ou colaborando para uma qualidade de vida não desejável.

---

<sup>97</sup> SILVA, Marco Antonio Dias, (2000), Ibid.

<sup>98</sup> SILVA, Marco Antonio Dias, (2000), Ibid.

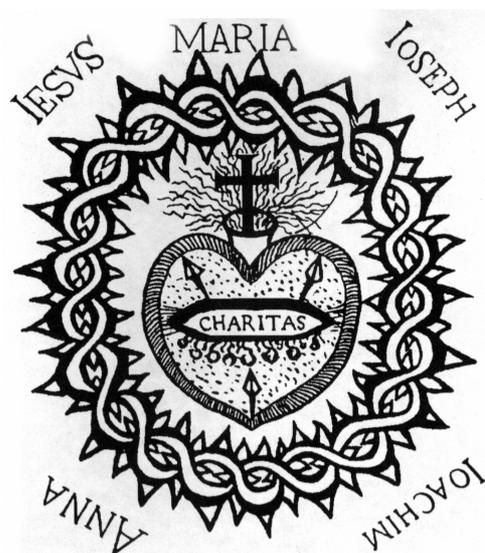
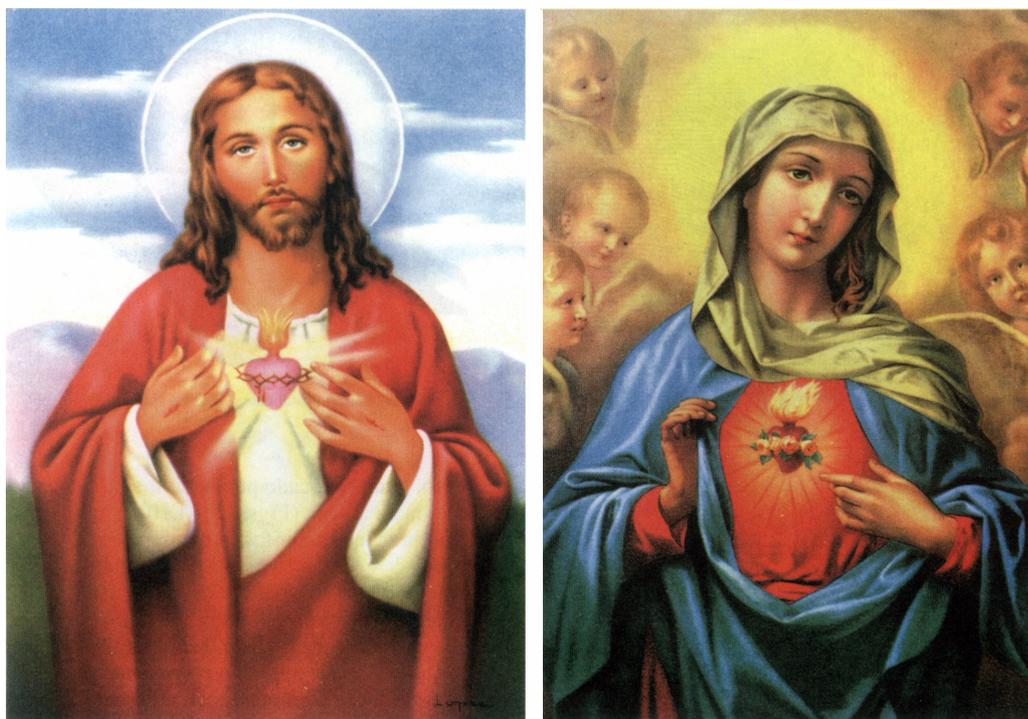


Fig. 05 – Desenho da devoção dos Sagrados Corações de Jesus e de Maria. Culto surgido entre os anos 1100 e 1250  
 Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.



Figs. 06 e 07 – Estampas modernas do Culto aos Sagrados Corações de Jesus e de Maria,  
 Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.

## 2.8 FATORES PSICOLÓGICOS E DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Pode-se perceber mudança significativa na perspectiva da medicina, com relação ao adoecimento, a partir da inclusão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) da categoria diagnóstica “Fatores Psicológicos afetando condições médicas”,

Vasta pesquisa bibliográfica foi necessária para que se processasse tal categorização e o livro com o mesmo nome organizado por Alan Stoudemire<sup>99</sup>, contém artigos oriundos desse minucioso trabalho, sendo que, alguns, se referem especificamente às doenças cardiovasculares e serão aqui citados, entre outros.

Revisando a literatura médica que descreve inúmeras pesquisas, relatos de casos e series de casos, Stoudemire<sup>100</sup> afirma que encontrou evidências sólidas de que os fatores psicológicos e comportamentais podem afetar de forma adversa o curso de doenças, tais como diabetes, doenças gastrintestinais, renais, oncológicas, neurológicas, pulmonares, reumatológicas e cardiovasculares.

O autor relata que a depressão foi, em várias comunicações, fortemente associada a complicações no curso de doenças como infarto do miocárdio e câncer, entre outras. Apesar de controvérsias, evidencia-se a relação entre a doença cardíaca e os padrões de personalidade. A ativação constante do sistema nervoso central por conta de fatores estressantes, está associada à doença arterial coronariana, especialmente à isquemia miocárdica e hipertensão o que tem sido verificado em pesquisas bem documentadas.

---

<sup>99</sup> STOUDEMIRE, Alan (org) (2000). *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artmed.

<sup>100</sup> STOUDEMIRE, Alan (2000). Introdução. In *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artmed.

Segundo ainda Stoudemire<sup>101</sup>, fatores sociais e econômicos, como dificuldades e estresse no trabalho, baixo suporte social e falta de recursos econômicos, constituem fatores de risco para a morte por doença coronariana, mesmo quando os demais fatores estão controlados.

O autor constata que é fora de dúvida a influência de fatores psicológicos no curso das doenças e aponta a necessidade de:

“intervenções preventivas que aumentem o poder de recuperação psicológica a doenças médicas e que estendam a detecção precoce e oportuna e o tratamento de doenças psiquiátricas no contexto da doença médica”. (p.187).

O objetivo seria facilitar que a relação entre esses fatores e a doença, levados em conta, propicie um melhor atendimento aos pacientes.

Embora nas últimas décadas, a partir do desenvolvimento da Psicologia Médica, tenha aumentado a atenção a respeito da influência de fatores psicológicos no desenvolvimento e agravamento das doenças, segundo Stoudemire e Hales<sup>102</sup> a questão não se pode considerar como nova, pois remonta aos tempos de Hipócrates.

Os autores consideram que há dificuldades em generalizar a associação de fatores psicológicos, comportamentais e médicos, mas dados empíricos consideráveis conduzem à afirmação de que os fatores psicológicos *“afetam a saúde física e o início e o fim de pelo menos algumas enfermidades”*. (p.24)

Permanecem, segundo os autores, questões de difícil resposta, como por exemplo: que tipos de fatores psicológicos e comportamentais são esses, que

---

<sup>101</sup> STOUDEMIRE, Alan (2000), *ibid.*

<sup>102</sup> STOUDEMIRE, Alan; HALES, Robert E.(2000). Fatores psicológicos afetando condições médicas. In *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artmed

indivíduos são mais suscetíveis a eles, em que doenças e em até que ponto esses fatores se revelam mais importantes.

Com respeito às doenças cardiovasculares e à morte súbita, Goldstein e Niamura<sup>103</sup>, consideram que três fatores psicológicos estão fortemente relacionados: a personalidade ou padrão de comportamento, a hiper-reatividade fisiológica a estímulos ambientais e os estados afetivos. Os autores se reportam à categorização de Dorian e Taylor acerca dos fatores psicológicos relacionados a essas doenças, que explicita e amplia os três primeiros e assim é apresentada:

- a) estados afetivos: ansiedade, depressão e transtornos situacionais agudos;
- b) Hiper-reatividade fisiológica a estímulos ambientais: reatividade cardiovascular;
- c) Personalidade ou estilo adaptativo: padrão comportamental da personalidade tipo A, componentes do padrão de comportamento tipo A, hostilidade, “raiva internalizada”;
- d) Fatores sócio-culturais: sobrecarga de trabalho, outros fatores ocupacionais;
- e) Fatores interpessoais: falta de suporte social

Ainda, segundo os mesmos autores<sup>104</sup>, foi Friedman em 1969 que descreveu e definiu a personalidade ou padrão de comportamento tipo A (PCTA), cujas características são: hostilidade, urgência de tempo, impaciência,

---

<sup>103</sup>GOLDSTEIN, Michael G.; NIAMURA, Raymond (2000). Doenças cardiovasculares: parte I: doença arterial coronariana e morte súbita. In: GIANNINI, Sergio Diogo. *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Editora Atheneu.

<sup>104</sup> GOLDSTEIN, Michael G.; NIAMURA, Raymond, 2000, Ibid.

agressividade, ambição, competitividade, estabelecimento de padrão excessivamente alto de performance, comportamento auto-exigente, além de características específicas de fala e motricidade como: movimentos rápidos do corpo, músculos do corpo e da face tensos, fala explosiva, mãos apertadas e dentes trincados.

Esse tipo de personalidade, a partir de inúmeros estudos citados por Goldstein e Niamura<sup>105</sup>, é fator de risco para as doenças cardiovasculares, mas recentemente os pesquisadores tentam identificar os componentes da personalidade tipo A, que mais se associam a essas enfermidades. Nesse sentido, várias pesquisas têm sido elaboradas, e estas, apontam a hostilidade expressiva e as interações antagônicas como principais aspectos predisponentes àquela morbidade.

Waldrow (1978)<sup>106</sup> refletindo sobre a maior incidência de Doenças cardiovasculares em homens, nos Estados Unidos conduziu pesquisa relacionando a personalidade Tipo A ao gênero, concluindo que embora os fatores hormonais contribuam para a maior incidência da doença no sexo masculino, deve-se tomar em alta conta os fatores culturais que atribuem tradicionalmente determinados papéis aos homens, os quais promovem e reforçam as características da personalidade do tipo A. Em contrapartida os papéis tradicionalmente referidos às mulheres desde meninas, não incentivam aquelas características.

O comportamento do indivíduo tipo A reflete, de acordo com Helman<sup>107</sup>, algumas contradições que se observam na sociedade ocidental, sendo, inclusive, a própria representação dessas contradições. Conformando-se com os valores

---

<sup>105</sup> GOLDSTEIN, Michael G.; NIAMURA, Raymond, 2000, Ibid.

<sup>106</sup> Waldrow, I. (1978). Type A behavior and coronary heart disease in men and woman. Soc. Sci. Med 12 B, 167-170

<sup>107</sup> HELMAN, Cecil G. (1994) Culltura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas

impostos, o homem é por um lado, recompensado, pois consegue atingir o desempenho vitorioso que dele é esperado.

Por outro lado, prejudicando sua família com suas ausências, usando de competitividade e muitas vezes agressividade e hostilidade na consecução de seus objetivos, seu comportamento pode ser visto como anti-social, por ser prejudicial a ele mesmo, tanto quanto à família, amigos e colegas de trabalho. O prejuízo para si mesmo pode ser antecedente de uma doença que assume caráter punitivo. Segundo Helman<sup>108</sup> :

“Pode-se argumentar que esse paradoxo de valores - em que determinadas formas de comportamento anti-social são constantemente estimuladas pela sociedade - é resolvido, simbolicamente (ao menos em caráter temporário) quando o indivíduo é “punido” por um ataque cardíaco e, ao sair do hospital, assume uma conduta regenerada, frágil e menos agressiva, característica do tipo B.” (p.258)<sup>109</sup>

O padrão de comportamento tipo A, portanto, é típico de nossa cultura ocidental, onde se sobrepõem os valores de uma sociedade industrial e capitalista, que exige competitividade, ambição e sucesso a qualquer preço.

Pode-se deduzir que todas essas características personalógicas levam os indivíduos a comportamentos de risco, que representam séria exposição ao estabelecimento de doenças cardiovasculares, por produzirem, em pessoas suscetíveis, estados de extremo estresse, os quais, acarretando mudanças significativas no organismo humano constituem o veículo daquela predisponência.

---

<sup>108</sup> HELMAN, Cecil G. (1994), Ibid.

<sup>109</sup> HELMAN, Cecil G. (1994), Ibid.

## 2.9 O ESTRESSE

A psiconeuroimunologia é o estudo da inter-relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. Num levantamento sobre estudos dessa área, Cohen e Herbert<sup>110</sup> relatam que, experiências com animais demonstram que o sistema imunológico e o sistema nervoso central interagem, numa dinâmica bidirecional. No caso dos seres humanos, a maior parte da literatura se refere a comportamentos, características e estados psicológicos como “drivers” de respostas do sistema nervoso central e respostas imunológicas.

Esses estudos focalizam a associação entre características e estados psicológicos com a imunidade e procuram entender que caminhos biológicos e comportamentais são responsáveis por essa relação. Investigam também, se mudanças psicológicas induzidas são responsáveis por mudanças na suscetibilidade a doenças.

As pesquisas demonstram que os fatores psicológicos podem influenciar a imunidade, abrindo caminho para diversas doenças. Há evidências de que o estresse, afetos negativos, depressão, falta de suporte social, repressão e abandono podem influenciar indicadores celular e humoral de estados de disfunção imunológicos. Pesquisas apontam, ainda, que há evidências consistentes de ligação entre estresse e afetos negativos, na instalação e progresso de doenças diversas, como resfriados, influenza e herpes, além de doenças auto-imunes.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> COHEN, Sheldon; HERBERT, Tracy B. Herbert (1996) Health Psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human Psychoneuroimmunology. In Annual Review of Psychology, – 47: 113-142.

<sup>111</sup> COHEN, Sheldon; HERBERT, Tracy B. Herbert (1996), *ibid.*

O estresse prolongado influencia acentuadamente o sistema imunológico. Estudo sobre estresse e imunologia levado a efeito por Scheiffer et al em 1989, apud Cohen e Herbert<sup>112</sup>, em estudantes estressados em período de provas, demonstrou que há decréscimo de resposta imunológica nessa situação, em comparação com sua situação não estressante em período de férias. Um outro estudo, conduzido por Stone et al em 1994 (apud Cohen e Herbert)<sup>113</sup>, com voluntários, mostrou que a produção de anticorpos, em face de eventos agradáveis, é maior do que diante de eventos desagradáveis. Foi verificado que no estresse agudo, provocado em laboratório, há diminuição dos fatores imunológicos a partir dos cinco minutos subsequentes à aplicação do fator estressante, sendo que o retorno à condição anterior se verificou uma hora depois.<sup>114</sup>

Embora essas pesquisas se direcionassem à relação entre o estresse e o sistema imunológico pode-se, a partir delas refletir sobre a influência dos fatores estressantes em outros sistemas, como o sistema digestivo, respiratório, reprodutivo e cardiovascular, tema do presente trabalho.

O estresse é um conceito sistematizado em 1936 por Hans Selye<sup>115</sup>, que o definiu como um mecanismo fisiológico que prepara o organismo para responder às influências do meio ambiente, ou seja, um conjunto de reações que um organismo desenvolve, ao ser submetido a uma situação que exige esforço para a adaptação. Os fatores estressante podem ser de origem física, psicológica ou sócio-cultural.

---

<sup>112</sup> COHEN, Sheldon; HERBERT, Tracy B. Herbert (1996), *ibid.*

<sup>113</sup> COHEN, Sheldon; HERBERT, Tracy B. Herbert (1996), *ibid.*

<sup>114</sup> COHEN, Sheldon; HERBERT, Tracy B. Herbert (1996), *ibid.*

<sup>115</sup> SEYLE, Hans (1965). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.

A forma como nos protegemos e nos adaptamos a essas circunstâncias produz uma série de modificações em nosso organismo. Diante de seus experimentos na área da endocrinologia, Seyle concluiu que, a resposta do organismo, frente a estímulos ameaçadores, sejam químicos, físicos ou psicossociais provoca mudanças anatômicas e fisiológicas que se constituem em uma síndrome, a qual denominou de Síndrome Generalizada de Adaptação, que se compõe de três estágios: alarme, adaptação ou resistência e exaustão.

No estágio de alarme o organismo toma conhecimento de que se defronta com um estímulo nocivo e no estágio de resistência ou adaptação há a recuperação do organismo. As reações de alarme regredem com o desaparecimento do estímulo, mas, em caso contrário, o organismo entra na fase de resistência e, se ainda perdurar o estímulo, o desgaste leva o organismo à fase de exaustão. A reação de alarme ao estímulo, percebido como ameaçador à homeostase, desencadeia as seguintes alterações no organismo:

- a) aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, levando mais nutrientes e oxigênio para os tecidos;
- b) contração do baço, aumentando os glóbulos vermelhos na corrente sanguínea, propiciando mais oxigênio para o organismo;
- c) o fígado libera açúcar armazenado na corrente sanguínea, para que haja mais energia para músculos e cérebro;
- d) há uma redistribuição sanguínea: mais sangue é carregado para os músculos e cérebro e menos para a pele e vísceras;
- e) há aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios;

- f) sobrevém uma dilatação pupilar, para aumentar a eficiência visual;
- g) aumenta o número de linfócitos na corrente sangüínea, para reparar possíveis danos aos tecidos.
- h) os músculos se retesam, a digestão é interrompida, intensifica-se a produção de hormônios, aumentam a transpiração e a salivação, bem como a adrenalina no organismo.

Quando os fatores estressantes se apresentam de forma recorrente e o organismo não consegue obter a recuperação de sua funcionalidade anterior ao estresse, instala-se o estágio de exaustão, ocorrem mudanças, as quais podem ocasionar doenças ou mesmo a morte.

Para Seyle<sup>116</sup>, essas reações que preparam o organismo para a luta ou fuga, remontam aos primórdios da humanidade, quando as ameaças enfrentadas eram físicas e podiam ser resolvidas lutando ou fugindo. No entanto, os estresses da vida de hoje são muito mais da ordem interrelacional e psicológica e não se resolvem por luta ou fuga, apesar de o organismo humano continuar usando a mesma forma de adaptação.

As reações de estresse são naturais, mas tornam-se prejudiciais, quando a energia mobilizada pelo estresse psicoemocional não é consumida e o processo torna-se repetitivo. Isso pode ocorrer quando há excesso de hostilidade ou respostas de submissão, quando o agente é potente e/ou prolongado, quando as reações são muito intensas ou quando o indivíduo se depara com fortes e /ou contínuos estressores psicossociais.

---

<sup>116</sup> SEYLE, Hans (1965), Ibid.

A relação entre os fenômenos sociais e o adoecimento torna-se, portanto, clara ao se estudar o estresse, fator responsável pelo aparecimento de diversas doenças, especialmente, as cardiovasculares, com respeito às quais, inúmeros estudos têm comprovado essa evidência.

Portanto, na cadeia etiológica dessas doenças, como nas demais, é necessário adicionar-se a dimensão coletiva do processo saúde-doença, analisando as estruturas sociais como fatores de risco para o adoecimento, segundo Rodrigues e Gasparini<sup>117</sup>. Determinadas situações da vida em sociedade podem ser causa de sofrimento e doença.

Reportando-se a uma mediação entre os fenômenos sociais e o adoecimento, Camargo<sup>118</sup> infere que vários modos de adoecer estão relacionados diretamente às situações sociais, que desencadeiam o estresse, sendo que as evidências experimentais apontam como bem estabelecidas essas relações, no que se refere às doenças cardiovasculares.

Goldstein e Miamura<sup>119</sup> apresentam extensa revisão de estudos laboratoriais e clínicos que comprovam a relação entre o estresse mental e as doenças cardiovasculares. Há inúmeros estudos apontando a sobrecarga de trabalho, excesso de responsabilidade e insatisfação no emprego como fatores de risco para doenças coronarianas, por levarem os indivíduos a situações de estresse.

---

<sup>117</sup> RODRIGUES, Avelino Luiz; GASPARINI, Ana Cristina Limongi França (1992). Uma perspectiva psicossocial em *Psicossomática: via estresse e trabalho*. In: MELLO FILHO, Julio et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

<sup>118</sup> CAMARGO JR. Kenneth Rochel (1992) Algumas considerações sobre a relação doença-sociedade em *Psicologia Médica*. In: MELLO FILHO, Julio et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas

<sup>119</sup> GOLDSTEIN, Michael G.; NIAMURA, Raymond (2000), op. cit.

Alguns estudos demonstram, segundo os autores, que o trabalho sob tensão oferece risco, mesmo na ausência de outros fatores tradicionalmente considerados de risco, como o tabagismo e a hiperglicemia. Devem ser considerados, fatores de risco para doenças cardiovasculares, além do trabalho estressante, os eventos perturbadores e situações estressantes da vida pessoal, bem como a falta de suporte social.

Autores como Pelletier<sup>120</sup> e Stocco e Barreto<sup>121</sup>, também consideram que as doenças cardiovasculares podem ter origem no estresse, pois a estimulação freqüente do sistema nervoso central leva à hipertrofia vascular e, conseqüentemente, à elevação da pressão arterial.

Assim, a hipertensão pode se originar em fatores estressantes, tanto em indivíduos saudáveis como em hipertensos, sendo que, nestes últimos, o aumento da pressão sangüínea é maior e mais prolongado. A tendência à coagulação sangüínea também pode ser aumentada, bem como o aumento do colesterol. Pode haver bloqueio do suprimento de sangue para o coração, em decorrência de constrição das artérias coronárias, causando infarto. A morte súbita também pode ocorrer, por causa do estresse, se cessar o controle do cérebro sobre a freqüência cardíaca.

Não apenas emoções desagradáveis, mas também fortes emoções de alegria e comemorações podem dar origem ao estresse. No entanto, deve-se sempre levar em consideração que nem todos os indivíduos reagem da mesma

---

<sup>120</sup> PELLETIER, Kenneth R. (1992) Mind as healer, Mind as slayer. Nova York: Delacorte.

<sup>121</sup> STOCCO, Roberto; BARRETTO, Antonio Carlos Pereira (2000). Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) Cardiologia preventiva. São Paulo: Editora Atheneu

forma a idênticos estímulos, ou seja, um evento pode causar extremo estresse a uma pessoa, enquanto outra não terá análoga reação, diante do mesmo agente estressor.

Inúmeros fatores, segundo Helman<sup>122</sup>, podem ser considerados estressantes, como: doenças, traumas, acidentes, lutos, divórcios, conflitos conjugais, desemprego, aposentadoria, perseguições de várias origens, mudanças profissionais, emigração, guerras, além de frio, umidade ou ruídos excessivos. Também experiências positivas podem ser consideradas estressantes, como o nascimento de um filho, um casamento, um noivado, por exemplo. Esses fatores estressantes não têm respostas idênticas em diferentes indivíduos, pois nem todos lidarão da mesma forma em face de situações similares.

Várias teorias se propõem a explicar porque fatores estressantes provocam doenças em determinadas pessoas e em outras não. Uma delas é a do psicossociólogo Jerome B. Rotter, (apud Adam e Herzlich)<sup>123</sup> que conceitua “locus de controle” interno e externo. Se a pessoa sente que é responsável por sua vida, seu “locus de controle” é interno e ela estaria mais apta a dar conta de situações estressantes. Aqueles que acreditam não poder controlar seu destino por este lhe ser determinado por forças externas, têm “locus de controle” externo e são mais sujeitos à ansiedade, hipertensão e doenças cardiovasculares.

É, pois, a capacidade de enfrentar situações (copping behavior), fator de controle de situações negativas, por propiciar aos indivíduos habilidade de lidar com os fatos de sua vida, entendendo-os e sentindo-os como controláveis.

---

<sup>122</sup> HELMAN, Cecil G. (1994) Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas

<sup>123</sup> ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (2001) Sociologia da Doença e da Medicina. São Paulo, Bauru: EDUSC.

Seria reducionismo, avaliar que apenas características individuais explicam o “locus de controle” ou a capacidade de enfrentar situações. Certamente essas características individuais estão relacionadas a experiências que se realizam em contextos sociais, nos quais os recursos podem ou não propiciar a construção de determinados traços personalógicos.

Então, o padrão do “locus de controle” pode ser variável no decorrer de uma vida, como outros padrões individuais. Disso decorre que o “locus de controle” interno ou externo pode ser transformado ou atenuado em determinadas pessoas, de acordo com a vivência e as circunstâncias, porém, quando o “locus de controle” interno se apresenta torna-se mais fácil a administração de fatores estressantes.

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), são as tentativas frustradas de dar conta de fatores adversos do ambiente que causam o estresse e as doenças dele decorrentes<sup>124</sup>. Dessa forma o adoecimento seria a consequência de um fracasso do organismo adaptar-se aos fatores estressantes e não o efeito imediato desses fatores. Isso ocorre devido a condições físicas, psíquicas e sócio-culturais específicas dos indivíduos, ou seja, suas características próprias, seu ambiente, seu suporte social e financeiro e sua formação cultural.

Não se pode determinar as enfermidades que acometerão diferentes pessoas submetidas a determinados fatores estressantes. Assim, por exemplo, um trauma pode causar doenças cardiovasculares em um indivíduo e crises asmáticas em outro. Parece haver uma “escolha do órgão” por meio da qual a doença se instalaria no órgão mais fragilizado, ou aquele onde existissem outros fatores predisponentes ao adoecimento.

---

<sup>124</sup> HELMAN, Cecil G. (1994), *ibid.*

Weinman, apud Helman<sup>125</sup>, atribui às diferenças de personalidade a diversidade de respostas ao estresse, variando, de pessoas que lidam com ele de forma fleumática, àquelas que respondem somaticamente, como por exemplo: “os respondentes gástricos” ou “os respondentes cardiovasculares” . Para Weinman a vulnerabilidade ao estresse está associada ao maior ou menor apoio nos primeiros anos de vida.

Os fatores culturais contribuem muito para a forma com que se lida com o estresse, estabelecendo formas diferentes de resposta. Guthrie et al. (apud Helman)<sup>126</sup>, em estudo levado a cabo com universitários de várias nacionalidades constataram que, submetidos a estresse, os estudantes americanos apresentavam sintomas gastrintestinais, os franceses, mudanças de humor, os filipinos, sintomas cardiovasculares.

No entanto é útil salientar que, nas sociedades tradicionais, o estresse, segundo tudo indica, já estaria presente, pois que, trata-se de um mecanismo natural de adaptação, aos agentes externos ameaçadores. Esse mecanismo, em nossa sociedade ocidental, tomou um novo sentido, dadas as circunstâncias psicológicas, sociais e econômicas vigentes.

Em determinadas culturas, os fatores estressantes, têm menor impacto do que em outras. Portanto, a cultura atua protegendo ou tornando o indivíduo mais vulnerável ao estresse, de acordo com as crenças e os valores priorizados em cada sociedade, que definem os comportamentos e metas socialmente aceitáveis.

Numa cultura onde se preconiza o suporte familiar e social, o apoio recíproco, os indivíduos terão maior facilidade de lidar com os seus problemas. Em

---

<sup>125</sup> HELMAN, Cecil G. (1994), Ibid.

<sup>126</sup> HELMAN, Cecil G. (1994), Ibid.

sociedades que atribuem as vicissitudes da vida à influência divina, o sofrimento individual será contextualizado como “vontade de Deus” e será provavelmente atenuado seu efeito estressante.

No Brasil observa-se esse fato, principalmente em populações nordestinas, quando, ao perder seus bens, ou mesmo seus parentes, por conta das intempéries (secas ou enchentes), atribuem seu sofrimento à “vontade de Deus” e demonstram conformismo.

Os valores culturais, por outro lado, podem acarretar estresse e doença. Trata-se de estresse culturogênico, dentre as quais, as doenças coronarianas cuja etiologia multifatorial inclui além tabagismo, colesterol alto, hipertensão arterial, os fatores psicossociais associados à personalidade e comportamento.<sup>127</sup>

A personalidade tipo A, como vimos anteriormente, é produto da sociedade industrial moderna que, por sua característica competitiva induz ao desenvolvimento de características personalógicas específicas. Buscando incessantemente o sucesso pessoal nos padrões idealizados pela sociedade a que pertencem, os indivíduos enquadrados como pertencentes ao grupo de personalidade tipo A, se expõem, com freqüência, a um alto nível de ansiedade.

Helman<sup>128</sup> comenta que as pressões no ambiente de trabalho são especialmente estressantes. As mudanças de cargo, risco de demissão, exigências quanto ao desempenho profissional podem se constituir em agravantes para o estresse, assim como as dificuldades econômicas.

---

<sup>127</sup> HELMAN, Cecil G. (1994), Ibid.

<sup>128</sup> HELMAN, Cecil G. (1994), Ibid.

Os autores que discorrem sobre estresse, como também os especialistas em cardiologia que apontam essa síndrome como predisponente às doenças cardio-vasculares, dentre estas o infarto do miocárdio, apontam mudanças no modo de vida e no trabalho e eliminação de fatores estressantes, psicoterapia e medicação como providências necessárias na prevenção e controle dessas enfermidades. Além disso, relaxamento, caminhadas, entretenimento e viagens, são recomendados como procedimentos que previnem e evitam a reincidência de tais doenças.

Observa-se, portanto, a importância do lazer, como fator essencial para o equilíbrio físico e mental do ser humano, seu desenvolvimento intelectual e sua saúde, tanto mental como física.

## 2.10 O LAZER

O conceito de lazer, segundo Parker<sup>129</sup>, é ambíguo. Várias são as definições de lazer, mas, a maior parte delas inclui as dimensões de tempo e atividade, quer separada ou integralmente. O autor procura, assim, uma definição aproximada:

”O lazer é tempo livre de trabalho e de outras obrigações e também engloba atividades que se caracterizam por relativa liberdade... é uma experiência do indivíduo, um atributo do grupo ou de outra atividade social e possui organizações e instituições relevantes que procuram atender as necessidades de lazer, reconciliar interesses conflitantes e implementar as políticas sociais” (p.10)<sup>130</sup>

Estatísticas sobre o tempo gasto com lazer, referências a esportes, eventos culturais e recreativos, características sócio-econômicas dos envolvidos,

---

<sup>129</sup> PARKER, Stanley (1978). *A Sociologia do lazer*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

<sup>130</sup> PARKER, Stanley (1978), *Ibid*, p.10.

são dados importantes, mas empobrecem os estudos do lazer. O aprofundamento desses estudos requer o conhecimento das relações entre o lazer e outras áreas da vida, um olhar interdisciplinar e uma avaliação das políticas sociais a ele relacionadas<sup>131</sup>.

Para Parker<sup>132</sup> o trabalho, nas sociedades primitivas estava integrado ao lazer, em especial no que se refere às atividades artesanais e artísticas, nas quais não se verificava diferenciação significativa entre trabalho e expressão lúdica, o que ainda se verifica em artesãos e artistas em nossos dias. Para os gregos, o trabalho era um mal necessário que deveria ser destinado às classes consideradas inferiores.

Dumazedier<sup>133</sup>, em sua clássica obra *Sociologia Empírica do Lazer*, nega que o lazer tivesse existido em todas as épocas e em todas as civilizações, como defende, por exemplo, Sebastian de Grazia, por ele citado. E contesta, afirmando que *“o tempo fora do trabalho é, evidentemente, tão antigo como o próprio trabalho, porém o lazer possui traços específicos, característicos da revolução industrial”*<sup>134</sup>.

Para o autor, nas sociedades arcaicas, havia integração de trabalho e jogo às festas de culto aos ancestrais, intrínsecas à vida comunitária, sendo impossível estabelecer diferenciação significativa que determine o lazer como entidade específica nessas culturas. No que se refere às sociedades pré-industriais o trabalho obedecia aos ciclos dos dias e estações e era permeado por cerimoniais, cantos e jogos a ele relacionados, sendo a atividade laborativa substituída no

---

<sup>131</sup> PARKER, Stanley (1978), *Ibid.*

<sup>132</sup> PARKER, Stanley (1978).

<sup>133</sup> DUMAZEDIER, Jofre (1999) *Sociologia empírica do lazer*. São Paulo: Perspectiva: SESC.

<sup>134</sup> DUMAZEDIER, Jofre (1999), *ibid*, p. 26.

inverno por uma semi-atividade que buscava a sobrevivência, diante das agruras das intempéries. Os festejos, imbricados nas cerimônias se relacionavam ao culto e não caracterizavam o lazer.

Dumazedier<sup>135</sup> considera que a ociosidade dos aristocratas gregos, por sua vez, também não configuraria lazer, pois esta não representava complementação ou compensação do trabalho, que era transferido para os escravos e camponeses.

O lazer, portanto, só pode ser analisado nas sociedades industriais e pós-industriais, nas quais trabalho e lazer não mais são determinados por obrigações rituais impostas pela comunidade e onde, ainda, estabelece-se o trabalho profissional dissociado de outras atividades, organizado em horários específicos, com tempo livre observável de forma mais nítida<sup>136</sup>.

Em outra publicação, Dumazedier<sup>137</sup> sustenta que não se pode definir lazer em oposição ao trabalho profissional, pois, além deste, pode-se classificar como “não-lazer” os trabalhos domésticos, as atividades de manutenção como cuidados higiênicos, alimentação e período de sono, as atividades rituais de caráter social ou espiritual, bem como os estudos preparatórios para exames profissionais ou escolares.

O lazer, segundo ainda Dumazedier<sup>138</sup>, possui três importantes funções: descanso, divertimento e desenvolvimento. A primeira função, o descanso, representa a libertação das tensões cotidianas em geral, especialmente daquelas

---

<sup>135</sup> DUMAZEDIER, Joffre (1999), *Ibid.*

<sup>136</sup> DUMAZEDIER, Joffre (1999), *Ibid.*

<sup>137</sup> DUMAZEDIER, Joffre (1973). *Lazer e cultura popular*. São Paulo: Ed. Perspectiva.

<sup>138</sup> DUMAZEDIER, Joffre (1973), *Ibid.*

decorrentes do trabalho, pois as relações complexas neste âmbito produzem desgaste, que demanda recomposição do equilíbrio através do lazer.

O divertimento leva a uma ruptura dos esquemas habituais do dia-a-dia, conduzindo à quebra da monotonia e a uma possibilidade de melhor lidar com as disciplinas e coerções que se apresentam na vida social e no trabalho.

A função de desenvolvimento está associada ao incremento da cultura do corpo e da mente, por meio de participação voluntária e desinteressada em entidades recreativas culturais e sociais, situando-se no âmbito da busca individual de informações, através da leitura, cinema, radio, televisão, em direção ao estabelecimento de comportamentos criativos e inovadores. Esses têm, como objetivo, o desenvolvimento da personalidade e o estabelecimento de um estilo de vida pessoal.

As três funções aparecem, segundo Dumazedier<sup>139</sup>, em todas as situações de lazer, na vida de todos, às vezes ao mesmo tempo, outras vezes, separadamente e em muitas ocasiões interpenetradas, com uma delas em condição de dominância. O autor, baseado nas funções que definem o lazer declara que:

“O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se, entreter-se, ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares” (p.34)<sup>140</sup>

Maciel<sup>141</sup> afirma que é a estruturação das funções do lazer – descanso, divertimento e desenvolvimento – que leva o ser humano, por meio do

---

<sup>139</sup> DUMAZEDIER, Joffre (1973). *Lazer e cultura popular*. São Paulo: Ed. Perspectiva.

<sup>140</sup> DUMAZEDIER, Joffre (1973), *Ibid*, p. 34.

<sup>141</sup> MACIEL, Tânia (1982). *Análise da conceituação de lazer e sua conceituação histórica*. Tese de Mestrado. Universidade Gama Filho.

aprimoramento de sua personalidade, a organizar-se, livrando-se do estresse, mal que atinge, de forma cada vez mais ampla, nossa sociedade.

A relação entre trabalho e lazer evidencia-se, na medida em que não se pode confundir tempo livre com lazer e muitas vezes o lazer é visto como uma recompensa pelo trabalho realizado. A autora cita Freud, que associa o equilíbrio psíquico a um trabalho gratificante, sem, no entanto, abrir mão, ele próprio, de períodos de férias, nos quais afastava-se de seu trabalho rotineiro.

Parker<sup>142</sup> assinala que a percepção do que seja lazer, é variável de indivíduo para indivíduo, e também considera ser difícil categorizar lazer como tempo livre. Para alguns, o tempo livre de obrigações não é percebido como lazer, enquanto que o tempo designado como trabalho pode incluir experiências de lazer.

A experiência de lazer varia de acordo com o sexo, a faixa etária, condição social e econômica. Por exemplo, na adolescência, se o jovem trabalha, terá menos tempo de lazer, porém, maiores opções, se contar com algum dinheiro. Se não trabalha, mas é de classe média, terá mais tempo, restringindo sua escolha à mesada que recebe. Uma menina de classe trabalhadora terá muitos afazeres, pouco tempo de lazer e menores opções, por questões econômicas.

Os anos de vida adulta são aqueles em que as pessoas estão trabalhando para sustentar-se e a sua família, embora muitos adolescentes e pessoas de idade mais avançada, muitas vezes, tenham que trabalhar pela sua subsistência e a de outrem. Nesse ciclo da vida, por falta de tempo e condições, o lazer tende a ser relegado a um segundo plano.

---

<sup>142</sup> PARKER, Stanley (1978). *A Sociologia do lazer*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Assinala, ainda, Parker<sup>143</sup> que, em nossa sociedade, a apreensão do trabalho e do lazer pelas pessoas se situa em três eixos: priorização do trabalho em detrimento do lazer; priorização do lazer, tornando-se o trabalho, um meio para consegui-lo e, finalmente, igualdade entre trabalho e lazer, sendo que um enriquece o outro, ambos fazendo parte de um todo, como se observa no artesanato e na arte.

A questão do valor do lazer em relação a outros valores sociais é também abordada por Pronovost<sup>144</sup>, a partir da análise de diversas pesquisas realizadas em países ocidentais abordando moral, religião, política, trabalho, educação, justiça social e dinheiro.

Em quaisquer dessas pesquisas, o lazer aparece como um domínio secundário na vida humana, mas, embora se verifique que o lazer não aparece como valor central, este é considerado como necessário.

Quando se trata de analisar o campo das atividades – familiares, sociais, laborativas e de lazer -, o lazer aparece como muito valorizado e até preferido. Assim, deduz o autor, o lazer não é um valor dominante, mas sim setorial, que se relaciona a determinados campos da atividade humana.

Para Pronovost<sup>145</sup>, a valorização maior do lazer pode ser encontrada na camada mais jovem da população e entre aqueles mais velhos, que consideram seu trabalho pouco valorizado. E afirma:

---

<sup>143</sup> PARKER, Stanley (1978), *Ibid.*

<sup>144</sup> PRONOVOST, Gilles (1993). *Loisir et société: traité de sociologie empirique*. Canadá, Quebec: Presses de l'Université du Quebec.

<sup>145</sup> PRONOVOST, Gilles (1993), *ibid.*

“O trabalho ganha mais importância com a idade ou escolaridade. Ao inverso, o lazer aparece mais importante naqueles que se ocupam de um trabalho que julgam desvalorizante. De fato, só uma minoria de indivíduos faz do lazer um valor estruturante.” (p.47)<sup>146</sup>

A situação sócio-econômica atual de nosso país sobrepõe a necessidade de trabalho à necessidade de lazer. Sob esse aspecto, coloca-se Werneck<sup>147</sup>, discorrendo sobre a crise do trabalho na sociedade contemporânea e sua relação com o lazer.

A autora ressalta a questão da “precarização do trabalho”, que decorre da diminuição do emprego formal, protegido pela legislação, o qual determina jornada de trabalho, descanso semanal e férias.

O emprego formal é cada vez mais substituído pelo informal, isento de encargos trabalhistas e, muitas vezes, oferecendo condições inferiores de renda. Como consequência, os trabalhadores tendem a estender seus horários de trabalho, em busca de remuneração mais adequada.

Pode-se concluir que essa situação também agrava a condição dos trabalhadores do mercado formal. Estes procuram se dedicar cada vez mais ao trabalho, por conta da insegurança que se origina de um tal contexto.

Por outro lado, o trabalhador que se encontra em esquema de trabalho informal sente necessidade de trabalhar maior número de horas e, muitas vezes, abdica do tempo de férias, diminuindo, assim, a sua possibilidade de lazer.

---

<sup>146</sup> PRONOVOST, Gilles (1993), *ibid*, p. 47.

<sup>147</sup> WERNECK, Christiane Luce G. (2001). Lazer e Mercado: panorama atual e implicações na sociedade brasileira. In: WERNECK, C.L.G, STOPPA, E.A e 4ISAYAMA, H.F. *Lazer e Mercado*. São Paulo, Campinas: Ed. Papirus.

Essa situação pode levar ao estresse, responsável por inúmeras doenças, como as enfermidades cardiovasculares e especificamente o infarto do miocárdio.

Na presente pesquisa verificou-se, como veremos adiante no capítulo onde será exposta a análise, que situações estressantes, que se originaram por excesso de trabalho, condições de trabalho, pressões econômicas ou mesmo do próprio ambiente laborativo, levaram os participantes a reduzir de forma drástica e, em alguns casos, até mesmo totalmente seus momentos de lazer. Sua qualidade de vida apresentava-se assim, muito deteriorada no período em que sofreram o infarto do miocárdio.



Fig. 08 – Bico-de-pena de Michael Graf, fazendo a fusão do coração anatômico com o coração simbólico (Nager, 1993)  
*Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.*

### 3. OS CAMINHOS DA PESQUISA

Analisando a pesquisa qualitativa em psicologia, Gonzalez Rey<sup>148</sup> destaca a importância do lugar do investigador na construção do conhecimento, ao contrário do que preconizou durante muito tempo o pensamento científico hegemônico, que priorizava processos despersonalizados de investigação. Assim, o autor defende que, em pesquisa qualitativa, o dado não pode ser analisado como “*entidade objetiva que se legitima por sua procedência instrumental*”, mas considerado significativo no contexto da pesquisa e em relação ao problema levantado pela mesma, levando em conta quer os instrumentos utilizados, quer as situações não previstas que se colocam durante o trabalho investigativo. E afirma:

“A investigação qualitativa, diferentemente das investigações de correlação ou de manipulação que têm caracterizado a investigação psicológica, avança através das rotas individuais que caracterizam a expressão dos diferentes sujeitos estudados e vai incorporando constantemente novas informações sobre o estudado em sistemas infinitos de interações que adquirem sentido através das construções do investigador”. (p. 117)<sup>149</sup>

Dessa forma os dados não substituem as idéias, mas são facilitadores da interpretação e relacionados com outros dados, adquirem significação. Esses elementos que adquirem significação a partir da interpretação do investigador constituem-se em indicadores, que, baseados na teoria, têm função explicativa e irão constituir as categorias de análise.

Em todas as escolhas do pesquisador, no que se refere ao objeto da pesquisa, ao sujeito ou à metodologia, encontra-se todo um arcabouço cultural e ideológico, acrescido pelo desejo, que são os determinantes dessas escolhas. A

---

<sup>148</sup> GONZALEZ REY, Fernando (1999). La investigación cuantitativa em psicología. São Paulo: EDUC.

<sup>149</sup> GONZALEZ REY, Fernando (1999), op. cit.

esse envolvimento, consciente ou inconsciente do pesquisador, que decorre de sua experiência vivida, dá-se o nome de implicação. A noção de que o pesquisador deveria manter um papel neutro, isento de envolvimento e ideologia, para preservar a fidedignidade dos resultados, não se coloca na ciência atual. Lourau<sup>150</sup>, acredita que, levar em conta a implicação na pesquisa, significa apontar para um novo modo de conhecimento e uma nova forma de investigar, introduzindo-se a implicação como um novo paradigma científico.

O pesquisador busca investigar a ele próprio, segundo Barus-Michel<sup>151</sup>, tendo em mente três questões cruciais e angustiantes: de onde venho?, quem sou?, para onde vou? Ignorar sua implicação significa recalá-la, colocar o objeto de pesquisa afastado de si mesmo. Pelo contrário, o pesquisador, especialmente em ciências humanas, está incluído em sua própria pesquisa e deve manter-se alerta a isso, pois, sem reconhecer e examinar o que está recalado, sem tomar conhecimento desse desejo de reconstrução de si mesmo, não há garantia de rigor na pesquisa.

D'Allonnes<sup>152</sup>, recomenda usar a implicação como motor da pesquisa, da forma como a transferência move o trabalho terapêutico. Tomar conhecimento da implicação e sua evolução no trabalho de pesquisa, para servir-se dela como instrumento metodológico, transforma-a, de obstáculo, em ajuda valiosa.

Sinto-me implicada em minha pesquisa, tanto do ponto de vista institucional quanto pessoal. Estando inserida como doutoranda do Programa

---

<sup>150</sup> LOURAU, René. (1987) Implication: un nouveau paradigme? Socius no. 4/87, p. 60/66.

<sup>151</sup> BARUS-MICHEL, Jacqueline (1986). Le chercheur, premier objet de la recherche. In: Bulletin de Psychologie, Tome XXXIX (377: 801/803)

<sup>152</sup> D'ALLONNES, Claude Revault (1982). Les bases de la Recherche clinique. In: Recherche clinique in Psychiatrie. Inserm. Vol. 98: 43/57.

EICOS, a preocupação com os variados problemas psicossociais e ecológicos, pelos quais nossos estudos nos têm embrenhado, me levou ao interesse pela pesquisa atual. A implicação de caráter pessoal, só veio à minha consciência ao fazer a dedicatória desse trabalho, quando pensei em meu pai, infartado nos primeiros anos de sua maturidade, época em que eu ainda era adolescente. Quanto às implicações, é ainda necessário ter em mente minha inserção social e histórica, que podem ter me levado a percepções e interpretações filtradas por pressupostos peculiares a esses contextos, apesar dos esforços investidos para elucidar situações nas quais a implicação pudesse estar servindo de obstáculo ao bom encaminhamento da pesquisa.

Por certo, foi direcionada por minha implicação a escolha da metodologia, que passo a descrever, assim como o embasamento teórico e a seleção dos trechos das falas dos entrevistados, que achei por bem analisar. Na elaboração metodológica dessa pesquisa, para alcançar os objetivos propostos achei por bem utilizar a história de vida temática, com enfoque no adoecimento.

Segundo Queiroz,<sup>153</sup> o relato oral ou história oral tem assumido maior importância, no que se refere à pesquisa antropológica e sociológica, especialmente a partir da década de 50, em contraposição às técnicas quantitativas, mais objetivas e que, supostamente, eliminavam fatores valorativos e emocionais. No entanto, para a autora, as duas técnicas não são de modo nenhum excludentes ou opostas, mas complementares ou preferenciais, de acordo com o tipo de problema que se deseja abordar. A história de vida seria "*o relato de um narrador sobre sua existência*

---

<sup>153</sup> QUEIROZ, Maria Isaura Pereira (1988) Relatos Oraís: do "indizível" ao "dizível". In: Von Simson, Olga de Moraes. Experimentos com Histórias de Vida: Itália-Brasil. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais.

*através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu (p.20).*<sup>154</sup>

Becker<sup>155</sup> enfatiza que, em comparação com a autobiografia, na qual o autor seleciona aspectos de sua vida que gostaria fossem conhecidos, a história de vida utilizada como instrumento deve ser direcionada para os objetivos da pesquisa e aproximar-se o mais possível de *“um relato fiel da experiência e interpretação, por parte do sujeito, do mundo no qual vive”*. (p.102)<sup>156</sup>

O pesquisador deverá cumprir etapas ao colher a história de vida, com o objetivo de que esta lhe forneça os dados de que necessita, de forma abrangente, procurando facilitar ao informante um relato honesto de sua interpretação dos fatos.

Segundo Becker,<sup>157</sup> a história de vida é instrumento útil na análise de processos em curso, já que a ação individual está inserida nos processos sociais, pois a vida de um sujeito se modifica, em função das expectativas dos outros atores sociais, que com ele convivem no mesmo contexto. E afirma:

“O processo social, portanto, não é uma interação imaginativa de forças invisíveis ou um vetor estabelecido pela interação de múltiplos fatores sociais, mas um processo observável de interação, simbolicamente mediado”. (p.110)<sup>158</sup>

Esse processo, para Becker é observável insuficientemente com técnicas de entrevista ou questionários não relacionados ao processo social subjacente. Uma história de vida pode, portanto esclarecer detalhes desse processo,

---

<sup>154</sup> QUEIROZ, Maria Isaura Pereira (1988), op.cit.

<sup>155</sup> BECKER, Howard S. (1994). A história de vida e o Mosaico Científico. In: Becker, Howard S. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Editora Hucitec.

<sup>156</sup> BECKER, Howard S. (1994), ibid.

<sup>157</sup> BECKER, Howard S. (1994), ibid.

<sup>158</sup> BECKER, Howard S. (1994), op.cit.

dando-nos informações que levam a interpretações não especulativas. Então, segundo o autor:

“E por conferir uma base realista à nossa imagem do processo subjacente que a história de vida serve aos propósitos de verificar pressuposições, lançar luz sobre organizações e reorientar campos estagnados”. (...) “uma mensagem viva e vibrante por ser a expressão do que o informante sente, a respeito de si mesmo, de seu contexto social e do momento histórico em que se situou e situa.” (p.111)<sup>159</sup>

A interferência do pesquisador, portanto, na história de vida, deve ser a mínima possível, deixando ao informante inteira liberdade de relatar o que quiser, dentro da ordem cronológica que escolher. O pesquisador conduz a entrevista para que os dados que lhe interessam diretamente venham a emergir dos acontecimentos relatados. Optei, nesta pesquisa, pela técnica de história de vida, porém, julguei necessário utilizar a entrevista semi-estruturada, para que o participante não se afastasse, demasiadamente, em sua narrativa, do material necessário para que fossem alcançados os objetivos delineados.

A história de vida, segundo Denzin, apud Minayo<sup>160</sup>, pode ser classificada em: história de vida completa e história de vida tópica. A primeira abrange toda a experiência vivida e a segunda dá ênfase a uma etapa ou setor da vida pessoal, da vida de um grupo ou instituição.

No caso deste trabalho, justifica-se a utilização de história de vida tópica, já que o relato dos participantes, embora abrangente, focalizou, como tema

---

<sup>159</sup> BECKER, Howard S. (1994), op.cit.

<sup>160</sup> MINAYO, Maria Cecília De Souza (1993). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco.

principal, o seu problema de saúde e os acontecimentos antecedentes e posteriores ao advento do infarto do miocárdio.

Tendo escolhido a história de vida temática, nessa pesquisa, procurei agir como facilitadora, deixando emergir o mais livremente possível o relato dos informantes. Em alguns casos, no início da entrevista houve uma certa hesitação, que foi, logo após, contornada, tornando-se a entrevista mais espontânea e calorosa.

A entrevista é um instrumento muito útil nas pesquisas sociais<sup>161</sup> porque sua flexibilidade permite obter dados sobre o saber, crenças, expectativas, desejos, explicação e razão dos atos.

Comparada com o questionário, favorece a obtenção de dados em profundidade sobre o comportamento humano, não exige alfabetização do entrevistado e pode captar a tonalidade da voz e a ênfase das respostas. O uso do gravador no registro das entrevistas é justificado para que se possa manter maior fidelidade aos depoimentos e segundo Queiroz<sup>162</sup>, permitir “*manter ao máximo as próprias expressões dos informantes e sua maneira de encadear os fatos*”. (p.50)<sup>163</sup>

Julguei necessário utilizar a entrevista semi-estruturada, que possibilita, segundo Minayo<sup>164</sup>, a descrição do caso individual, a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos e a comparabilidade dos diversos casos. Além disso, esse instrumento tenta preservar o informante de sentir-

---

<sup>161</sup> GIL, Antonio Carlos (1991). Métodos e técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas.

<sup>162</sup> QUEIROZ, Maria Isaura Pereira (1983). Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: CERU e FFLCH/USP, (Col.Textos, 4).

<sup>163</sup> QUEIROZ, Maria Isaura Pereira (1983), op.cit.

<sup>164</sup> MINAYO, Maria Cecília De Souza (1993), op.cit.

se cerceado, reduzindo ao mínimo possível as limitações e facilitando assim, uma narração mais espontânea.

Foi elaborado um roteiro temático (Anexo III) que atendesse aos objetivos da pesquisa e que, ao mesmo tempo, respeitasse a espontaneidade e liberdade dos entrevistados, em termos de extensão e organização dos assuntos de sua fala. Esse roteiro serviu somente como orientação e preparação da entrevistadora, para que, quando necessário, fosse solicitado algum esclarecimento ou complementação de determinados pontos abordados pelo informante. Foi também utilizado um roteiro resumido (ANEXO II) , para facilitar a memorização do roteiro mais amplo.

Foram entrevistados dez homens, trabalhadores urbanos em atividades diversas: administrador, ex-bancário, coordenador de vigilância engenheiro, médico, produtor cultural, vendedor e dois taxistas, sendo um ex-técnico em comunicação e outro ex-comerciante, residentes na cidade do Rio de Janeiro, que tivessem sido acometidos por um infarto do miocárdio na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove anos.

A faixa etária estabelecida para os participantes deveu-se ao fato de que esta, caracteriza os primeiros anos da maturidade, no decorrer dos quais, as doenças coronarianas não são atribuídas ao envelhecimento. A faixa etária e a escolha da cidade do Rio de Janeiro, aqui estabelecidas, deveram-se à necessidade de limitar o período histórico e locus social em que se encontravam inseridos os informantes, para que não houvesse grandes variações de influências psicossociais a que estiveram expostos e para que fosse preservada uma certa

homogeneidade da amostra, como também, para que fosse restringida a amplitude da pesquisa tornando-a exeqüível.

Dos homens entrevistados, um sofreu infarto do miocárdio aos 38 anos, cinco na faixa de quarenta e quarenta e cinco, sendo que os demais contavam entre quarenta e seis a quarenta e nove anos de idade. Os participantes foram contatados através de pessoas de minhas relações ou das relações de pessoas conhecidas de meus contatos e ainda através do Serviço de Psicologia do Hospital Pedro Ernesto, no qual fui introduzida pela Dra. Sandra Fortes, que me colocou em contato com a Psicóloga Lucia Boaventura. A interveniência de pessoas que já possuíam vínculo com os participantes foi útil, no sentido de estabelecer um relacionamento que inspirasse maior confiança e descontração entre pesquisadora e pesquisados.

Pequenas dificuldades se apresentaram nesse processo de contato com os prováveis participantes indicados. Em alguns casos, houve alguma dificuldade em marcar o encontro, por conta dos horários dos participantes. Apesar de o assunto ser, extremamente delicado e mobilizante, como pude constatar pela emoção dos informantes em alguns trechos das entrevistas, houve muito interesse em participar e muitos declararam que gostariam que sua colaboração resultasse em ajuda para outras pessoas. Em apenas um caso, observei resistência, que se manifestou ao primeiro contato, mas foi totalmente dirimida por ocasião do contato pessoal e no decorrer da entrevista. Dos homens entrevistados, apenas um havia se submetido à psicoterapia, em dois momentos de sua vida, muito anteriores ao infarto do miocárdio.

Os homens que se dispuseram a participar da pesquisa, foram entrevistados no Hospital Universitário Pedro Ernesto (cinco) em seus locais de trabalho (três) ou ainda, em meu consultório (dois), respeitando-se sempre a preferência dos participantes, que escolheram o lugar que lhes pareceu mais conveniente.

As entrevistas foram marcadas através de contato telefônico, no qual foi explicado o tema da pesquisa e, em linhas gerais, como seria o seu desenvolvimento prático. Nesse momento, era colocada a necessidade do uso do gravador e solicitado para isso, o consentimento dos participantes, assegurando-se o caráter confidencial e o anonimato dos mesmos. Para tanto, seus nomes foram substituídos por pseudônimos e foram omitidos dados que pudessem implicar em identificação das entrevistadas.

O material gravado foi transcrito na íntegra, por mim pessoalmente, porquanto, pelo fato de tê-los entrevistado, pude preservar nuances das falas não captadas pelo gravador. Para isso, fiz uso de um diário de campo, no qual foram anotadas observações complementares. Utilizei também uma ficha de dados pessoais, cujo preenchimento teve a finalidade de, com maior objetividade, situar as participantes em seu contexto social (ANEXO I).

Ao chegar ao local da entrevista, conversava com o participante, informando-o do que desejava que ele abordasse, sua infância, adolescência, relações com os pais, relacionamentos afetivos, de acordo com o roteiro reduzido (ANEXO II). Pedia-lhe, então, que falasse livremente e comunicava que, durante sua fala, iria utilizar o gravador e anotar alguns itens que não tivessem ficado bastante claros. Apesar de evitar interromper, em alguns momentos, eu poderia pedir-lhe

algum esclarecimento, porém, de preferência, esta complementação ficaria para o final da entrevista, caso fosse necessário.

Os resultados são expressos, em pesquisa qualitativa, por descrições e ilustradas por declarações dos pesquisados, captando o fenômeno em sua origem, relações e mudanças, possibilitando um maior aprofundamento quanto ao significado dos dados. Coerentemente, a análise dos dados da presente pesquisa foi efetuada de forma qualitativa, por meio da técnica de análise do conteúdo. A análise do conteúdo, segundo Bardin, (apud Triviños)<sup>165</sup> é:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.”(p.160)<sup>166</sup>

Embora Bardin enfatize os aspectos quantitativos do método, Triviños considera que o mesmo é sumamente importante e especialmente adequado à pesquisa qualitativa. A análise de conteúdo é desenvolvida em três fases: pré-análise, na qual o material é coletado e organizado; descrição analítica, que exige estudo aprofundado baseado nas hipóteses e referencial teórico e estabelece categoria e interpretação referencial, na qual se aprofunda e intensifica a análise.

Embora, as primeiras pesquisas a adotarem o método, tivessem uma tendência positivista, para Triviños, o pesquisador não deve se ater apenas ao conteúdo manifesto, mas buscar o conteúdo latente.

---

<sup>165</sup> TRIVIÑOS, Augusto N.S. (1992). Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas.

<sup>166</sup> TRIVIÑOS, Augusto N.S. (1992), op.cit.

No presente trabalho, foi dentro dessa perspectiva que utilizei a técnica de análise do conteúdo, na análise das histórias de vida temáticas dos entrevistados.

A leitura flutuante das entrevistas transcritas possibilitou o estabelecimento de categorias, sugeridas pela teoria e confirmadas no depoimento dos participantes. Essas categorias orientaram a seleção dos trechos das falas que continham material suficiente para atender aos objetivos da investigação aqui proposta.

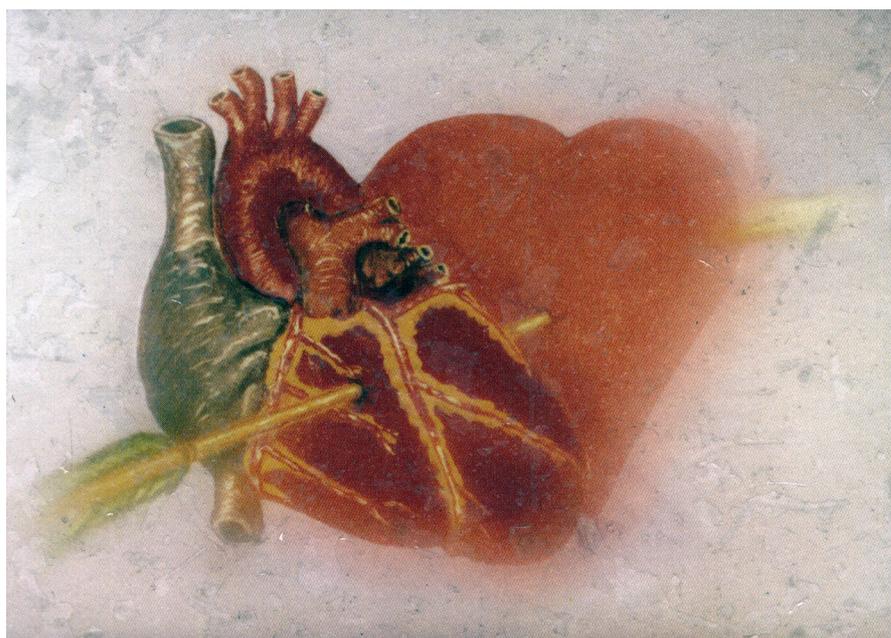


Fig.09 - Um coração ferido  
*Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.*

#### 4. UM CORAÇÃO EXPLOSIVO

Se compreendermos que não existe, em nossa sociedade, um modelo que enquadre todos os homens, podemos dizer que não existe uma masculinidade, mas masculinidades variadas. Classes sociais, etnias e culturas diferentes produzem homens diferentes e esses, através de suas próprias escolhas, elaboram seus projetos pessoais, se individualizam e escrevem suas próprias histórias no decorrer de suas vidas.

Na presente pesquisa, sobre os homens que sofreram infarto do miocárdio, encontramos muitas similaridades em seus relatos de vida, embora possam ser apontadas diferenças, no que se refere à constituição de sua família de origem, formação dos pais, formação individual, profissões e situação sócio-econômica. Alguns dados gerais, coletados nas entrevistas e questionários, podem fornecer um perfil dos participantes, para que se possa, de forma mais precisa, delinear o grupo.

No que se refere à profissão de seus pais, três eram comerciantes, e os demais eram: cabeleireiro, engenheiro, funcionário público, mestre de obras, militar, taifeiro, sendo que um deles não declarou a profissão do pai, por ignorá-la, já que seus pais se separaram quando ainda era muito pequeno. Com respeito às mães, oito eram do lar, sendo que os pais eram os provedores únicos, até que os filhos comessem a trabalhar. Duas mães, que eram separadas, exerciam profissões, uma de doméstica e outra de corretora de imóveis.

Nove dos participantes nasceram e cresceram na cidade do Rio de Janeiro, enquanto que um deles, nascido no interior do Estado de Minas Gerais, mudou-se para o Rio de Janeiro nos primeiros anos de sua adolescência. Os

participantes residiam em sua infância: dois na Zona Sul, um no Centro, quatro na Zona Norte e três em favelas da Zona Sul Carioca.

Quatro participantes sofreram muitas dificuldades na infância, por serem as famílias muito pobres, dentre eles, os três que viveram em favelas. Estes últimos guardam boas recordações, do espaço onde viveram seus primeiros anos, pois tinham largo espaço para brincar e havia muita vegetação. A favela, segundo eles, era tranqüila, abrigava trabalhadores de baixa renda e não havia problema de marginalidade, como nos dias de hoje.

Seis participantes declararam que seus pais pertenciam à classe média, sendo que o pai de um deles tinha maiores recursos, mas perdeu grande parte dos bens, quando o declarante se encontrava na adolescência.

Em relação ao número de filhos, as famílias de origem eram assim constituídas: uma com treze filhos, duas com oito, uma com seis, uma com quatro, três com três e duas com dois filhos. Das famílias mais pobres, três eram compostas por três filhos e uma, por treze filhos, o que não indica, nesse grupo, relação entre o tamanho da prole e a situação econômica, já que, entre as de classe média, quatro famílias eram numerosas.

Quanto ao nível de instrução, três participantes possuem grau superior completo, dois, grau superior incompleto, três, grau médio completo, um grau médio incompleto e um apenas o fundamental, tendo concluído o antigo ginásio.

Os entrevistados, quanto às profissões que abraçaram, assim se distribuíram: dois administradores de empresas, um administrador patrimonial, um engenheiro, um médico, um vendedor, um bancário, um comerciante, um técnico em eletrônica e um vigilante. Deles, os seis primeiros, continuam a exercer as suas

profissões; o bancário hoje é vendedor; o comerciante e o técnico em eletrônica exercem a profissão de taxistas e o vigilante encontra-se aposentado.

Dos entrevistados, três afirmaram-se católicos, quatro, católicos não praticantes, dois espíritas kardecistas e um se considerou entre o espiritismo kardecista e umbandista.

No que se refere ao estado civil, dois estavam divorciados e solteiros, um encontrava-se no segundo casamento e os demais, sete, permaneciam no primeiro casamento. As mulheres de seis deles e as ex-mulheres de dois, exercem suas profissões: agente administrativa, auxiliar de escritório, bancária, doméstica, costureira, jornalista, psicóloga e técnica de contabilidade, sendo que a ex-mulher de um dos divorciados, começou a trabalhar depois da separação. Outras duas mulheres, nunca exerceram trabalho fora do lar. Mesmo nos casos em que as mulheres têm suas profissões, os participantes se consideraram os principais provedores da família.

Sofreram infarto do miocárdio, um aos 38 anos, dois aos 40, um aos 41, um aos 42, um aos 44, um aos 46, um aos 48 e dois aos 49 anos. Três deles apresentaram recidivas da doença, algum tempo depois do primeiro evento.

Dos participantes, apenas um informou ter se submetido a tratamento psicoterapêutico, em dois momentos de sua vida, mas declarou que isso se deu muitos anos antes da ocorrência do infarto do miocárdio. Quatro dos entrevistados participam de programa de reabilitação e têm um atendimento multidisciplinar de grupo que inclui um Psicólogo. Os demais relataram que tiveram atendimento do Psicólogo Hospitalar, que os visitou no período da internação.

Relatando suas experiências de vida, esses homens trouxeram à baila recordações, muitas vezes muito dolorosas. Em muitos momentos as falas se revestiram de grande emoção e alguns narradores chegaram, algumas vezes, às lágrimas. Da leitura atenta de seus relatos emergiram os eixos que me pareceram mais importantes para os objetivos da pesquisa e que se constituíram nas categorias que analiso a seguir.

#### **4.1. CONSTRUINDO UM HOMEM**

Embora a categoria gênero esteja ligada, a princípio, às características biológicas dos indivíduos, gênero se refere às características psicológicas e comportamentais que, dentro de uma determinada cultura definem o que significa ser homem ou ser mulher. Os papéis feminino e masculino se constituem de determinadas características específicas que vão sendo desenvolvidas no decorrer da socialização primária e da socialização secundária.

A identidade de gênero é, pois, socialmente construída. A sociedade dita as regras e tem expectativa de comportamentos específicos para homens e mulheres. Assim, a feminilidade é associada à maior fragilidade, amabilidade, sensibilidade e delicadeza, enquanto que a masculinidade é associada à fortaleza, agressividade, destemor, intrepidez, risco e distanciamento emocional.

As mudanças sociais que se observaram nas últimas décadas, produziram, a partir dos vários contextos histórico-sociais, transformações significativas, no que se refere às expectativas sociais sobre a diferenciação de gênero. Pode-se falar de feminilidades, assim com de masculinidades variadas, pois nem todas as mulheres são iguais e nem todos os homens se assemelham. Porém,

permanece ainda no imaginário social a idéia de que alguns atributos são imprescindíveis para que se defina a identidade de gênero.

Em que pese, termos consciência, de que existem vários tipos de masculinidade, pode-se afirmar que determinada masculinidade que reforça os comportamentos masculinos diferentes dos femininos permanece, até aos nossos dias, como hegemônica, e em especial em nossa sociedade, ainda se observam preconceitos e rótulos, que levam pais e pares a incentivar comportamentos que se coadunem com aquela específica masculinidade.

Assim, a socialização de um menino difere muito da socialização de uma menina, em termos de liberdade, escolha de brinquedos, formas de atuar em público, de brincar e de reagir aos estímulos. Desde a mais tenra infância, durante a socialização primária o menino é estimulado a se diferenciar das meninas e essa diferenciação é reforçada em sua socialização secundária e durante toda a sua adolescência.

A seguir, analiso a construção social da identidade de gênero dos participantes dessa pesquisa, desde a infância até os primeiros anos de sua idade adulta.

#### **4.1.1 Brincando com a diferença**

Os participantes dessa pesquisa, relatando sua infância e adolescência, revelam como se deu a construção social de sua masculinidade nesse período, tendo vivenciado essa fase, a partir da década de 60 do século XX, com exceção de um deles que nasceu em 1943.

Criado na Tijuca, Nereu relata que teve uma infância “normal” muito brincalhão, porque o bairro em que residia sempre propiciou atividades muito atrativas, especialmente na rua, onde ele gostava muito de brincar com os amigos.

“Tive uma infância quase que... que normal, sendo até um pouco exagerado com relação a querer ficar mais na rua do que meus pais cobravam de mim. Quer dizer, posso resumir uma infância de moleque, moleque de rua, no bom sentido. Arteiro,” (Nereu)

Ser menino, de acordo com o que “passavam para ele” no ambiente em que vivia, seria ser moleque de rua e, pela dificuldade financeira, ele improvisava brinquedos na mata, com cipós, deslocando-se entre as árvores e também organizava caçadas. Além disso, experimentava com outros meninos bebidas e cigarros.

O menino devia ser muito ativo e ter muita coragem, porque havia muita competição e aqueles que não realizassem as tarefas estipuladas pelo grupo eram julgados fracos, “maricas”.

“Então, dentro do possível havia uma busca de estar sempre no grupo dos que realizam as tarefas, os que não realizam eram alvo de chacota, de deboche. Então já havia uma competição em criança”. (Nereu)

Waldomiro conta que teve uma infância muito difícil, que era muito levado e por isso seu pai, que era alcoólico, o surrava muito, Após a separação dos pais, que ocorreu quando tinha oito anos, a mãe o trancava em casa, mas não conformado com isso, ele conseguia sempre fugir para a rua.

“Eu era muito levado, porque criança... é mesmo coisa de criança..... E por isso, meu pai me batia muito né, por causa do meu comportamento. Ele era uma pessoa que bebia muito e tal, então eu tinha esse problema já na minha infância. Depois ele foi embora...Minha mãe tinha que trabalhar e me deixava trancado em casa, então eu tinha que fugir pra sair pra brincar e tinha voltar antes dela chegar... (Waldomiro)

Waldomiro conta que esse período foi muito árduo e ele acha que não teve uma infância como deveria ter, “ideal”, pois, logo após a saída do pai, a vida se tornou tão difícil que a mãe nem o colocou na escola. Tempos depois ele pode retomar os estudos, quando a situação econômica melhorou um pouco.

A mãe de Waldomiro, segundo ele, nunca precisou dizer a ele quais seriam as brincadeiras pelas quais deveria optar, pois ele, brincando sempre com meninos, assimilou desde cedo quais seriam as brincadeiras próprias de um menino.

“Eu sempre me comportei diferente, né, eu não me vi na mesma colocação dela (da irmã), até porque, jogava bola, jogar bola, de pião, brincava muito. Só pipa que eu não gostava. Eu não tinha esse comportamento, por exemplo: a minha irmã estar brincando de boneca e eu ir brincar com ela, não, não tinha isso. Brincava de carrinho, bola, pião...” (Waldomiro)

Nascido e criado em uma favela, Otávio considera que sua infância foi muito difícil, pois a família era pobre e composta pelos pais e mais treze filhos. Mesmo assim, ele relata que brincava nos horários que lhe sobravam depois da escola e do trabalho remunerado, de entregar água, que exercia para ajudar a família.

“A minha vida de infância foi mais de muito trabalho. Ia pra escola, muita dificuldade também. Mas a gente jogava bola de gude, era pião, pipa. Pipa então eu adorava pipa. Eu tinha até um apelido de boca negra, porque era todo ferido de tanto ficar no sol. E isso já se respeitando horário que não era assim brincando direto, não. (Otávio)

Filho de uma família de classe média, um, entre sete filhos, Roberto lembra-se de sua infância como um tempo de liberdade para brincar e se divertir, dentro de certos limites. Também relata os brinquedos típicos de meninos, de sua época.

“Não havia assim muito luxo, riqueza de brinquedos, mas havia uma liberdade muito grande, como por exemplo: a praia ocupava muito o tempo da gente, dentro da praia, os esportes da praia nós praticamos a vida inteira como futebol, dentro dos esportes e das distrações a

gente soltava pipa, tinha a praça ali próxima, jogava bolinha de gude...” (Roberto)

Também de classe média, Gustavo conta que teve uma infância divertida, mas era muito arteiro e apesar de morar em uma casa com quintal, gostava mesmo era de brincar na rua, com os outros meninos.

“Eu e meu irmão mais velho, nós saíamos de manhã cedo, pegávamos a porta aberta, fugíamos pra rua, ficávamos o dia todo, brincando de pique bola, bola de gude também, futebol, pingue-pongue... Quer dizer, se voltasse na hora do almoço íamos apanhar então voltávamos já à noite, pra apanhar uma vez só. (risos)”. (Gustavo)

Os brinquedos característicos de meninos também permearam a infância de Gilberto, que nasceu e se criou no centro da cidade do Rio de Janeiro, Bairro de Fátima.

”Pois é, eu tive essa infância: eu joguei futebol, pipa, pião, enfim, pique-esconde, fazíamos acampamentos, fazíamos viagens e foi plena atividade, atividade sadia”. (Gilberto)

Paulo, filho de um funcionário de uma estatal, diz que teve uma boa infância, pois, apesar de não serem ricos, eles levavam uma vida de classe média, morando em uma casa grande, com quintal com muitas árvores, num bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro. Acrescenta que hoje, essa classe não mais existe, pois “está meio complicada a coisa.”

“Eu soltava pipa, adorava soltar pipa, jogar bola, tudo que todo o garoto gosta de fazer. Meu filho é igualzinho a mim. Andar de bicicleta...” (Paulo)

Criado numa cidade do interior de Minas Gerais, Guilherme conta que vivia no meio do mato buscando árvores de cipó, e que possuiu um cavalo, mas tinha também as mesmas brincadeiras que aparecem no relato dos participantes que viveram sua infância no meio urbano.

“A gente era vizinho a uma região que era de muita mata, então a gente vivia muito no meio do mato, muito brincando de cabanas nomeio do mato, descobrindo árvores de cipó. Muitas brincadeiras do interior que hoje não se vê, que eram as queimadas, jogo de bola de

gude, jogo de futebol, tinha campo de futebol perto, soltávamos papagaio. As ruas eram calçadas, a gente brincava de carrinho de rolimã...” (Guilherme)

A infância de Roque foi marcada por tragédias. A separação dos pais foi precedida de uma briga, na qual o pai ameaçou matar a mãe diante dos filhos. O pai foi para o nordeste e o filho nunca mais o viu, apesar de desejar vê-lo e procurá-lo na vida adulta. Após a separação, houve um desabamento na favela, onde morava com a mãe e duas irmãs e estas morreram sob os escombros da casa. Roque também ficou preso nos escombros, ouvindo os gritos das irmãs, mas foi salvo.

A mãe então o deixou aos cuidados da madrinha e mudou-se para outro bairro. Roque não desejava morar com a mãe, porque ela trabalhava como doméstica, o dia todo, e ele teria que ficar sozinho. Sua primeira infância decorreu na favela da Rocinha, estudando num colégio no Jóquei e ele era muito preso, não tendo muita oportunidade de brincar, inclusive apanhando muito da madrinha, segundo conta. Depois que se mudou para a casa da mãe, teve mais liberdade e relata suas brincadeiras:

“Então ali eu já fiz mais amizade, porque a rua era muito grande o Parque era muito grande, então eu vivia jogando bola, soltando pipa e ali a atividade era mais jogar bola e soltar pipa, mais isso. E pique, esses negócios assim. Não tinha brinquedos que nem agora, sabe...” (Roque)

Fernando, também filho de classe média, também relata que suas brincadeiras eram muito diferentes das das meninas e comenta que, em sua opinião essas diferenças continuam a existir até hoje, embora em nossos dias, algumas brincadeiras sejam comuns, como os jogos de computador, por exemplo.

“Naquela época, você nem imaginava brincar de boneca, como uma menina, e nem ela imaginava jogar bola de gude. Se você brincasse de boneca, as pessoas pensavam que você estava com desvio comportamental. E parece que ainda hoje é isso. Porque parece que o que a gente vê hoje de televisão, isso tudo, eles continuam

separando brincadeiras de meninos e brincadeiras de meninas. A Xuxa quando lança uma boneca não põe um menino comprando uma boneca dela. Então divide. A mídia continua dividindo brincadeiras. (Fernando)

Sobre a diferença como foram criados, Fernando comenta que, desde garoto, teve mais liberdade do que a irmã, pois esta tinha um horário mais rígido para chegar em casa, depois das brincadeiras, sendo que ela era muito mais vigiada.

“Porque o pai era quem impunha, realmente, e às vezes, por ser filho homem... Para todo pai, filho homem é o máximo, principalmente o primeiro. Então eu conseguia ficar mais um pouco do que ela na rua. Sempre havia a questão da menina ser mais preservada. Isso aí tinha, realmente tinha. (Fernando)

As diferenças de gênero entre irmãos, desde a primeira infância, são comentadas por Gilberto que as atribui aos valores e preconceitos da época, que limitavam a liberdade das meninas e estipulavam os brinquedos e comportamentos diferentes. Ele e a irmã eram gêmeos e observa-se então que essas diferenças se tornam mais significativas.

“Na minha infância eu tinha uma separação assim direta sobre a minha irmã gêmea. Eu fui criado dentro desses padrões que a sociedade colocava, ou seja, menino tem que brincar de carrinho, menina tem que brincar de bonequinha, menino usa calça comprida, menina usa saia. Dentro desses padrões rígidos, essa foi minha criação. E com isso, evidentemente, foi criado também um pouco do machismo. Eu via minha irmã como eu via minha mãe, dona de casa que tinha que cuidar dos filhos, do marido, não tinha direito de uma certa liberdade”. (Gilberto)

Diferenças entre meninas e meninos eram observadas por Paulo, embora ele ressalve que não havia discriminação. No entanto, ao falar na diferença ele usa o verbo no tempo presente, pois até hoje, pai, considera que o tratamento deve ser diferente.

“Teria uma diferença pelo fato delas serem meninas, que a gente não pode fazer com o menino o que vai fazer com a menina”. (Paulo)

Gustavo relata que as brincadeiras de meninos e meninas eram muito diferentes e que os garotos, ao se aproximar delas gostavam de “arreliar” e “bagunçar” os brinquedos delas.

“As meninas eram mais devagar. As meninas brincavam de boneca, nós pegávamos a boneca delas e dávamos nó no cabelo....Cavava um buraco na terra botava os bonecos só com o cabelo de fora, todo enroladinho todo cheio de nós. Quando a minha irmã vinha, ah, uma choradeira...” (Gustavo)

Essa atitude agressiva, bem como a atitude competitiva do menino percebe-se na maioria das brincadeiras de que habitualmente eles participavam. A pipa, por exemplo, envolve agressividade e competição, pois, não se trata apenas de elevar ao céu um belo artefato de papel, mas também, disputar com outro a derrubada da pipa por meio de fio encerado com o chamado “cerol”, uma mistura de cola e vidro moído, que pode, até mesmo, ferir o contendor. Bola de gude é um jogo onde quem ganha, toma as bolas do perdedor. No jogo de pião, não é o movimento do brinquedo que desperta interesse, mas a atividade também comporta quebrar o pião do adversário, com a força do próprio pião.

Assim, agressividade e competição estão presentes na vida do menino nos, aparentemente, mais inocentes exercícios. Observa-se também que, desde cedo, os meninos conseguiam maior liberdade para ficar na rua. A rua era, desde sempre, o “seu” espaço privilegiado para passar a maior parte do tempo possível, enquanto as meninas deveriam ficar mais em casa, como a maioria das suas mães. É de se notar que, das mães dos entrevistados, apenas as que separaram dos maridos trabalhavam fora de casa, sendo que as demais cumpriam seus papéis de esposa e mães, em tempo integral.

#### 4.1.2 Crescendo na competição

A valentia e as brigas eram consideradas normais na vida de um menino que, mesmo que não gostasse de brigar, era incentivado pelo grupo a participar das querelas e revidar as provocações. Embora a manifestação precoce da sexualidade definisse o menino, Roberto coloca que a capacidade de brigar, de bater era também um quesito importante na construção da masculinidade e, portanto, para se dar ao respeito diante de seus pares, ele também brigava.

“Pra ser homem, tinha que brigar, então havia essa cultura, de que se você, numa briga, não brigasse, você não era... você era deixado de lado. Às vezes o camarada arrumava confusão, você não podia esbarrar que um já saía brigando...” (Roberto)

As brigas sempre estiveram presentes na infância de Gustavo e muitas vezes as brincadeiras terminavam em disputas que culminavam em pancadaria.

“As vezes tinha confusão, tinha briga na rua. Sempre assim, muita arte.... Meu irmão era muito brigão também, no jogo de gude e pião.(....) Mas sempre era confusão.. Era minha vez, era vez do outro, sempre o pau comia (risos) não tinha jeito. Era todo mundo brigão...”(Gustavo)

Waldomiro também relata que brigava muito, especialmente na época em que o pai vivia em casa. Percebe-se em seu relato, que ele mudou de atitude, por julgar ter sido esta a causa do afastamento de seu pai. Essa culpa o acompanhou por toda a vida e ele procurou suprir a falta do pai, trabalhando desde cedo, ajudando a mãe nos trabalhos “masculinos” da casa e privilegiando pagar a educação de suas irmãs em lugar da sua própria escolaridade, que se completou somente na vida adulta.

“No tempo do meu pai eu brigava muito na rua. Com a minha mãe tive algumas brigas sim, mas não tanto como eu tinha na época do meu pai. Eu brigava na rua, ela nunca sabia... As brigas eram diversas. Eram sobre pião, bola de gude, namorada às vezes... “ (Waldomiro)

As brigas eram obrigatórias, segundo Fernando e a agressividade era estimulada em casa, pois, um menino que se prezasse não poderia deixar de resolver os seus problemas na rua e não podia se mostrar covarde.

“Sempre tinha briga. Natural não é? Às vezes eu começava. Eu era um pouco agressivo. Não iniciando, não iniciava uma briga, ou seja, a briga do tapa, primeiro tinha a discussão prévia. Normalmente eu explodia primeiro e partir pra agressão era eu que partia, apesar de levar desvantagem às vezes, mas não.... Não levar desaforo pra casa, que a gente chamava. Era aquela coisa de “eu sou homem”...Se você está brincando, tudo OK, mas se alguém te sacaneia, você tinha que ter o revide na hora. Era uma imagem que todos os pais passavam. Essa imagem de você ser o cowboy, valente.” (Fernando)

Para Paulo brigar na rua era atitude natural do menino. Embora declarando que não defendia a todo o custo suas opiniões ele se retrata expondo seu desejo de sobressair nos grupos.

“Todo o menino briga, né? Eu brigava. Sempre gostei muito de mandar.” (Paulo)

O incentivo à agressividade é também pontuado por Otávio cujo pai o orientava para resolver seus problemas, sem procurar passar-lhe atitudes mais desejáveis de conciliação.

“Briga comia, a gente chegava todo arrebetado em casa. Mas quando a gente chegava em casa não tinha apoio, não. Meu pai: “Você procurou, se vira, é com você mesmo” (Otávio)

Apesar de se considerar pouco briguento, Guilherme relata que muitas brigas estiveram presentes em sua infância, inclusive enfrentamentos com meninos de outros grupos.

“Tinha brigas com irmãos, muitas brigas. Algumas vezes briguei com alguns primos, com alguns vizinhos... Tinha... acontecia... de vez em quando umas rugas com turmas de meninos de outras ruas.” (Guilherme)

Reforçando a competitividade e a agressividade, ser belicoso era a uma característica aceita como natural e assim normalizada, era vista como inerente e necessária à afirmação da masculinidade.

### 4.1.3 Desenvolvendo a sexualidade

As brincadeiras dos participantes dessa pesquisa, desde cedo, envolviam a sexualidade, definindo o gênero. O menino, desde sempre, para ser homem deveria manifestar interesse pelo sexo oposto. A falta de cumprimento dessa determinação levava à ameaça de ser considerado como homossexual. Assim, a masculinidade era entendida como em oposição à homossexualidade.

“Havia muito na época esse negócio de o que que é um macho, o que que é o homem e sempre aquela idéia: “Você é viado, você é bichona”. (Roberto)

Um preconceito muito grande, quanto ao homossexualismo era vigente e os pais tinham muito receio de que um filho não demonstrasse, desde sempre, que era “homem de verdade”. Gilberto faz um depoimento sobre um menino homossexual que conheceu:

“Se uma família tivesse um homossexual era uma coisa que os pais tinham vergonha, escondiam. Eu tive um amigo que o irmão dele era homossexual e os pais escondiam. Aquela criança ficava no quarto, enfim, acanhada, a gente encarnava no irmão. Então existia todo esse padrão preconceituoso mesmo.” (Gilberto)

Gilberto conta que sempre lhe foram passados ensinamentos sobre como deveria se comportar um menino, seus pais sempre o advertindo para que tomasse as atitudes que o definiriam como homem.

“Eu sempre, em função até mesmo dessa educação, dessa colocação de valores eu sempre fui... “olha, você é menino, você é um garoto, você é homem, homem faz isso, faz aquilo” Tipo assim: você tem que olhar é pra mulher, você não pode é varrer uma casa, você não pode lavar louça. Tem que jogar bola, tem que jogar é... soltar pipa....” (Gilberto)

Namorar, observar as meninas com admiração e iniciar a vida sexual o mais precocemente possível eram atitudes cobradas pelos grupos de pares e incentivada ou, pelo menos, aprovada pelos pais.

“Eu não me lembro muito bem quando me senti menino, mas talvez tenha sido de 13 a 14 anos. Eu acho que o primeiro passo é observar as meninas, observar as meninas e tal, é assim que funciona.” (Paulo)

Waldomiro conta que namorava muito e esse era um assunto sempre presente nas conversas masculinas. Os relacionamentos com as meninas eram mais ligados aos namoros e estes se tornavam comentário obrigatório nas rodas dos garotos.

“Então a história era diferente, com relação a dialogar sobre namoradas, conversar sobre coisa de homem mesmo. Me relacionava com pessoas mais do lado masculino. Quer dizer, não tinha opção de uma coisa ou outra”. (Waldomiro)

No caso de Fernando, o namoro, segundo ele, era “meio platônico”, mas, desde muito pequeno ele já tinha suas namoradinhas. Porém, ele não gostava de comentar a respeito com os amigos, não gostava de “contar vantagens”.

“Namorar cedo naquela época era às vezes até meio platônico, você ficava com a menina, não sei o que, segurava na mão, coisa e tal... Então tipo 12 anos, uma coisa assim, mas nada de extraordinário acontecia. Mas sempre também fui muito reservado nos meus namoros, nunca fui assim... Porque tem gente que conta, né, principalmente naquela época: “Saí com fulana, não sei o que...Mas eu nunca, eu sempre fui discreto.” (Fernando)

O interesse pelo outro sexo era incentivado até mesmo nas relações parentais, com conotação de brincadeira, mas sempre direcionando o menino para se interessar pelas meninas.

“Quando eu tinha uns 10 anos eu me lembro também que a Maria, minha prima, muito bonita também, acho que da mesma idade, eu tinha uma gamação por ela e o pessoal falava assim: “Ah, vocês deviam ser namorados, formam um par.” (Roque)

Desde muito menino, aos oito ou nove anos Nereu tinha relacionamentos com conotação de sexualidade, meninas suas amigas e, através das brincadeiras, assumia a posição de homem. Os jogos sexuais aconteciam muitas vezes com as próprias primas.

“Comecei a me sentir menino quando comecei a, precocemente, paquerar, querer algum relacionamento com as minhas primas que moravam perto, brincavam junto e não foi me passado esse grau de respeito às primas e eu até cheguei a namorar já precocemente, com 8, 9 anos, algumas meninas. Sempre fui um menino ativo, através das brincadeiras de médico, papai, mamãe e tal, o que toda criança brinca:. (Nereu),

Gustavo lembra-se dos namoricos, ele sorrindo, jogando beijinhos para as meninas e as relações com elas evoluindo para uma aproximação maior com o decorrer dos anos.

“Aí eu já era quase menino pra namorar, uns 12 pra 13 anos. Aí já tinha mais intimidade... as garotinhas vinham brincar junto, correr, brincar de pique à noite na rua. Aí pegava uma dava um beijinho, pegava outra também, aí uma dizia pra outra: “Ah, ele me beijou.” “Ah, vou beijar ele também.” Beijava. Aquela fase... “(Gustavo)

No caso de Guilherme, havia as namoradinhas e os pequenos jogos de sedução, mas a sexualidade era exercida e a masculinidade reconhecida pelos pares, através de comparação com outros meninos.

“Tinha umas namoradinhas, que as meninas... eram virgens ainda, né, aquelas coisas... Mas foi uma coisa bem do interior mesmo, né, a descoberta do menino, entre os primos, né. Uma coisa que era meio separada das meninas, aquelas coisas de infância, com relação à masturbação, que era coletiva,,“(Guilherme)

Gilberto conta que sempre se sentiu menino, nas escolhas dos brinquedos, na relação com outros meninos, mas o reconhecimento de sua masculinidade é enfaticamente atribuído à sua atração pelas meninas.

“Homem, menino, mesmo eu me senti quando eu tive o sentimento, aquela paixão por aquela menininha, aos 12, 13 anos. Ali eu me identifiquei como homem (risos). Eu digo, “ah, eu gosto da coisa”. (risos) (Gilberto)

Aos 12 anos, Roberto teve sua primeira experiência sexual com uma prostituta, levado pelos colegas, e essa vivência o fez sentir-se realmente homem. Ele sentia-se pressionado, pois, vários dos seus amigos já haviam “transado” e sentia que precisava ter essa experiência para afirmar-se, a si mesmo e diante do grupo.

“Aquela coisa de menino, né, queria transar de qualquer maneira, aquela loucura de garoto, com os hormônios extremamente altos... Na minha época, esse era o principal. Transo com alguém? Bom tu é homem. Havia uma exigência, que você tinha que transar... E aí fui, aí fui e foi ótimo porque foi uma pessoa que tinha experiência, fantástica, então foi uma experiência muito boa, aí eu me senti muito homem naquela época: Puxa, me libertei, isso é uma coisa maravilhosa!” (Roberto)

Roberto afirma que teve muito medo, pois na época havia muita repressão e a iniciação sexual, em si, também o atemorizava bastante, apesar de definir a experiência como muito boa, por tê-lo livrado de qualquer pecha de homossexualidade.

Aos 14 anos Gilberto teve sua iniciação sexual, também com uma profissional do sexo, e considera que foi uma experiência muito boa, porque a mulher, muito experiente, pode lidar muito bem com a situação.

“Evidentemente depois da primeira experiência até parece que eu, dentro de mim, me transformei num verdadeiro homem. Eu achava que já era um verdadeiro adulto. Dali pra frente, comecei até mudar umas atitudes. Sinto, percebi que houve diferença em algumas atitudes, tipo no comportamento de buscar... de buscar... querer fazer cursos, querer estudar, querer já pensar numa profissão.”(Gilberto)

Na mesma idade Otávio teve a sua primeira experiência sexual. Já trabalhava e, tendo algum dinheiro, dirigiu-se sozinho à “zona de baixo meretrício” que se situava quase no centro da cidade. Preso, por ser menor, foi levado à casa dos pais, porém, pais e policiais não o recriminaram.

“Aí quando cheguei lá, eu me realizei, eu me realizei totalmente. Aquilo pra mim foi uma coisa do outro mundo.... que maravilha! (...) O Delegado orientou meu pai, que ali não era lugar pra mim, que era menor de idade.... Mas tudo assim numa boa, uma coisa normal de um jovem que estava se transformando de adolescência pro homem. Eu fiquei assim muito bem”. (risos). (Otávio)

A primeira relação sexual de Guilherme aconteceu também com uma prostituta, numa cidade do interior, quando foi conduzido à zona do meretrício por um primo mais velho.

“Eu comecei a minha vida sexual, mesmo de fato com 15 anos, o acesso ao sexo era mais fácil lá, do que no Rio de Janeiro, por incrível que pareça. O acesso... eu me lembro que uma vez eu fui na “zona”, e tal, e fui com um primo e meu primo pagou uma prostituta pra me atender...”(risos) (Guilherme)

Na época da adolescência dos homens entrevistados a liberdade sexual, conquistada nos anos 60, ainda não se fazia sentir no Brasil, especialmente nas camadas médias da população, mais conservadoras. Era hábito comum freqüentar prostíbulos e as experiências iniciais eram realizadas com prostitutas, sob o aconselhamento e supervisão de um amigo ou parente mais velho. No caso de Gustavo ele transou pela primeira vez com uma empregada da casa, o que muitas vezes também acontecia, com o beneplácito dos pais.

“A primeira experiência sexual, eu tinha 15 anos, foi com a empregada da minha mãe (risos). Na época eu vim do colégio, minha mãe não estava em casa...Ela relutou, falou que tinha namorado, mas transou comigo. Uns 3 ou 4 anos, toda a vez que tinha chance, pegava ela.” (Gustavo)

Mais tímido e recatado, por conta de sua educação muito severa e repressiva, Roque recorda que namorou muito, mas, demorou mais tempo para ter uma relação sexual completa, o que se deu com uma namorada, da qual gostava muito. Transar pela primeira vez com uma namorada não era muito comum naquela época, pois as moças “de família” preservavam a sua “virgindade” para o casamento.

“Minha vida começou a mudar quando eu fui pra minha mãe que eu comecei a pegar mais liberdade, comecei a namorar, já comecei aos 13, 14 anos, mas não sexual, sexual foi de 19 anos”. (Roque)

Todos os entrevistados, com exceção de Roberto relataram ter começado a trabalhar muito jovens, mas um fato significativo aconteceu com Gilberto. Imediatamente após sua primeira relação sexual, em torno dos 14 anos, não comentada pelos pais, o pai conseguiu-lhe um emprego de boy e o obrigou a trabalhar.

“Eu acredito que estava escrito na minha testa o tempo todo e meus pais aproveitando-se dessa situação, se anteciparam, principalmente meu pai se antecipou, no sentido de :“Bom, agora ele esta responsável, então ele vai ser responsável mesmo”, e já... foi quando arranhou o primeiro emprego de boy e aí eu entrei em conflito comigo, chorava e não queria, mas depois reacendeu novamente aquela coisa da responsabilidade” (Gilberto)

Vemos aí a relação estabelecida entre o trabalho e a masculinidade.

Gilberto, ao demonstrar que já poderia transar, poderia também trabalhar. Todos os participantes declararam ter começado a trabalhar mais cedo do que suas irmãs, uns na infância e outros na adolescência, com incentivo dos pais, mesmo aqueles provenientes de famílias mais abastadas. Roberto, cuja faculdade exigia tempo integral, começou a estagiar logo nos primeiros semestres e complementava sua renda com a atividade de vendedor.

#### **4.1.4 Tudo sob controle**

Os participantes da pesquisa relatam que havia um controle bastante rígido da parte dos pais, sobre eles. Alguns apanharam quando pequenos, mas esse fato não é comentado por eles com rancor, o que se observa apenas no relato de Waldomiro, que declara que gostava muito do pai, mas o recorda com muita mágoa.

“Ele, era uma pessoa que batia muito, por qualquer coisa. Ele não procurava saber porque, era só reclamar com ele estava batendo, não procurava apurar muito do que se tratava. Qualquer reclamação de terceiros, ele primeiro agredia, primeiro batia porque achava que eu estava errado. Não perguntava porque, porque que eu fazia aquilo qual era aquele comportamento... Ele não procurava também agradar ou transformar de uma outra forma aquela situação. Ele só batia .“ (Waldomiro)

Ele também apanhava da mãe, mas a isenta de culpa, dizendo que ela sofria muito por ser separada, separação pela qual ele, na infância, se julgava responsável por conta de seu comportamento, que desagradava ao pai.

Roque, lembra que criado pela madrinha, que não tinha filhos, apanhava muito e justifica essa violência pela autorização delegada a ela por sua mãe, que julgava ser o castigo físico aceitável na educação das crianças.

“Me lembro também que eu apanhava muito, muito, muito muito, da minha madrinha, porque minha mãe quando me deixou lá ela falou: “Faça conforme seu filho. Dê educação conforme daria a seu filho, que você nunca teve.” Então eu fazia muita coisa errada, eu fazia muita bagunça na escola, aí vinha recadinho, tome sandalhada na bunda”. (Roque)

Gustavo lembra-se sorrindo das surras que levavam, ele e o irmão, por conta de suas fugas e permanência na rua sem autorização. A avó, que recorda com muito carinho, interferia para evitar que sua mãe se excedesse no castigo.

“Minha falecida avó nos protegia muito também, ela pegava: “Não, não bate neles”. A gente ficava sujo de terra, lama, poeira, cansados, cheios de fome e sede. Resultado: um coro danado com o cinto, aí minha avó se metia no meio, tal, puxava minha mãe pro lado, puxava um pra cada lado, no final ficava tudo em paz. Aí ficávamos de castigo quase uma semana em casa, sem poder sair e depois aliviava a gente.”(Gustavo)

O castigo físico foi presente também na vida de Nereu, mas não era muito freqüente e só acontecia por parte da mãe, pois o pai, segundo ele tinha uma outra maneira de passar-lhe seus valores.

“Em casa, por mais que se tentasse esconder do pai, da mãe, sempre descobriam as artes e minha mãe era mais repressora, procurava dentro do possível não agredir e meu pai já era mais de diálogo, de conscientização, orientador e tal, mas não tenho reclamação. Eu é que buscava sempre enganá-los. (pausa)´ , (Nereu)

Guilherme conta que sua mãe era mais exigente e cobradora que seu pai, o que ele justifica pela quantidade de filhos que tinha para cuidar. O pai, que trabalhava e viajava muito, era mais condescendente e compreensivo, segundo ele.

“A imagem que eu tenho da minha mãe, da minha infância, é de que ela era muito severa. Eu levei algumas surras. Ela batia. Ela não tinha esse negócio.... também, oito filhos! Eu tenho a compreensão das dificuldades que ela tinha. Meu pai era bem cordato, tentava conciliar as coisas, não me lembro de meu pai estar bravo com

nenhum de nós, tal. Ele sempre era aquele que fazia as nossas vontades. Eu me lembro sempre que eu queria as coisas eu sempre ia ao trabalho dele pra conversar com ele mais calmamente, lá no trabalho dele, que lá eu sabia que minha mãe não ia impedir que ele me desse o que eu queria.” (Guilherme)

A mãe também é considerada mais severa, mais acentuadamente na cobrança sobre os estudos, no caso de Roberto, mas, como havia muitos irmãos mais velhos, ele se pautava pelos demais.

“Eu via os meus irmãos mais velhos todos estudando, uns em faculdade, outros fazendo vestibular... Havia uma cultura dentro de casa. Todos estudavam. Todos estudavam sexta, sábado, domingo, segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado, domingo. Então, sábado e domingo se estudava. Antes de ir pra praia, estudava-se duas horas. Voltava da praia, almoçava, estudava um pouquinho antes de jogar bola.” (Roberto)

Mas, Roberto, estudando no colégio militar, filho de militar, lembra-se dos rigores da Escola, embora considere que a disciplina que lhe era exigida, muito rigorosa, serviu para aperfeiçoar sua formação.

“O Colégio Militar, na época... aquilo lá era um quartel e efetivamente você um garoto de 11, 12, 13 anos tratado literalmente feito um soldado. Então, eram coisas assim: não ia limpar um cinto, na hora da revista, ficava detido no fim de semana; não cortou o cabelo adequadamente como eles achavam, ficava preso no final de semana. E isso era uma coisa que deixava a gente meio chateado, dentro do processo.” (Roberto)

No caso de Paulo, o pai era muito rigoroso no que se referia à conduta dele, porém ele ressalva que tinha uma maneira até certo ponto compreensiva de lidar com os problemas do filho.

“Ele era um severo, mas não era aquele severo ditador, não. Ele gostava que a coisa fosse seguida à risca, alás como todo o pai deve fazer, né?” (Paulo)

Otávio conta que em sua casa não aconteciam “pancadarias”, mas outros castigos eram aplicados. Seus pais eram muito atentos e rigorosos na educação dos filhos, o que, segundo ele resultou em benefício para todos.

“Eu tinha o horário da escola, tinha o horário de trabalhar, carregando as águas, tinha o horário de brincar, era tudo controladinho. Minha mãe era rigorosa, mas sem pancadaria. Foi uma vida assim de pobre, mas tudo dentro de um padrão respeitoso, que meu pai exigia muito, minha mãe também, da moral, da conduta de cada um desses meus irmãos. Tinha aquelas coisas de criança mesmo, levado. Isso aí, claro, a gente fazia mesmo, mas a gente recebia um castigo por isso. E felizmente hoje, estão todos criados, todos casados e com famílias, dentro das possibilidades todos bem, não ricos, mas com a vida digna de um ser humano. (Otávio)

Os padrões e valores familiares que lhe foram inculcados pela família, foram reforçados, em Gilberto, por uma educação religiosa, católica, que considera ter-lhe transmitido valores muito preciosos.

“Fui educado nos padrões familiares, ou seja, com restrições em função do que é certo e do que é errado, uma cobrança nesse sentido. Na questão religiosa eu fui voltado para um grupo jovem, fui criado praticamente dentro de um grupo jovem.” (Gilberto)

Paulo não conseguiu chegar a uma faculdade, mas conta que a família lhe exigia muito, principalmente nesse sentido, por desejarem que ele tivesse uma formação mais completa, como acontecia com seus irmãos.

“Acredito que meus pais desejavam o melhor para mim, quem não vai desejar isso pro filho? Sempre pegaram muito no pé com a questão do estudo, tanto é que na minha família somos poucos que não têm curso superior.” (Paulo)

Declarando que decidiu não continuar os estudos por ter ingressado no mercado de trabalho muito cedo, Paulo não se formou, mas pretende ainda retomar os estudos, se isso lhe for possível, pensando até em estudar teologia, pois, na adolescência tinha o desejo de ser padre e hoje se dedica como leigo ao trabalho em uma Igreja.

#### 4.1.5 Modelando o trabalhador

Aos filhos, era também passada a idéia de que o homem deveria assumir o papel de provedor. As mães cuidavam dos filhos, com exceção daquelas que, separadas, precisavam trabalhar para suprir as necessidades da família. Essa ideologia trouxe muito sofrimento para Paulo, por ocasião de sua vida adulta, quando ficou desempregado.

“Eu vim de uma criação, onde minha mãe, do lar, cuidava de tudo o que era da casa. Meu pai nada fazia, a não ser prover, provedor. E eu vim com essa cultura. Eu fiquei muito... tive uma época muito conturbada, justamente por isso, essa parte, essa parte de ganho, isso foi muito complicado e aí começou a doer, começou a doer bastante, incomodar...” (Paulo)

Tendo um pai alcoólatra, Gilberto assim mesmo, ainda fala dele como pessoa que supria até determinado momento, as necessidades materiais da família, não deixando que lhes faltasse nada. Com o passar do tempo e com a agravação do problema, porém, Gilberto foi obrigado a assumir o papel do pai, tanto no provimento quanto na proteção da família.

“E isso fez com que eu assumisse muitas responsabilidades, sem ter que assumi-las, sem estar no meu momento, sem estar na minha idade, mas tinha que assumir, até em função de não deixar acontecer coisas que iriam acontecer, tipo talvez agressividade, chegar em casa querer quebrar tudo, que existia isso, começou a existir isso, mas eu interferia.” (Gilberto)

Filho de um comerciante imigrante, Gustavo conta que seu pai era o provedor da família, enquanto que sua mãe cuidava dos afazeres domésticos e dos filhos, cumprindo seu papel de dona de casa.

“O meu pai foi um homem que trabalhou muito sabe, trabalhou até um ano, um ano e pouco antes dele morrer, porque ele desde garoto trabalhava, ele os irmãos dele trabalhavam com o pai deles. Tinha que acordar de madrugada, muito cedo. Tinha que ir ao mercado, encomendar mercadoria, era complicado.” (Gustavo)

Separada do pai, a mãe de Waldomiro cobrava dele o desempenho de um homem, “dono de casa”. Os serviços que seriam atribuídos ao pai, eram de sua responsabilidade. Além disso, muito cedo, ele teve que começar a trabalhar, acumulando aquelas funções, nas horas em que não estava no trabalho.

“Ela cobrava coisas que eu não podia, né, não tinha como cumprir, mas ela achava que eu tinha. Como dono de casa, né, ver as coisas estar consertando, um telhado, uma caixa d’água, essas coisas que ela achava que eu tinha que ir fazendo, tinha que estar acompanhando. E mesmo coisas que acidentalmente aconteciam, por exemplo tudo que se tratava que um homem tinha que fazer dentro de casa, isso ela me cobrava muito. Cobrava muita coisa.”  
(Waldomiro)

O pai de Nereu também foi descrito como provedor da família e por isso trabalhava de sol a sol, sem descanso, para dar à família algum conforto. Acumulava as profissões de pedreiro e cabeleireiro.

“Você vê uma pessoa trabalhar com uma marreta nos finais de semana, quando ele executava serviços pra própria família, e pra amigos, ou até a nível de biscate e durante a semana fazer barba, alisar o rosto de pessoas que jamais aceitariam uma mão calejada. E ele conseguia essa dupla tarefa. Ora ser pedreiro, ora ser cabeleireiro e, não por ser filho, mas por ser um bom observador, um excelente profissional. Ao ponto de chegar a ter salões próprios, e tal, quer dizer, ele galgou dentro da profissão, ele cresceu como cabeleireiro. E minha mãe eh... já havia parado a profissão, saiu de telefonista pra se dedicar à maternidade, a cuidar dos filhos, passou a ser doméstica.”  
(Nereu)

Provedor foi também o pai de Guilherme, que se dedicava muito ao trabalho da empresa que possuía, tendo pouco tempo para os filhos e a mulher, pois tinha negócios diversificados que exigiam muito dele, inclusive viagens freqüentes. .

“Meu pai... eles tinham uma empresa familiar de comércio de café, eles tinham um armazém, um bar, compravam os cafés das fazendas e era uma profissão que meu avô já exercia desde a década de vinte. Como dizia minha mãe: “Ah, seu avô já quebrou três vezes.” O comércio de café era uma coisa... uma hora o cara ta rico, outra, hora o cara perdeu dinheiro. Então a empresa era uma empresa familiar. Ele era muito dedicado.”  
(Guilherme)

Assim esses homens foram criados com a visão de que o homem é responsável pela família e de que o trabalho é de primordial importância em suas

vidas. Essa introjeção determinou-lhes um estilo de vida no qual as prioridades eram a busca de ascensão social através de trabalho árduo e dedicação, o que lhes trouxe grande sofrimento, quando tiveram decepções e frustrações relacionados à sua vida profissional.

#### **4.1.6 Então, um rapaz...**

Regras e valores, construídos dentro de determinada cultura, são transmitidos de geração em geração através da socialização. Aqueles que viveram sua infância em nosso país, nas décadas de 60 e 70, como os participantes dessa pesquisa, filhos de classe média e classe baixa, não apresentam em seus relatos diferenças significativas no que se refere à sua educação.

Esses homens estiveram expostos a valores familiares e sociais conservadores, conforme verificamos em seu depoimento, e tornaram-se adultos sob a norma de uma família com valores tradicionais, com respeito à masculinidade. O papel de disciplinador foi representado por alguns, de modo mais pregnante pelos pais e em outros casos pelas mães, mas sempre aparece, em muitos casos com reprimendas de ordem física.

Os pais, inclusive se mostravam muito mais exigentes e severos com os meninos do que com as meninas. A imagem paterna de provedor influenciou esses meninos e teve grande importância na sua visão de mundo, com reflexos determinantes em sua vida familiar e de trabalho.

Vemos ainda, que desde a mais tenra infância foram criados para sentirem-se superiores. Deveriam ser fortes, precisavam enfrentar as brigas quando provocados e não levarem lamentações para casa. Verifica-se aí a preparação para

uma vida mais competitiva e mais árdua e a preocupação de cercear as manifestações emocionais de temor e fraqueza.. A repressão e rigor no trato dos homens, manifestavam também o receio de que, se muito acarinhados tivessem tendências homossexuais. Esse tratamento mais enérgico em relação aos meninos teve influência nos seu comportamento mais agressivo e competitivo, que aparece na infância e adolescência e os acompanha por toda a vida.

Os meninos deveriam aprender desde cedo a não se interessar por brinquedos de meninas ou adotar comportamentos similares aos delas em seu processo de socialização. No depoimento dos participantes percebe-se, claramente, o reconhecimento precoce de que existe um mundo masculino e um mundo feminino e o que o menino, deveria adotar a conduta que se coadunasse com o padrão peculiar ao masculino.

Explicita-se uma forte homofobia que é incorporada desde cedo por esses homens e se reflete, posteriormente na educação de seus próprios filhos. Observa-se que, desde a mais tenra idade os meninos temiam desvia-se do caminho da heterossexualidade. A homossexualidade é um fantasma presente, não sendo apenas preocupação dos pais, mas deles próprios. O padrão de masculinidade se construiu, não em relação à feminilidade, mas em relação à homossexualidade.

Observando os pais e os seus pares, os meninos iam adotando os comportamentos que os levariam a serem considerados homens. Aprenderam que o homem deve ser respeitado, não deve se deixar subjugar, não se submeter a ofensas sem revidar à altura, não ter medo de violências físicas. Aqueles que fugissem a esses padrões seriam considerados covardes, incompetentes, frágeis e

medrosos, despertando dúvidas sobre sua capacidade de exercer sua masculinidade.

As atividades dos meninos foram direcionadas a uma preparação para a agressividade e competitividade, como vimos nos depoimentos colhidos. O objetivo seria ser um vencedor para ser aceito e respeitado como homem.

Assim estariam aptos para vencer as vicissitudes que se apresentarem em sua vida, utilizando esses mesmos instrumentos aprendidos nas brigas e jogos competitivos. Aqueles que não observavam essas regras eram mal vistos e humilhados pelos outros membros do grupo, como se confirma no depoimento de Nereu, por exemplo.

As primeiras manifestações de sexualidade são de natureza auto-erótica e aparecem desde o nascimento. Pouco mais tarde, por imitação, iniciam-se as brincadeiras eróticas, entre meninos e meninas, através de brincadeiras de “papai e mamãe” e de “médico”, onde o menino representa o papel de pai e de médico. Mais tarde o menino mostra sua virilidade exibindo o próprio pênis aos outros meninos e comparando-o aos demais, como vimos no depoimento de Nereu e Guilherme.

Os caracteres biológicos dos seres humanos, determinados pelos hormônios, no homem a testosterona, começam a definir, a partir da adolescência, não apenas as mudanças físicas, mas o aparecimento do desejo sexual e um interesse mais forte pelo sexo oposto. No caso dos entrevistados, nesse período, as conversas nos grupos começaram a girar em torno das mulheres, e as comparações, sobre quem estaria mais apto ao desempenho sexual, tornaram-se assunto central.

O menino era cobrado para, o quanto antes, realizar sua primeira relação sexual e divulgá-la entre os seus pares, como um troféu. Só assim seria considerado homem, por si mesmo e pelos outros, provando sua competência viril.

O medo que se apresenta no depoimento de Roberto, por ocasião de sua primeira experiência sexual, pode ser analisado como a insegurança por duvidar de que conseguisse se desempenhar a contento. Conseguindo, o sentimento foi de liberdade, de plenitude, pois estava, então, afastado o perigo da homossexualidade.

Vimos no depoimento de outros participantes a satisfação e o alívio que sentiram ao realizarem-se nessa experiência. Por outro lado, observa-se, no caso de Roque, que apesar de seu interesse pelas meninas, sua timidez, que pode ser atribuída às agruras de sua infância muito repressiva, o levou a postergar sua experiência sexual para o final de sua adolescência, quando foi estimulado por uma namorada um pouco mais velha e mais experiente.

Esse caso revelou-se uma exceção no grupo analisado, uma vez que, na época em que se desenvolveram os homens dessa pesquisa, o comportamento das meninas era muito cerceado e sua sexualidade, ao contrário do que se cobrava aos meninos, deveria ser discretamente preservada, sendo que, era esperado que a virgindade, fosse mantida até ao casamento.

Os meninos, em sua maioria deveriam transar com prostitutas, ou moças “livres”, sendo rara a experiência com uma namorada, como acontece atualmente, quando a maioria dos jovens, rapazes e moças, se encontram, namoram, desenvolvem intimidade e têm, juntos, suas primeiras experiências sexuais.

A agressividade e competitividade adquiridas na infância encontram-se presentes na vida dos homens entrevistados, em todas as áreas de sua subjetividade, nas relações com o trabalho, com a família e com eles próprios.

Essas características de virilidade aprendidas e estimuladas durante sua socialização, não se apresentam com as mesmas manifestações na vida adulta desses homens, mas foram sublimadas direcionando-se principalmente para a vida laborativa, onde os padrões aprendidos resultaram em busca de ascensão social e econômica a qualquer preço, em detrimento da saúde física e psíquica. Embora capacitados para esse desafio, no entanto, tornaram-se pouco aptos a administrar suas emoções nos casos de dificuldades que se apresentam como fracassos.



Fig. 10 – Ilustração da dor isquêmica do Atlas de Netter (1987)  
Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.

## 4.2 VIVENDO PARA TRABALHAR

Todos os homens não são iguais, porque os atores sociais reagem de diferentes maneiras aos estímulos a que estão expostos. Em nossos dias, as categorias de gênero não podem ser limitadoras, pois não existem modelos únicos de homens e mulheres. Assim como podemos afirmar, que existem vários modelos do feminino, também podemos falar em “masculinidades”, pois, as características, que se supõe serem definidoras da masculinidade, variam de cultura para cultura e mesmo dentro de uma mesma cultura.

Os homens que participaram dessa pesquisa, que passaram sua infância e adolescência nas décadas de 60 e 70, experienciaram, através de sua educação, das pessoas significativas e do meio social em que estavam inseridos, influências que definiram devessem pautar seu comportamento, de acordo com um modelo de masculinidade hegemônico, vigente na época.

Esse modelo lhes impunha ser fortes, agressivos, competitivos e diferenciar-se das mulheres, de forma tão evidente, que não fosse possível imputar-lhes qualquer tendência à homossexualidade. Deveriam também iniciar sua vida sexual precocemente, o que se constituiu para eles, seus familiares e pares em um marco mais preciso de sua heterossexualidade.

Sua educação, severa e diferenciada, em relação às suas irmãs e outras meninas, exigia-lhes também que, desde cedo, se iniciassem no mercado de trabalho. Alguns (três), trabalharam desde meninos, outros (quatro) no início da adolescência e, mesmo aqueles que declararam provir de famílias onde as dificuldades financeiras não se apresentavam tão prementes (três), iniciaram sua vida laborativa ainda na adolescência. Todos acumulavam o trabalho com o estudo, com exceção de um que abandonou os estudos no início da adolescência, por

impossibilidade de compatibilizar as duas atividades e voltou aos bancos escolares somente após os 26 anos.

#### **4.2.1 Formando-se no trabalho**

O pai de Nereu trabalhava muito para sustentar sua família, exercendo função de barbeiro, durante a semana e trabalhando em construção nos dias de sua folga. Assim conseguia suprir a família de suas necessidades básicas. Quando Nereu lhe pedia dinheiro, para comprar doces ou brinquedos ele respondia que essas solicitações eram supérfluas e que ele suava muito para conseguir dar conforto para a família. Aos oito anos, Nereu começou a fazer “biscates”, com a aprovação do pai.

“Ele me falou, que o conforto que ele nos dava tinha um preço, era fruto de um suor e tal e que o dinheiro que eu queria pra coisas supérfluas não poderia ser direcionado pra mim porque tinha outras prioridades pro dinheiro. Que se eu quisesse comprar coisas supérfluas que eu trabalhasse. Eu entendi que aquilo era uma liberação. e questionei: “Eu posso trabalhar?” Ele liberou na hora . Foi aonde eu comecei a ser auxiliar de um bar, fazendo reposição de refrigerantes, varrendo, catando garrafas. Eu ia nas casas resgatar os cascos, completar as caixas e comecei a trabalhar muito cedo”.  
(Nereu)

Ele também, desde essa época, vendia doces nas vizinhanças de sua casa. E segundo ele foi valorizando o dinheiro e guardando-o, a ponto de, aos 14 anos já possuir dinheiro suficiente para comprar um carro.

Otávio, membro de uma família muito grande, desde cedo compreendeu que precisava trabalhar, pois via o esforço de seus pais para sustentar a família. O pai em sua função de taifeiro, ficava durante muitos dias afastado da família e a mãe, tomando conta dos filhos, reformando as roupas, cozinhando e fazendo todo o serviço doméstico, para minorar as dificuldades da família, eram seu

exemplo. Aos nove anos, seu serviço, de carregar água para a própria família, estendeu-se às redondezas, servindo a outras moradias em troca de remuneração.

“Tinha que carregar água para a sobrevivência nossa e quando tinha, por exemplo, os tambores, quando estavam cheios, (eu já tinha uns 9 anos), eu carregava água para as vizinhas e angariava um dinheiro. Ainda me lembro que, naquela época, eram 10 tostões (risos), vamos dizer que seja hoje 1 real, por aí. Eram 10 tostões cada lata d’água e eu colocava 2 na balança. É até por isso que eu não cresci muito. Então tinha um calo muito violento no ombro da balança da água.” (Otávio)

Com a separação dos pais, quando tinha apenas 8 anos, a mãe de Waldomiro teve que trabalhar para sustentar os três filhos. A partir de então, ele foi se responsabilizando pelos serviços de casa, enquanto não havia possibilidade de alguém, mais velho, cuidar desses afazeres, o que ocorreu tempos depois.

“Aí eu tive que tomar conta de casa. A minha mãe saía pra trabalhar e ela me ensinava como tinha que fazer o feijão, como temperava o feijão. Aí aprendi a cozinhar, aprendi a lavar, aprendi a botar comida pras minhas irmãs, fazer comida pra elas, fritar um bife, fritar um ovo, fazer alguma coisa assim que ela deixava pronto, mas que tinha que esquentar, ficava tudo frio, essas coisas todas. Quer dizer, toda a questão de fazer comida eu aprendi porque tinha que... tinha que se alimentar.” (Waldomiro)

Aos 14 anos, Waldomiro trabalhava, comprando e vendendo frutas, pois, compreendendo as dificuldades da mãe, não tinha coragem de pedir-lhe dinheiro. O dinheiro que ganhava era todo entregue à mãe para que o administrasse. Esta lhe ia devolvendo o necessário para suas despesas pessoais e o restante servia para colaborar com as despesas da família.

“Depois comecei a aprender mecânica, consertar uma coisa ou outra, ganhar dinheiro... Eu deixava de ir à escola pra ficar na oficina, muitas vezes, muitas vezes. O cara saía pra trabalhar e eu ficava lá. O meu estudo mesmo foi prejudicado porque eu precisei trabalhar, eu tinha que trabalhar. Eu pensava que as minhas irmãs tinham que se formar primeiro, que eu era homem e poderia fazer qualquer outra coisa e me envolver com qualquer coisa. Quer dizer, eu achava que elas tinham que estudar, se formar, ter a sua situação já definida.” (Waldomiro)

O remorso por achar que havia sido culpado pela separação dos pais, por ser muito levado quando pequeno, levou Waldomiro a assumir o papel de provedor da família, sentindo-se responsável pela formação de suas irmãs. As duas irmãs terminaram sua faculdade, mas seu sonho de se formar foi sempre adiado, pois posteriormente ele assumiu o mesmo papel de provedor na família que construiu.

Aos 14 anos Nereu deixou a casa dos pais para ir morar e trabalhar com uma tia que possuía uma pequena empresa. Inicialmente trabalhando como boy, foi aprendendo os serviços burocráticos e assumindo cada vez maior responsabilidade, apesar da pouca idade. Não tinha ordenado, mas a tia pagava-lhe todas as despesas e os estudos.

“Ela financiava com limites. Ela priorizava a parte de estudo. Então, a justificativa de não fornecer dinheiro pra essas coisas supérfluas, seria o que era gasto com os estudos. Bem limitado, bem restrito essa parte de... bailes, festinhas, essas coisas, era... Ah, porque eu posso me considerar que infância, infância boa eu tive até os 14 anos de idade. Daí pra frente eu fiquei um pouco castrado, um pouco sem essa coisa do adolescente, do... não tinha muita regalia, porque eu tinha que estudar e trabalhar e sobrava pouco tempo. Eu tinha que me desdobrar.” (Nereu)

Nos fins de semana, Nereu, ao iniciar seu curso técnico, devia também dedicar algum tempo ao acompanhamento dos primos nos estudos, como explicador, em lugar de dedicar esse tempo aos seus próprios estudos. Ele se sentia explorado, pois o número de horas que trabalhava era excessivo, se comparado ao que obtinha de retorno por parte da tia, mas se mantinha nessa situação por saber que seu esforço significava menores despesas para os pais, que poderiam assim, aplicar essa economia na educação de seus dois irmãos.

No início de sua adolescência Roque começou a trabalhar. Aos 16 anos, desejando ganhar seu próprio dinheiro, buscou trabalho e se empenhou, procurando aprender, com interesse e dedicação.

“Nessa época (16 anos), eu trabalhava porque lá na rua onde minha mãe morava trabalhava muita gente autônoma, então como eu só estudava na parte da manhã, sobrava o resto do tempo pra fazer o que quisesse. Os autônomos faziam serviços gerais e eu ajudava eles em tudo. Aprendi tudo, a pintar, a fazer armários, trocava pisos. Teve uma época que eu estudava à tarde, aí eu saía de manhã pra trabalhar e depois ia pra escola”. (Roque)

Gustavo, filho de comerciante, foi estimulado a trabalhar desde os primeiros anos de sua adolescência. Aos 14 anos já tomava conta de uma banca de jornais de propriedade de seu pai. Apesar de continuar seus estudos, devia trabalhar para começar a dar valor e ocupar seu tempo livre.

“Meu pai tinha botado uma banca de jornal perto de casa e eu ficava na banca, eu e meu irmão, trocando horário por causa do colégio. Eu ainda estava no ginásio, tinha 14 anos.” (Gustavo)

Tendo descoberto que o filho, aos 14 anos, já havia tido a sua primeira experiência sexual, o pai de Gilberto, segundo ele, achou que ele já era um homem e portanto deveria começar a trabalhar. Sem preâmbulos, nem maiores explicações levou-o para apresentar ao patrão, num emprego que lhe havia conseguido.

“Pra minha surpresa ele me apresentou a um senhor que tinha um escritório no centro da cidade e falou: “Olha, esse é meu filho e ele vai começar a trabalhar com o senhor.” Eu me assustei, não me avisou de que faria isso. Bom, eu confesso que nos três primeiros dias eu chorava com a minha mãe pedindo para ela não deixar eu trabalhar. Eu estava acostumado acordar, jogar meu futebol, ir pra praia do Flamengo. E aquelas atividades foram cortadas assim de uma hora para outra. Me revoltou nos três primeiros dias, depois eu fui entendendo...” (Gilberto)

Aos poucos, Gilberto foi gostando de ganhar seu próprio dinheiro. Contribuía com uma parte para as despesas domésticas e ficava com algum dinheiro

para comprar suas roupas e gastar como quisesse. Ele conta que, desde então, desenvolveu uma necessidade de ter sempre dinheiro no bolso.

Fernando, filho de um comerciante, começou a trabalhar também na adolescência. Ao contrário da irmã, ele foi convocado a trabalhar na loja do pai. Alega que essa diferenciação se devia ao fato de que o pai considerava que a loja não era um local adequado para moças, pois se tratava de venda de peças para máquinas industriais.

“Eu acho que a primeira carteira foi com 16 anos. Meu pai tinha vontade de que eu continuasse o trabalho dele. A primeira vez, eu fui como empregado. Ele tinha sócio, que também tinha filhos, o filho está lá até hoje., assim como eu sou sócio até hoje. Então eu fui lá como empregado, como aprendiz também. Eu saía de manhã com ele e voltava à tarde, 8 horas, igual aos outros funcionários, sem... Ele me dava às vezes até umas broncas, mas tipo: se eu saísse um domingo, segunda feira estava com sono, chegava tarde, aí se cochilasse lá, chamava atenção. Eu trabalhava no balcão porque pra começar a aprender, tem que ser no balcão.” (Fernando)

O fato de Fernando ter tido que trabalhar desde a adolescência e sua irmã, ao contrário, não ter recebido a mesma responsabilidade, nos mostra a cultura familiar associando o trabalho ao masculino. A designação para continuação do papel paterno pelo filho “homem” também aí fica acentuada.

Otávio desde os 8 anos já trabalhava, fazendo biscates para conseguir o seu dinheiro. Dos 14 aos 18 anos, trabalhou, já com carteira assinada, em uma firma, quando então foi servir o exército.

“Olha, eu gostava muito de militarismo, então quando eu tinha 14 anos que eu comecei a trabalhar, meu patrão ficou logo sabendo: “Se eu ficar com o senhor até 18 anos, eu vou pro exército”. Adorava mesmo as forças armadas”. ( Otávio)

Esse sonho, de entrar para as forças armadas, não se realizou porque ele sofreu uma punição regulamentar, que o dissuadiu de continuar na carreira, por ter achado o castigo inadequado e injusto.

Também Guilherme relata que sua vida laborativa iniciou-se nos primeiros anos de sua adolescência. A família tinha uma situação financeira estável, mas não eram ricos. A mesada era pequena e ele sentia necessidade de trabalhar, por ter o exemplo do pai, que sempre havia trabalhado muito.

”Trabalhei adolescente. Com 14 anos, durante as férias eu trabalhava numa loja, no período de Natal e tal... Num outro verão eu achei um bom negócio: eu fui ser assistente de um mantenedor de ar condicionado, que até aquela época eu não tinha ganhado tanto dinheiro, nunca tinha visto tanto dinheiro assim. Depois eu fui ser... aí já tinha 16 pra 17 anos, eu fui ser professor de português num centro de formação católico...” (Guilherme)

Estudando para uma carreira muito competitiva, Roberto não pode trabalhar tão cedo como os outros participantes. Sua dedicação aos estudos era integral e seus pais lhe davam inteiro apoio. Mas, ansioso para começar, estagiou desde o término do 1º. ano da faculdade, o que hoje lhe parece ter sido prematuro e não recomenda ao filho o mesmo procedimento.

“Eu estagiei no 2º. e no 3º. ano, mas estagiei porque o meu amigo da época de futebol, o irmão trabalhava no hospital e me abriu essa brecha, eu fui conhecer, e tudo. Eu achei muito.... eu hoje acho muito precoce, se eu soubesse eu só ia começar a fazer as coisas no 5º. ano. Até o meu filho está no 4º. ano de medicina, eu falo com ele: “Não se apresse, não, cara. Vai estudar, curte suas coisas, na época depois você faz...”. eu digo pra ele.” (Roberto)

Paulo, também relata seu trabalho durante a adolescência, e conta que os pais queriam que ele estudasse, mas ele via a situação da família, era ambicioso e, após servir o exército, sentiu necessidade de se inserir no mercado de trabalho imediatamente, até porque não havia se decidido pela carreira a seguir.

“Eu comecei a trabalhar cedo, com 17 para 18 anos, comecei ajudando um rapaz que consertava geladeira, máquina de lavar. Mas foi até bom, que eu aprendi uma porção de coisas na época. Depois de servir o exército, que é significativo pro homem, a gente não tem muita escolha quanto à carreira. Você precisa trabalhar, você precisa ganhar dinheiro, e a gente se agarra às primeiras oportunidades. Eu nunca me direcionei muito pra parte de formação, talvez por causa de uma dúvida. Eu ainda não sabia bem o que eu queria na juventude. Agora, depois dos 40, por incrível que pareça, eu comecei a enxergar o quanto eu perdi de tempo.” (Paulo)

Esse “mêa culpa” de Paulo se baseia no fato de que seus irmãos, apesar das dificuldades, conseguiram se formar e, no presente, ele sente que, se tivesse estudado mais, teria tido maiores oportunidades na vida.

#### **4.2.2 Buscando a ascensão**

Waldomiro gostava muito de seu trabalho como mecânico, mas a mãe o estimulava a buscar outros trabalhos, pois achava que o trabalho em uma oficina não lhe daria “status” adequado.

“Aprendi a mexer com motor, aprendi a regular, aprendi a fazer um bocado de coisas dentro de oficina. Só não gostava de lanternagem e pintura... gostava mais da máquina mesmo, mexer com mecânica mesmo. Minha mãe achava que aquilo era uma coisa que não dava certo, que não tinha futuro, que não sei o que, que eu tinha que estudar, tinha que usar terno e gravata... Ela batia muito nessa tecla.” (Waldomiro)

Inspirado por essa visão, Waldomiro foi buscando outros empregos em escritórios e fazendo vários cursos profissionalizantes, conseguiu trabalhar em contabilidade e posteriormente, especializar-se em informática. Sua atitude diante do trabalho sempre foi de muita responsabilidade e dedicação.

“Eu sempre gostei muito de fazer tudo que eu me propus em relação ao trabalho, sempre procurei fazer tudo da melhor forma, né. Sempre fui dedicado, mas às vezes as coisas não funcionavam como a gente achava que tinha que ser, mas sempre fui correto com as tarefas que eu tinha que cumprir, tarefas que estavam determinadas. Sempre

tive muita responsabilidade. Eu sabia o que eu tinha que fazer.”  
(Waldomiro)

A necessidade de se esforçar para subir dentro de uma empresa é observada na fala de Nereu que, ao terminar a escola técnica, fez concurso e foi aprovado para trabalhar em uma Estatal. Percebeu, desde logo, que deveria “batalhar” muito para conseguir se situar bem dentro da empresa.

“Ingressei na empresa, enxergando que havia nesse novo mercado de trabalho uma competição acirrada, que a partir do momento.... se eu quisesse galgar alguns degraus dentro da empresa eu teria que me desenvolver tecnicamente, crescer, fazer cursos extracurriculares.... E, automaticamente, consegui galgar vários degraus dentro da empresa, ocupando inclusive cargos de chefia, e... passei a pertencer ao quadro de instrutores da empresa, dava cursos técnicos dentro do equipamento que eu trabalhava.” (Nereu)

Casando-se antes de se formar, Roberto teve anos muito difíceis, desde então, pois tinha que estudar, estagiar e conseguir dinheiro para as despesas da casa. No último ano da faculdade nasceu seu filho e além das obrigações que já tinha ele precisava tomar conta da criança, pois a mulher também trabalhava.

“Eu tinha que fazer alguma coisa, eu tinha que gerar dinheiro. Eu tava no 5º. ano, estagiava, ganhava lá uma ajuda de custo, então dava aula particular, matemática, geografia, história, pra poder ganhar alguma coisa, pra poder ajudar, em que pese o que minha mulher ganhava era o suficiente. Aí, nasceu o meu filho, as despesas aumentaram. Eu comecei a tentar arrumar alguma coisa que gerasse mais dinheiro. Dava o meu plantão, cumpria a minha obrigação, aprendia o que tinha que aprender e vendia roupas. E andava uma época também que eu fazia uns sanduíches e o pessoal até gostou e eu vendi uma época sanduíche e as roupas. E ganhava dinheiro... Então, isso tudo ajudou a pagar as despesas e eu não precisava pedir dinheiro a ninguém. Quando me formei, nasceu o segundo filho.” (Roberto)

Começando a trabalhar na adolescência na construção civil, Roque conseguiu, com esforço trabalhar como vigilante de empresas, o que representou para ele uma forte ascensão profissional. Com afinco e dedicação ele foi ocupando cargos de maior responsabilidade, chegando a chefiar a equipe de vigilância

“Essa empresa presta serviços a laboratórios, bancos também. Fui trabalhar num laboratório, em Jacarepaguá. Ficou muito bom, muito, muito bom, é um laboratório alemão. Comida, muita comida, fartura demais. Lá final de semana a gente saía pra bar, depois do horário. Nessa época eu era vigilante normal e tudo e passou alguns anos, eu já tinha cargo de chefia. A empresa mandava todo o ano pra outro estado, fazer curso, se aprimorar no combate a incêndio, esses cursos todos”. (Roque)

Tendo terminado a faculdade, Fernando fez concurso para duas empresas estatais, tendo sido aprovado em ambas. Sua escolha por uma delas teve por base uma possibilidade maior de ascensão, pois podia prever uma carreira permeada por cursos, que lhe permitiriam obter cargos mais importantes e bem remunerados.

“Na realidade, o que também me interessou, foi porque eu ia fazer cursos. Você quando entra, faz um curso da área que você passou e sai dirigido pra aquela área. Como se fosse um curso de especialização. Então isso me interessou, eu estava saindo da faculdade, fazer mais um curso de especialização, o salário razoavelmente dava pra sustentar e se sustentar. Eu terminei esse curso de sete meses e aí me casei”.(Fernando)

A ambição por ascensão foi uma marca na vida de Gilberto, que tendo começado como “office boy”, desde sempre pensou em ocupar outros postos. Ainda no final da adolescência, estudando à noite, cursando o grau médio em contabilidade, candidatou-se e conseguiu uma vaga de auxiliar de escritório. Ao terminar o técnico, novamente buscou um emprego que lhe oferecesse maiores oportunidades.

“E assim eu fui fazendo, fui trabalhando, cada vez mais, ai eu comecei cada vez mais a procurar. Foi quando eu olhei no jornal e busquei essa empresa que estava oferecendo um cargo compatível com aquilo que eu sabia, o salário bem melhor, com outros benefícios maiores. E dali eu fiz praticamente toda a minha vida profissional dentro dessa empresa. Foram 20 anos, 20 anos de experiência, 20 anos de crescimento. Foram realmente 20 anos de decepções, alegrias, de sucessos de contestações de brigas com colegas, perceber inveja, perceber maldades, perceber também amizades. Tudo, todos esses fatores. Quando a empresa foi vendida eu já era um superintendente administrativo e financeiro. Isso numa empresa com 800 funcionários. Então era uma situação bem

privilegiada, coordenar todo um complexo dessa fábrica. Isso me engrandeceu muito “ (Gilberto)

Percebe-se no relato de Gilberto que a sua trajetória em busca do sucesso e realização profissional não foi fácil. Enfrentou agressividade e competitividade, durante os anos todos, mas conseguiu chegar ao que desejava, certamente usando também dos mesmos instrumentos, porém, segundo ele, procurou sempre não prejudicar seus colegas.

Após cumprir serviço militar, Paulo foi trabalhar em hotelaria, mas continuando a buscar um emprego melhor, conseguiu uma vaga em um banco, onde esperava ter uma carreira profissional mais segura. De fato, conseguiu subir, mas ao preço de muito trabalho e dedicação.

“Sai da hotelaria com uma indicação pra ir para um Banco, que eu achava que ia ser bom pra caramba. Os três primeiros anos dentro do Banco foram até tranquilos, a gente conseguiu uma ascensão legal. Em três anos eu fui chefe de seção. Depois de chefe de seção pra chefe de serviço começaram as responsabilidades, é quando começam a te imputar uma porção de atividades, de ganhos, que você tem que trabalhar pra empresa ali...”(bate na mesa em gesto de ênfase). (Paulo).

Dentro de sua profissão de vendedor, Otávio buscou sua independência financeira, sempre como autônomo, mas, continuamente, buscando galgar um degrau a mais. De simples vendedor a distribuidor, conseguiu estabelecer um depósito de doces.

“Foi exatamente com um caminhão, autônomo, vendedor, produtos N., lembra? Doces, balas N. Era um caminhãozinho azul marinho escrito N., lembra? Só que a empresa, na época, hoje faliu, ela vendia os caminhões pra nós, nós legalizávamos uma firma individual com talão, nota fiscal, tudo direitinho. Depois tive o depósito. Foi assim que eu criei meus filhos e sobrevivi até hoje. Foi com venda de doces e balas.” (Otávio)

Bancário desde muito jovem, Guilherme conta que a princípio detestava o seu trabalho, pois era obrigado a trabalhar de terno e gravata e não

tinha contato com o público. Trabalhando em regime de meio expediente em um banco estatal, concursado, o emprego era seguro, bem remunerado e ele foi ficando, mas trabalhava também em outras atividades que lhe traziam prazer e maior remuneração. Foi roteirista de cinema e publicidade.

“Eu tinha vários empregos paralelos ao Banco, na produção principalmente de publicidade, de comerciais pra cinema, pra TV.... Eu trabalhava muito. Às vezes eu trabalhava no Banco de 7 às 13 horas e depois ia pra produtora e ficava lá até... até,,, até a hora de sair. A produção é aquela coisa... você está fazendo um filme, acaba quando acabar o filme. Depois dos 28 anos eu passei a me dedicar mais ao Banco, porque tem um cargo comissionado que você ganha muito mais do que trabalhando 6 horas. Tinha um gerente que me convidava, mas eu ficava: “em publicidade, eu ganho mais...” Até que, em 86. o mercado de publicidade no Rio, com aquele Plano Cruzado, praticamente murchou. As empresas que tinham matriz em São Paulo fecharam suas filiais no Rio e então o mercado ficou difícil e ao mesmo tempo o Banco me chamava pra começar a ter esses cargos de comissão. Aí comecei a me dedicar mais ao Banco”.

(Guilherme)

Essa maior dedicação levou-o a trabalhar mais ainda, pois foi para a câmara de compensação do Banco, onde o trabalho era num ritmo muito acelerado, por conta da inflação galopante que existia no Brasil. Nesse ritmo, Guilherme trabalhou durante 12 anos, sem deixar totalmente seus trabalhos publicitários. Além do trabalho no Banco ele sempre esteve envolvido em política partidária e sindicalista, militando com garra, sempre muito combativo.

“Eu militei muito, fui ativista do Sindicato, fui delegado sindical, vários anos... Eu brinco que eu sou sócio fundador do PT. Embora eu não seja um militante do PT hoje, mas eu trabalhei muito antes do partido existir, desde 79 que eu entrei no PT, muito cedo, pra construir o PT. Até mais ou menos 1987 eu trabalhei muito, militei muito. Eu sempre fui muito combativo e por isso, muito tenso. Essa coisa da consciência nos leva a isso, né? Quem sabe não se conforma, quem sabe o que acontece... A gente tem que correr atrás, senão as coisas não mudam. Então, sempre vivi assim, lutando, sempre me digladiando e tal... Eu não sou uma pessoa relaxada....”

(Guilherme)

Verifica-se, nas declarações dos entrevistados a importância de galgar, através do trabalho, ascensão econômica e social. Colocando o trabalho como um

aspecto primordial em suas vidas, conseguiram, a duras penas seus objetivos, com sacrifícios próprios e da família, enfrentando com destemor as dificuldades que se apresentaram em seu caminho.

#### 4.2.3 Ultrapassando limites

Roberto relata que sua vida, durante muitos anos foi de trabalho muito árduo, em busca de compra de apartamento, construção de casa de campo, tudo isso, segundo ele, exigido pela mulher, que sempre queria mais. Sua própria ambição era potencializada pelas constantes exigências dela, que não se contentava e nem tinha consciência dos sacrifícios a que ele se submetia para satisfazê-la.

“Eu dava 4 plantões por semana. Trabalhando duro sim, com certeza, até mesmo como terapia. O trabalho pra mim era terapia. Até hoje, o melhor dia pra mim é 2<sup>a</sup>. feira. As pessoas dizem: “Como?” Segunda feira pra mim é fantástico. Eu amo a 2<sup>a</sup>. feira, porque justamente, no fim de semana eu não tinha sossego não tinha paz. E a segunda feira quando eu trabalhava e chegava em casa à meia noite, feliz da vida, sabendo que no dia seguinte eu ia levantar às 6, que não ia nem dar tempo nem tempo de pensar. Era loucura: sexta, sábado, domingo, segunda. Em seis meses eu capotei. Dor de cabeça direto, uma estafa... consegui...paguei tudo. Juntei o dinheiro todo, paguei.... “ (Roberto)

Trabalhando em vários empregos, Roberto conta que foi ganhando melhor e foi ascendendo na sua profissão, estudando, além de trabalhar muito. Mas as exigências da mulher continuavam e a relação foi se desgastando, culminando com a separação. Ele saiu de casa sem nada, depois de doze anos de casamento, deixando todos os bens para a ex-mulher e os filhos.

“Eu só quero levar uma coisa: os livros, porque os livros não vão interessar a você e é minha fonte de trabalho. Eu só vou sair com essa calça Lee. Pode ficar com tudo. Eu não quero nada, fica com tudo, porque eu tenho força de trabalho e reconstruo tudo de novo.“ (Roberto)

Além de ter que reconstruir sua vida, ele assumiu também as despesas dos filhos, pois, apesar de a mulher também ser uma profissional, ele achava que os deveria prover de tudo. Mas não lhe foi possível manter essa situação durante muito tempo, por lhe ser impossível arcar com todos os compromissos e, então, resolveu abrir mão de sua posição de “provedor” compartilhando com a ex-mulher as despesas. Mas isso foi por um curto período de tempo.

“E quando eu comecei a melhorar eu falei: “Não, eu melhorei, eu pago as coisas dos meus filhos e pagava tudo. E hoje, até hoje, 100% das coisas deles, quem paga sou eu. Sou eu quem paga tudo, dou mesada e pedi pra botar na separação. Já que eu pago tudo eu quero isso no meu I.R. E botei lá: eu pago tudo, sou responsável por roupa, comida, por isso...tudo... Disse pro juiz: “Eu vou pagar essa zorra toda” Até 24 anos, até 40 anos, se eu estiver vivo eu pago. Pago a faculdade, carro, roupa, tudo. Eu tenho condições, eu vou fazer”. (Roberto)

Essa atitude que tomou, tempos depois, conseguindo se re-equilibrar financeiramente e voltando a assumir todas as despesas dos filhos, além de denotar a necessidade de tê-los ao seu lado, o que ocorreu, do ponto de vista afetivo e mesmo, durante alguns períodos, do ponto de vista propriamente físico, reproduz o que Roberto aprendeu na família, onde o pai era quem sustentava os filhos, era o provedor. Além disso, demonstra sua superioridade em relação à mulher, o que lhe aumenta o poder diante de seus filhos, colocando-o como um vencedor.

Guilherme sempre foi muito dedicado ao trabalho e nunca foi negligente, segundo seu depoimento. Trabalhando numa estatal e por causa de sua consciência política, achava que deveria cuidar muito bem da empresa, que lhe dava o sustento e que afinal, era um órgão público.

“Eu sempre falei muito, sempre comprei briga. Sempre tive rugas com as chefias, porque eu não sou bem, mandado, né, como dizia o outro. Porque as coisas, pra eu fazer, a idéia tem que me ser vendida. Se eu achar que não é por aí eu vou brigar pra não fazer. Então, talvez tenha sido muito tensa a minha vida por causa disso,

por essa minha atitude de não... não passar pela vida sem saber o que está fazendo”. (Guilherme)

Roque conta que trabalhava demais, fazia muitas horas extras, por ser chefe de equipe de vigilância. Chegava muito cedo ao trabalho, antes de seu horário, porque precisava coordenar a troca de turno de trabalho dos seus subordinados. Também saía depois de seu horário, pois não podia deixar postos sem vigilante e tinha que aguardar que os encarregados desses postos assumissem seus lugares. Por conta disso chegava a trabalhar 14 a 16 horas diariamente.

“Eu acho que eu fui muito ganancioso. Eu acho que eu fui com muita sede ao pote, sabe. Porque você quer o bem da tua família. Quando você quer o bem você está vendo que está ganhando dinheiro, então você vai batendo ali naquela tecla. Quanto mais você ganhar, mais... então, o resto em volta, o que possa te prejudicar, você não está vendo. Você fica cego, assim, na hora. Então você está vendo: vou ganhar dinheiro, vou ganhar tudo e você não está vendo a tua saúde. Eu só estava vendo ali o dinheiro que eu estava ganhando.” (Roque)

Roque agradece, em parte, ter trabalhado tanto pois suas horas extras foram computadas no cálculo de sua aposentadoria, mas não deixa de lamentar o descuido com que tratou sua saúde por causa de sua ambição desmedida.

#### **4.2.4 Despindo a camisa**

Dos homens entrevistados nessa pesquisa, três foram afastados de seus empregos por motivo de falência, encampação e mudança da sede das empresas onde trabalhavam. Um quarto entrevistado foi afastado por aposentadoria motivada por invalidez. No depoimento dos demitidos podemos perceber o sofrimento pelo qual passaram, por não se sentirem valorizados após muitos anos de dedicação, de vestir a camisa de seus empregadores.

Gustavo foi durante muitos anos um dos melhores vendedores de uma firma nacional que fabricava produtos e equipamentos para laboratórios. Ele declara

que vendia muito bem, conseguindo ganhar um salário muito bom e se sentia muito satisfeito na empresa, inclusive pelo respeito que lhe dedicavam por sua boa performance no cargo. Infelizmente, a empresa faliu e ele ficou desempregado.

“As multinacionais entraram e quebraram a minha firma. E nós éramos representantes exclusivos no Rio de Janeiro. Era um firma nacional, fabricava vidraria e “kits” para exames de laboratório. Nossa firma não agüentou, foi caindo a venda, os americanos deram as máquinas pros laboratórios grandes pra usar só o reagente deles e bloqueou a máquina. Outro reagente não lia, não trabalhava com aquela máquina, só o deles mesmo, com a máquina deles. Eles davam a máquina e a pessoa era obrigada a comprar os “kits”.  
(Gustavo)

Gustavo conta que aí começaram suas dificuldades, pois os laboratórios, hoje, exigem diploma universitário para seus vendedores e ele, apenas pode concorrer com sua prática de muitos anos, o que não foi levado em consideração em várias empresas onde pleiteou emprego. Sua opção foi trabalhar como taxista para sobreviver.

Nereu, funcionário de uma Estatal, conta que a empresa foi privatizada e a política salarial da nova direção determinou o corte sumário dos funcionários que estariam ganhando salários mais altos do que avaliavam ser o valor de mercado, não importando se esse salário refletisse a prática ou a competência dos que seriam demitidos.

“Hoje a empresa é uma página virada na minha vida, porque 20 anos de crescimento profissional e dedicação não foram suficientes pra me manter na empresa. Eu cheguei à decepcionante conclusão que eu era uma matrícula dentro da empresa. Meu valor humano, meu valor profissional não existia. Com uma privatização eu entrei num lote de 2300 funcionários, que eu, por ocupar cargo de chefia, ter galgado alguns degraus, eu era, na média, um salário acima do nível dos funcionários que ocupavam o mesmo cargo que eu. Então na retalhação, na hora de cortar, começou-se cortando os salários mais altos”. (Nereu)

A mágoa de Nereu se manifesta quando ele se reconhece apenas um número num “lote”. Não se considerou sua experiência, sua capacidade de trabalho,

seu potencial técnico, seus esforços para se esmerar e galgar um cargo superior, mas apenas uma avaliação superficial, que considerava apenas o salário percebido e a função registrada em sua ficha de trabalho. Depois de tentar trabalhar por conta própria, sem sucesso, e pela dificuldade de encontrar emprego em sua área, hoje é também um taxista.

O clima de insegurança, as pressões que sofria no trabalho e o medo de ser demitido são comentados por Paulo. Tendo trabalhado com competência e afinco na mesma empresa por 17 anos, foi demitido quando adoeceu e conseguiu se aposentar por invalidez.

“Durante toda a minha carreira dentro dessa empresa senti esse medo como todos sentem. A senhora pode entrevistar não só eu, mas qualquer um dentro da empresa que eles vão ter sempre esse medo. Porque é imposto dessa forma. Não tem outro jeito. O cara chega pra você e fala assim: “Eu quero que você produza isso aqui”. A gente tinha planilhas, na época, que se você não acompanhasse você estava perdido, ia ser demitido. “Esse aqui é o último, vai ser demitido. A próxima demissão é ele.” Então não importa se o cara tenha 5, 10, 50 anos de empresa”. (Paulo)

A fase de informatização da empresa foi uma época de muitas demissões, pois a política era de cortes de empregados, com o objetivo de diminuir os custos. O clima de trabalho era péssimo e estratégias perversas eram utilizadas com a finalidade de obrigar o funcionário a demitir-se voluntariamente, ou ainda, criar condições adversas que obrigassem a reagir de forma a provocar uma demissão. No caso de Paulo a demissão foi sumária e lhe causou uma grande revolta.

“Como eu era, sempre fui, quem coordenava financeiramente a casa, eu me senti muito mal com isso tudo, porque eu não via muita saída, mesmo porque a empresa não pagou nada. Ela simplesmente falou: “Vai pra justiça.” É falta de relacionamento humano que a gente tem. Você não pode ter uma empresa aonde você coloque a pessoa como sendo um vegetal. O ser humano tem cérebro, tem espírito, tem coração, então é necessário que você tenha cuidado com ele. Cuidado enquanto pessoa e não como força de trabalho. Tudo bem

que ele é força de trabalho, mas ele não é um número, você não pode tratar uma pessoa como se fosse um número.” (Paulo)

Gilberto dedicou a maior parte de sua vida a uma empresa multinacional, na qual se sentia muito bem. Começando a trabalhar nessa empresa, com um cargo situado na base da pirâmide, foi, com muito esforço, galgando degraus, até chegar quase ao topo. Sua decepção e tristeza são explícitas em seu depoimento.

“Depois de 20 anos, numa única empresa, primeiro você está ali achando que você vai se aposentar. Uma empresa grande, uma empresa de renome, sua vida profissional já está estabilizada, você já tem um padrão de vida estabilizado, e ali você já tem uma paixão, você já tem um amor criado. É um casamento, na realidade. É como um sentimento de pai pro filho também... Principalmente quando você entra da maneira que eu entrei, desde a primeira função que tinha lá, que era auxiliar de escritório, quase como boy e você está num estágio alto, já participando quase da direção, isso evidentemente dá uma satisfação, tu fica ali comprado, tu veste a camisa. E em determinado momento chega essa notícia de que a empresa foi vendida, por uma série de fatores. Eu falei: “Bom, é mais uma etapa a ser vencida. Então eu estou tranquilo.” Só que não era bem assim.”(Gilberto)

A estratégia de obrigar o funcionário a se transferir para outro Estado foi a forma que a empresa encampadora encontrou para obrigá-lo a se demitir. Teria que se transferir com a família, sem ajuda de custo ou qualquer outro benefício, arcando com todos os custos da mudança e readaptação. Impossibilitado de cumprir a exigência da empresa, Gilberto demitiu-se, mas achando que poderia arranjar, no Rio, um emprego equivalente, já que se considerava um excelente profissional e tinha um currículo que demonstrava sua ascensão na empresa. Isso, porém, não se deu e o desemprego lhe trouxe muito sofrimento.

#### 4.2.5 Contabilizando os custos

Os homens participantes dessa pesquisa mostram, através de seus depoimentos a importância significativa que o trabalho assume na construção da identidade masculina. O trabalho assumiu, para eles uma grande importância em sua formação e vida adulta. Nele se iniciaram desde os primeiros anos de sua vida, sendo que durante as entrevistas esse foi o assunto que ocupou espaço relevante.

A maneira com que se relacionaram com o trabalho mostra que a agressividade, a competitividade desenvolvida na infância em seus jogos e brincadeiras, se sublimou na busca de atingir ascensão social e econômica através do trabalho. De fato, todos os homens entrevistados, mostraram-se pessoas não agressivas e não competitivas no trato social e familiar, porém essas características aparecem maciçamente no que se refere às suas relações com o trabalho, onde sobressai uma disputa constante e desgastante.

A marca do provedor, do responsável pelo bem estar econômico da família, aparece em todos os participantes da pesquisa, quer suas mulheres trabalhassem profissionalmente ou se mantivessem apenas no cuidado da família e dos filhos. Cinco deles declararam que suas mulheres sempre exerceram atividade profissional. Dois declararam que suas mulheres passaram a trabalhar somente depois da separação. Em três outros casos, o único provedor sempre foi o informante.

Para esses homens, a responsabilidade pelo bem estar da família lhes dizia respeito, reproduzindo a ideologia patriarcal que presenciaram em suas próprias famílias de origem e no meio social em que estiveram inseridos em sua infância e adolescência. Mesmo aqueles, cujas mulheres exerciam atividades profissionais, sempre assumiram a responsabilidade sobre a situação econômica da

família, sendo a participação delas, considerada apenas complementar. No caso de declarar que a renda da mulher era suficiente, o esforço para suplantá-la é evidente no depoimento de um dos participantes.

Apesar das grandes mudanças sociais que se observaram nas últimas décadas, com as conquistas femininas que foram o principal mobilizador de uma nova consciência nas relações de gênero, esses homens apresentam-se com comportamentos que confirmam, no que se refere a sua vida laborativa a visão de uma masculinidade hegemônica, onde o trabalho, tal como a sexualidade, são aspectos que os fariam reconhecidos socialmente como homens. A busca da competência para vencer no mundo do trabalho torna-se o principal motivo de seu empenho, pois o fracasso significaria frustração e humilhação.

O trabalho para eles, sempre em primeiro lugar, os fez restringirem ao mínimo seus momentos de lazer e este, quando aparece é, de certa maneira, justificado pela necessidade de propiciá-lo aos filhos e à família. O tempo para eles próprios é escasso e a necessidade de cuidar-se e preservar sua saúde, lhes parece secundária.

A situação econômica de nosso país, especialmente na década de 90 do século XX, trouxe muitas transformações no mercado de trabalho. Firms foram fechadas, outras encampadas, estatais privatizadas. A segurança no emprego que era uma constante nas grandes empresas privadas e nas estatais, desapareceu. Se anteriormente o empregado, cumpridor de seus deveres, correto e cooperativo, que “vestia a camisa” da empresa, podia se sentir seguro, a necessidade de adaptação à nova ordem vigente trouxe a necessidade demissão de grande massa de trabalhadores. Esse processo, desde que se anuncia e até a sua efetivação traz ansiedade e medo.

As vicissitudes que alguns desses homens encontraram ao perder os empregos revelam muita mágoa e decepção. Consideraram as estratégias de demissão desumanas e desrespeitosas, sentindo-se tratados com menosprezo e descaso. Seu sofrimento psíquico se traduz em revolta.

Todos os participantes apresentaram em seus depoimentos que o objetivo primordial de suas vidas era trabalhar, ascender profissionalmente e socialmente e para isso dedicaram-se ao trabalho com grande empenho, sem medir conseqüências.

O custo dessa trajetória se revelou muito alto. A despreocupação com a qualidade de vida, a desvalorização da necessidade humana de lazer, o estresse constante, conduziu-os à deterioração de sua saúde, num processo silencioso e insidioso de adoecimento, surpreendendo-os com a eclosão de um infarto do miocárdio, que produziu um verdadeiro divisor em seu projeto de vida.



Fig. 11 – A Queda de Ícaro, de Matisse , pintada em 1947  
*Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.*

### 4.3 – EXPLODE O CORAÇÃO

Os participantes dessa pesquisa, que foram acometidos por infarto do miocárdio entre os 38 e os 49 anos de idade, período que se pode considerar como correspondente aos primeiros anos de sua maturidade, tiveram sua vida pautada por uma constante preocupação em conseguir sua ascensão sócio-econômica e profissional. Para realizar esse projeto de vida, eles dedicaram a maior parte de suas vidas ao trabalho, em detrimento de sua qualidade de vida e de seu lazer.

Na análise dos depoimentos, verifica-se que possuíam algumas características da personalidade ou padrão de comportamento Tipo A, considerada como indicadora de predisposição para doenças cardiovasculares. De fato, em seus relatos podem ser identificadas atitudes de hostilidade, urgência de tempo, agressividade na busca de seus objetivos, ambição, competitividade, estabelecimento de padrão elevado de performance e comportamento auto-exigente.

O padrão de comportamento tipo A é típico de nossa cultura ocidental, onde se colocam como de grande importância os valores de uma sociedade industrial e capitalista, na qual se espera que os indivíduos busquem o sucesso profissional, econômico e social, mesmo que ao preço de outros valores importantes, como a saúde física e mental, por exemplo.

No depoimento desses participantes observa-se que estiveram expostos a situações muito estressantes, no período que antecedeu ao aparecimento da doença. Essas situações tiveram origem em excesso de trabalho, condições de trabalho e pressões econômicas. Em dois casos esses fatores estressantes foram potencializados por dificuldades no âmbito familiar.

### 4.3.1 Pressões psicossociais

As circunstâncias que se verificavam na vida dos participantes, no período que antecedeu ao infarto, eram severamente desgastantes. Todos eles relatam que estavam sofrendo enormes pressões e não estavam conseguindo dar conta das preocupações e ansiedade que estavam sentindo.

Após ter sido demitido da empresa, onde trabalhava há 20 anos, Nereu, resolveu abrir uma firma, para prestar serviços que seriam, por seus ex-empregadores, a partir de então, terceirizados. Depois de tudo pronto, no entanto, não conseguiu o que tencionava, pois, apesar de registrar a firma em nome de um parente, foi-lhe negado, como antigo funcionário, exercer essa atividade, por contrariar as normas internas estabelecidas pela nova direção. Foi obrigado a dar baixa em seu negócio e, não conseguindo se colocar em outro emprego, resolveu trabalhar como motorista de praça. Na época, ele acreditou que seria um ótimo investimento, mas um decreto municipal aumentou de forma desmedida o número de autonomias e os táxis proliferaram tornando a demanda maior do que a procura.

“Aí eu comecei a vivenciar a crise... mais uma vez a crise profissional. E por essa tensão toda: ter uma mudança de padrão de vida, eu ganhava muito bem na empresa, comecei a ter o meu faturamento reduzido, depois, aumento de concorrência, aí uma redução maior ainda, o número de horas maior de trabalho, e... a violência no Rio, eu trabalhando mais horas, tendo uma vida sedentária, passei a consumir um número maior de cigarros. Eu passei a ter uma vida mais agitada, mais estressada, sedentária no sentido de eu ficar sentado, dirigindo, embora o número de horas de trabalho fosse grande, era uma vida sedentária, como é, até hoje.”  
(Nereu)

Nereu conta que vivia constantemente preocupado, não apenas com a situação financeira que se deteriorava a cada passo, mas com o fato de estarem, muitos motoristas, sendo assaltados e mortos.

“Começou o cerco a se fechar, cada vez mais crescente o número de colegas assaltados e aquela expectativa de que eu poderia ser a

próxima vítima... E.... cada vez mais o dinheiro mais difícil, compromissos financeiros maiores e tal...Atribuo meu infarto à uma vida sedentária, a um estresse constante, expectativa de assalto, muitas horas trabalhadas sentado, uma alimentação inadequada, ausência de exercício... Eu fumava durante a minha jornada de trabalho. Então, como eu aumentei essas horas de trabalho, automaticamente eu aumentei o número de cigarros que eu fumava também, mas o estresse fazia com que eu fumasse mais ainda.” (Nereu)

Não se pode negar o que já está cientificamente provado, com respeito aos males que o cigarro acarreta, mas deve-se observar que todos os participantes que tinham o hábito de fumar, estavam fumando de forma compulsiva, na época do infarto, por se sentirem pressionados e pelas circunstâncias estressantes que estavam vivendo, o que teve grande influência na exacerbação de sua compulsividade..

Roque relata que na ocasião do infarto estava trabalhando demais, dormindo pouco, sem tempo nenhum para si mesmo e na posição que ocupava, estava sobrecarregado de responsabilidades e tinha muitos aborrecimentos.

“Eu já tinha um cargo de chefia, eu saía às 4 e meia e chegava na empresa às 5 e meia, 6 horas e ali eu já encontrava muita dor de cabeça, porque o fulano dormiu, o fulano foi embora porque tava roubando. E eu tinha que tomar as decisões ali. Ai dava 7 horas que era hora do meu plantão: “Ah, o fulano não chegou até agora.” Aí o camarada chegava 7 e meia, oito horas: “Meu filho tá doente, o trem atrasou, o ônibus furou o pneu...” Então ali você já tinha que ir trabalhando o seu chefe. Porque eram uns camaradas muito nervosos e tinha que trabalhar o chefe do chefe. Era uma firma alemã, o pessoal era muito em cima da linha, muito rígido Mas aí era todo dia e eu pra não perder o cargo de chefia eu tinha que sair cedinho de casa... (Roque)

Seus aborrecimentos e preocupações eram muito grandes, pois seu cargo se situava entre os seus subalternos e seus superiores hierárquicos e, às tensões, se somava o cansaço pela jornada de trabalho exaustiva. Na hora de sua saída, ele era obrigado a permanecer até que toda a equipe da noite estivesse presente.

“Eu trabalhava normalmente 12 horas. Das 7 da manhã às 7 da noite, mas, enquanto não chegassem os 10 eu não podia sair dali. Geralmente 7 horas da noite.... é que nem hospital, hospital tem, que chegar o pessoal do dia pro pessoal da noite ir embora, tem que chegar o pessoal da noite pro pessoal do dia ir embora. Então eu ficava.... eu podia ir embora, que se dane, mas eu gostava do que eu fazia, eu gostava do meu emprego, eu gostava do dinheiro que era muito alto, que eu recebia por fora do cargo de liderança. Eu gostava de tudo isso. Às vezes saía de lá 10 horas da noite. Aí eu ia, pegava uma carona chegava em casa 11 horas pra sair, no dia seguinte, 4 e meia da manhã”. (Roque).

Paulo, funcionário de um Banco, teve um sério problema de coluna, mas continuava trabalhando, esforçando-se para se manter no emprego. Ocupava um cargo de muita responsabilidade e era muito cobrado, quanto à apresentação de resultados. Seu estado de saúde, porém, foi se agravando e ele teve que se aposentar. Foi quando seus problemas se intensificaram e sobreveio o infarto.

“Eu tive um período extremamente complicado. Eu sempre fui um cara muito tenso, muito estressado. A gente tem família, tendo que sustentar e vendo as coisas mais difíceis, aí tudo contribuía, muita pressão. Foi indo foi diminuindo a parte financeira também. Se aposentou, se afastou do trabalho a coisa complica. A gente vinha nesse crescente, nesse crescente. (Paulo)

A tensão que Paulo vivia na empresa antes de se aposentar, por conta das pressões e demissões, foi agravada pelo fato de lhe negarem todos os direitos trabalhistas que teria direito. Teve que buscar a Justiça do Trabalho e sua situação econômica foi piorando, cada vez mais. Foi nessa ocasião que ocorreu o infarto do miocárdio.

Perdendo seu emprego após 20 anos de casa, Gilberto aos 36 anos achava que teria oportunidade de colocar-se imediatamente e lançou-se ao mercado de trabalho, confiante e esperançoso.

“Na primeira porta que eu bati eu já senti o que eu ia enfrentar. Me foi dito que a idade já era comprometedor, o salário era comprometedor, eu já estava “lapidado” profissionalmente. O mercado estava absorvendo muito o pessoal que estava saindo recentemente da faculdade, a garotada, porque você pega esse profissional, ele é barato, faz dele aquele profissional que você

deseja para aquela necessidade da sua empresa e é novo, está com disposição. Só que eu questionava muito porque eu dizia o seguinte: “Olha, a minha idade é a idade em que o profissional chega no seu auge”. (Gilberto)

Gilberto acrescenta que sua situação foi agravada pelas dificuldades econômicas que se verificavam no país, nessa época (final da década de 90), em que o desemprego se generalizava. Assim, foi vendendo o que possuía e seu padrão de vida declinando, o que acarretou inclusive um problema conjugal, pois a esposa achava que ele não se esforçava suficientemente, para conseguir um novo emprego. Com o restante do dinheiro que ainda tinha, montou um pequeno negócio que não conseguiu levar adiante, o que lhe acarretou muita ansiedade e apreensão.

“Com isso veio a parte também desgastante, emocional, estressante... Ali eu acho que começou grande parte também da minha doença porque ali eu aumentei o meu vício do cigarro, ali eu aumentei o meu vício na bebida, nesse período. Porque eu achava que através dessas duas coisas eu buscava pelo menos um certo conforto, ou tentar esquecer, também. “ (Gilberto)

A crise econômica que se instalou no país, na década de 90, também teve sérias conseqüências na vida de Fernando, que havia assumido a firma que herdou do pai. Para tanto, decidiu se demitir da empresa onde trabalhava e onde julgava já ter galgado o máximo que lhe seria possível galgar, em termos de promoção, e pensou que conseguiria ganhar mais, trabalhando em seu próprio negócio.

“E aí foi ótimo, estava indo muito bem, até que chega um senhor, depois da eleição chega um cidadão chamado Fernando Collor que a maioria da nação elegeu, não é? Não respeitava as leis e acabou com a minha empresa, não só a minha como milhões de outras. Aquela política dele de segurar o dinheiro e de abrir o mercado muito rápido desestimulou os investimentos e aí o mercado já começou a cair. Então a situação ficou muito difícil. Foi em 90”. (Fernando)

Sobrecarregado com dívidas, tanto da empresa quanto no nível pessoal, Fernando foi se preocupando e trabalhando cada vez mais, mas não conseguia resolver a situação.

“Dívida é fácil de subir, mas o faturamento não subia de jeito nenhum e aí começou a ficar uma distancia entre o compromisso com... Aí você vai, parcela, parcela e aí enrola tudo, aí realmente foi um ano muito difícil. Foi o ano do infarto (risos). Aquela situação foi preocupante. Fisicamente, dentro da empresa você chega às 7,30 e sai às 19,30, mas a verdade é que numa situação dessa você pode sair fisicamente da empresa mas mentalmente você está ligado”.  
(Fernando)

Esse foi o primeiro infarto que acometeu Fernando. A situação da firma continuava difícil e ele decidiu voltar a trabalhar na mesma empresa onde trabalhava anteriormente, apesar de continuar com sua própria firma, cuja administração passou a ser prioritariamente de seu sócio. Assim ele se recuperou do infarto e sentia-se muito bem, até que, anos depois, uma tragédia o abalou profundamente. Sua filha de dezessete anos faleceu, vítima de um angioma cerebral que a acometeu repentinamente.

“Foi muito rápido também. Foi na Copa do Mundo. Ela foi não me lembro o jogo, teve um jogo do Brasil ela foi com a irmã pro Barra Shopping jogar boliche, ela desmaiou e entrou em coma. Foi assim, muito... Ficou uma semana internada, uma semana, foi angioma. A gente não sabia e não estava.... realmente não esperava, foi assim,... foi rápido...” (Fernando)

Perder a filha dessa forma repentina, foi para Fernando, um sofrimento muito grande, um choque muito violento e três meses depois do falecimento da filha, Fernando teve um segundo infarto e necessitou se submeter a uma segunda operação.

“O que mexeu foi esse falecimento aqui da minha filha que tem um ditado que diz que a dor é inevitável o sofrimento é opcional, mas a dor mexe muito com o emocional, então aqui, em 98 entupiu, entupiu assim Fiuuuu, rapidamente.” (Fernando)

Coincidentemente, um outro participante, Gustavo, relata uma história muito semelhante. Teve dois infartos, sendo o primeiro precedido de muitas preocupações com o trabalho e a situação econômica e o segundo após o falecimento repentino de um filho.

A vida de Gustavo foi sempre de muito trabalho e ele gostava do que fazia, sentia-se bem remunerado e se dedicava muito à empresa, trabalhando como vendedor. Porém, a situação da empresa foi piorando e ele foi ficando muito incomodado, com receio de ficar desempregado e ter dificuldade de encontrar um emprego.

“Eu andava com uma pasta muito grande, pesada e eu tinha carro, mas não trabalhava de carro. Eu estava preocupado, a firma ia fechar, eu estava ganhando bem, trabalhando preocupado. A firma estava indo a pique, perdendo a praça, as multinacionais estavam entrando no mercado, quebrando todas as firmas pequenas nacionais. Eu fiquei naquela agitação, fiquei agoniado, sempre nervoso, preocupado, querendo fazer tudo mais rápido pra ganhar mais tempo, sem me alimentar direito, na rua, comia um salgadinho saia andando direto.... Então isso tudo aí foi contribuindo, né. Fumava muito, não me alimentava direito, preocupado, tudo com hora marcada, corre daqui, corre dali, vai pra outro lado, pega outro ônibus, vai pra outro lado. Quando chegava no final do dia eu estava arrasado, morto, não podia nem ficar mais em pé, tinha que sentar. Aí teve uma hora que estourou, chegou a hora do infarto.” (Gustavo)

Gustavo diz que apesar de chegar em casa exausto, conseguia dormir apenas umas duas horas, por conta da excitação em que vivia. A impaciência e o “nervoso” o levavam a aumentar muito o número de cigarros que consumia, inclusive por causa da insônia.

Recuperado do primeiro infarto, Gustavo, quatro anos depois teve outro, logo após a perda repentina de seu único filho. O rapaz, que contava apenas dezessete anos era um desportista e gozava excelente saúde. Uma apendicite, erradamente diagnosticada como problema digestivo culminou com uma operação de emergência e uma septicemia cujo epílogo foi o falecimento do jovem, em poucos dias. No mesmo ano Gustavo já havia sofrido a perda do pai.

“Aí começou a dar problema no coração de novo. Eu fiquei arrasado, fiquei mais de um mês sem trabalhar, fiquei.. Eu acabei... emagreci, fiquei sequinho, eu queria ir também junto, eu queria que fosse eu no lugar dele. Aí eu fiquei arrasado, fiquei desgostoso da minha vida, desanimado, não queria fazer mais nada, não queria sair, tive problema de pressão, fiquei todo esquisito, a pressão toda

descontrolada, tudo descontrolado. Aí quase estourava, aumentava, baixava, fiquei todo esquisito. A parte de batimentos cardíacos, tudo. A pressão ficou disparada, não tinha controle, sempre naquela aflição, aquela agonia. E o médico disse: “Olha rapaz, você está com 4 veias entupidas, vai ter que fazer uma cirurgia coronária.” (Gustavo)

Hoje, Gustavo está aceitando melhor o falecimento do filho, mas não se considera conformado. Atribui a sua melhora à ajuda de uma psicóloga, que conversou com ele, e à filosofia Kardecista, cuja doutrina lhe foi passada por uma senhora amiga. Mas seu sofrimento se mostra ainda muito grande ao narrar, com os olhos marejados, a doença e o falecimento do filho, que julga terem sido causados por erro médico.

Um outro participante que infartou em meio a uma crise, foi Otávio. Dono de um depósito de alimentos, ele tinha uma situação muito boa, mas os negócios foram ficando muito difíceis no início da década de 90 e ele foi tendo que trabalhar muito mais, sem, no entanto conseguir resolver o problema.

“As coisas complicaram muito, começou a dar problemas e outros concorrentes abriram depósitos nas proximidades e a minha venda caía, só caía. E eu tentando angariar os meus clientes, mas o problema maior não era questão de simpatia, não, de argumento, foi de preço. Estava uma “festa”. O dinheiro faltava, aquela correria, pega algum emprestado, cobre cheque, cheque sobre cheque. Minha fêria, reduzida, não dava pra cobrir, porque o concorrente estava pegando meus clientes quase todos, por questão de preço baixíssimo. Me deixou mal... Aí foi quando eu fui infartado. De repente.” (Otávio)

Um segundo infarto sobreveio, oito anos depois do primeiro. Recuperando a saúde, depois do primeiro infarto, Otávio juntou seus recursos e abriu uma pequena loja, que começou indo muito bem, mas algum tempo depois as dificuldades financeiras voltaram a atormentá-lo e ele ainda tinha que tratar da mulher, acamada, por conta de um acidente vascular cerebral, que a paralisou.

“Com o dinheiro que sobrou da venda do caminhão eu montei essa lojinha, botei uma funcionária. E a coisa estava indo bem. Aí teve stress, agitação, correria pro banco, o mesmo problema depois

passou a acontecer : a fêria não cobria o cheque, e vai ali pede emprestado e troca... E a minha patroa. Eu tinha que ir em casa pegar ela no dia das consultas, era uma vez por semana. E eu deixava ela lá e corria pro Banco, era uma confusão, isso me agitava..." (Otávio)

E de novo, o excesso de trabalho, as preocupações do dia-a-dia coincidiram com a doença, a eclosão do segundo infarto. A história se repetiu, pois Otávio não teve possibilidade de mudar seu estilo de vida.

Guilherme, ao relatar o que vivia na época de seu infarto, lembra que seu pai sofreu um AVC (acidente vascular cerebral) antes dos seus cinqüenta anos e que, no momento do adoecimento, ele estava passando por uma situação muito difícil com a insolvência da empresa e sérias divergências com os sócios, seus próprios irmãos, tios de Guilherme.

Os problemas que antecederam ao infarto de Guilherme, foram também originários de questões no trabalho. Guilherme foi um sindicalista, batalhou pela melhoria salarial e de condições de trabalho de seus pares, por longos anos. Seu cargo de chefia o colocava em desacordo com o que sempre acreditou ser o correto.

"O problema é o seguinte: eu estava vivendo uma situação de estresse no trabalho. Estava sendo pressionado a demitir pessoas. Um quadro de pessoas com quem eu me relacionava muito bem e inclusive a orientação vinha contra a minha vontade. Eu tava administrando uma crise bastante terrível, porque ia mudar a vida das pessoas, iam muitas pessoas ser mandadas embora e havia muita tensão. Eu não querer estar fazendo aquilo que eu... estava tendo que implementar. Como eu era o coordenador da área e aquilo era uma determinação estratégica, centrada, eu tinha que implementar. . Eu tava super tenso no trabalho! Isso é fato!" (Guilherme)

Trabalhando sob uma gerência que o forçava a tomar essas decisões, ele não acreditava que as medidas fossem necessárias ou eficientes. Seu superior era de difícil diálogo e não aceitava suas ponderações. O infarto e a licença para

tratamento de saúde, pode-se observar, o livraram do drama de consciência que lhe trazia tanto sofrimento.

Uma vida de muito trabalho e de luta, para alcançar uma situação econômica e social melhor, foi a marca da trajetória de Waldomiro. Conseguindo chegar a uma situação confortável, profissionalmente, ele tinha, porém, muitos problemas de relacionamento com a mulher que, segundo ele, era controladora e despótica e o atormentava muito com agressões verbais e até mesmo físicas, em determinado momento.

“Eu não conseguia dialogar com ela. Nós tínhamos problemas na nossa relação que era ciúmes, brigas. Sempre era contra qualquer coisa que eu quisesse fazer. Tudo do meu lado social, ela sempre impedia. Eu não ia a lugar nenhum mais, não jogava futebol, não fazia nada, nada, nada... era só trabalhar. Minha filha já não estava tendo respeito comigo, meu filho também. Estava nervoso, não tinha com quem desabafar. Eu não ia levar esse problema pra minha mãe. Não queria levar essa situação pras minhas irmãs e não tinha pra quem mais passar isso tudo.” (Waldomiro)

Assim, reprimindo suas emoções, ele foi sofrendo e se sentindo desamparado, sem no entanto procurar ajuda. Após o infarto, ele saiu de casa, separando-se da mulher. Ele conta esse fato com muita tristeza, pois era muito apegado aos filhos e, por causa deles, tentou manter o casamento durante muitos anos. Percebe-se, analisando seu relato, que os filhos, observando sua situação de inferioridade diante da mulher, perderam o respeito pelo pai e passaram a lhe dar um tratamento pouco adequado.

Problemas afetivo-familiares também estavam ocorrendo na vida de Roberto, quando este se viu acometido pelo infarto. Trabalhador, ambicioso e vitorioso profissionalmente, ele, após a separação, tendo deixado todos os bens para a mulher e continuando a sustentar os filhos, conseguiu reerguer-se e encontrar uma ótima situação financeira. Mas, o relacionamento com a ex-esposa

sempre foi tumultuado, eivado de exigências. Por ocasião do infarto, as desavenças se acentuaram com a aproximação de uma festa de aniversário da filha.

“Eu não estou acusando, não, mas o contexto, ajuda muito, porque foi muito estresse, muito... não de trabalho, não de trabalho, mas essa parte afetiva... Desde a separação minha vida virou um inferno, durante uns 9 anos, só mudou agora em janeiro do ano passado, quando meu filho deu um desbregue nela, porque ela tem medo do meu filho, o meu filho tem uma ascensão muito grande sobre ela. Ela atormentava a minha vida, em tudo, tumultuava, entrava demais na minha vida privada, em tudo.” (Roberto)

É importante notar que os limites que deveriam ter sido estabelecidos na relação, desde o início da separação, só se tornaram efetivos com a interferência do filho, pois Roberto não conseguia se posicionar com firmeza diante da ex-mulher, deixando que ela tentasse controlá-lo como sempre fez durante o casamento. Um novo casamento que, segundo ele, lhe trouxe paz e equilíbrio emocional, também o tem ajudado muito, em sua recuperação após o infarto.

#### **4.3.2 O coração não resiste**

As situações estressantes, as dificuldades econômicas e afetivas, vivenciadas pelos participantes dessa pesquisa e acima descritas, culminaram com a eclosão do infarto do miocárdio. Eles descrevem a experiência, muitas vezes com grande detalhamento. Sentiram a presença iminente da morte, mas, socorridos a tempo e usufruindo das mais atualizadas técnicas de tratamento e intervenção conseguiram ultrapassar o perigo. Nesse trabalho, omito a descrição desses procedimentos, dando ênfase aos processos psicológicos que viveram, nesse momento crucial de suas vidas.

Nereu, quando jovem, trabalhou num curso de formação técnica para enfermeiros e instrumentadores cirúrgicos. Como colaborava na confecção das

apostilas, tinha algum conhecimento, e percebeu, nos sinais físicos que o acometeram, a aproximação do infarto.

“Eu comecei a me sentir mal, mas já conhecia mais ou menos os sintomas do infarto, desconfiei que eu estava entrando em processo de infarto, parei o carro, busquei socorro. Dei sorte de estar passando próximo a um hospital da rede particular e encontrei uma pessoa conhecida, um amigo, e participei a ele que provavelmente eu estava entrando em trabalho de infarto” (Nereu)

É de se notar que ele se refere ao processo como “trabalho de infarto”.

A expressão é comumente usada para se referir ao parto: a mulher está entrando em trabalho de parto. Esse ato falho parece refletir a idéia de um renascimento a partir do que estava vivenciando.

Waldomiro, sentindo algumas dores na região torácica, foi trabalhando e agüentando por três dias. Estava no trabalho quando se sentiu pior e pediu a um colega que o levasse ao Posto de Saúde.

“Aí ainda levou uma hora pra doutora me atender, ela me atendeu e falou:“Olha, você está infartado”. Aí chamou um daqueles médicos e tal, aí me deram medicamento tudo, aí a médica então me encaminhou, me perguntou se eu conhecesse alguém que poderia me remover pra um hospital porque eu precisava ser atendido. Eu dei o telefone da minha mãe, ela me removeu, me levou pro Fundão. Aí eu operei e tudo e passou.” (Waldomiro)

Vê-se aí a precariedade do nosso sistema de saúde. O paciente chega ao posto de saúde com dores no tórax e ainda leva uma hora para ser atendido e medicado, para ter condições de ser removido a um Hospital. Waldomiro, infartado, teve que suportar, além da dor, a angústia dessa espera.

Roberto, médico cardiologista, se surpreendeu com o diagnóstico de infarto do miocárdio. Sentia que estava havendo algo estranho, mas não supunha que pudesse ser um infarto.

“Foi tudo atípico, até que eu achei aquela coisa estranha, chamei um pessoal: “Vem aqui em casa no sábado, traz um aparelho de eletro, tem alguma coisa estranha.”Eles fizeram o eletro: “Cara, isso aqui é

um infarto! Você tem que fazer o cateterismo e dilatar, abrir essa zorra.” Foi minha sorte eu ter acreditado porque salvei, eu me salvei, porque eu recuperei mais de 80%. O que eu tenho de lesão é uma coisa muito discreta, uma coisa que não vai trazer problema nenhum pra mim, o resto da vida.”(Roberto)

A surpresa de Roberto se justifica, pois ele não possuía fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares do ponto de vista biológico, o que o levava a crer que estaria salvo de um adoecimento como o que o acometeu.

“E eles investigaram e não acharam a causa. Eu não tenho essas doenças coronarianas, não tenho fator de risco, não tenho nada. Eu não tenho fator de risco nenhum. Nenhum. Fazia esporte, sempre fui um desportista, na família não tem história de nada, fator de risco zero. Aí eles investigaram: “Ah, é infecção... é isso...” Não acharam causa nenhuma e o meu infarto é um trombo, não tinha nem doença coronariana. Minhas coronárias são um canhão, tudo aberto, tudo limpo. Aonde você especula, foi estresse, ta trabalhando muito, isso é falta de opção, mas diz que é isso. Mas eu acho que o componente emocional, afetivo, do desassossego com minha mulher... olha, eu não tenho nenhuma dúvida que isso foi importante”. (Roberto)

Na análise de seu depoimento, constata-se, realmente, excesso de trabalho e responsabilidades. Seu lazer se resumia aos esportes de fim de semana, quando não se encontrava em plantão. Então podemos perceber que os problemas familiares potencializaram o estresse, sendo portanto um fator cumulativo de risco psicossocial.

Trabalhando terceirizado para uma multinacional, Roque fazia exames de saúde periódicos, exigidos pela empresa e sentia que gozava de perfeita saúde. Um mal estar que sentiu meses antes do infarto, por ocasião de um treinamento, não acusou nenhum problema mais sério e foi diagnosticado como uma insolação. Mas algum tempo depois, teve um ataque de tosse, seguido de um sangramento por via oral. Procurando um hospital, fez vários exames que também não acusaram nada que o pudesse preocupar. Sobreveio, algum tempo depois, o infarto do miocárdio.

“Eu estava em casa, comecei a sentir uma dor. Até esse momento não tinha sentido dor nenhuma. Quando aconteceram esses lances antes não aconteceu dor, não aconteceu nada, só cuspi sangue e

senti tonteira, só. Aí nesse dia, senti uma dor, uma dor fraca, mas ficou o dia todinho, a noite toda, no outro dia todinho e aí à tardinha ela aumentou. “Puxa, que dor é essa?” Os médicos não falaram nada disso, nunca falaram nada. Aí eu fui pro hospital, chegando lá me perguntaram e eu disse que estava sentindo uma dor no peito. Me deitaram e começaram a mexer, mexer, bateram um eletro e acusou logo”. (Roque)

O problema de Roque, quando descoberto, já se tornara tão grave que não foi possível realizar nenhuma intervenção cirúrgica de resultado mais efetivo, mas seu tratamento se realiza por meio de fármacos. Ele lamenta não ter sido examinado com maior cuidado, diagnosticado e tratado, com maior antecedência.

Roque sentiu-se muito mal ao ser internado, porque, inicialmente, não estava entendendo o que estava acontecendo. Sua angústia e desamparo foram enormes ao saber que ficaria na UTI.

“Chamaram minha esposa eu já fiquei mais nervoso ainda. Não tinham falado nada comigo, só eles conversando lá. Aí eu nervoso, eles mandando acalmar: “Calma, calma, calma, tudo bem, você já está no Hospital, fica calmo, você vai ficar aqui com a gente,” Eu pensava que eu ia morrer. Eu pensava que eu ia morrer e eu pensava nos meus filhos, que eu ia deixar eles... e que eu não ia ver mais eles e claro, eu não ia ver mais (emocionado) eu não ia ver eles se desenvolverem. Quando minhas irmãs morreram eu não chorei. Eu não me lembro de chorar, mas nesse dia eu chorei. As lágrimas começaram a descer...”(Roque)

Esta sensação de tristeza e medo de morrer se agravou com a notícia de que sua mulher não poderia estar junto dele, porém, aos poucos, com a medicação e a assistência da psicóloga do hospital, ele foi se acalmando.

Nas vésperas do infarto, Gustavo começou a sentir alguns sintomas, mas achou que não era nada e continuou no mesmo ritmo de trabalho, que costumava manter. Quando a dor e o mal-estar foram se tornando cada vez mais acirrados, ele teve consciência de que deveria procurar ajuda.

“Eu vinha sentindo umas pontadinhas no peito, umas espetadas, mas não ligava. Um troço esquisito, umas pontadas estranhas. Aí no quarto dia, a dor começou aumentar, ficar mais cortante. Fiquei

preocupado. Um mal estar, um suadouro, comecei a suar muito e a dor aumentando. Ela apertava, apertava, apertava aí parava. Que troço estranho é esse? Fui pro hospital e o médico olhou assim pra mim, examinou e disse: “Olha UTI agora mesmo, você está infartando.” (Gustavo)

Passando muito mal, Gustavo foi internado na UTI e ali, viveu seus piores momentos de angústia, presenciando os esforços envidados pela equipe para salvá-lo e a azáfama e os comentários dos médicos e enfermeiros que o assistiam.

“Então, davam remédio pra pressão, não sei o que, pra não sei o que lá, “Tira a pressão dele, não tá legal”. E no soro direto. Depois ele disse: “O negócio está piorando, está piorando o negócio, vamos embora, vamos embora, fulana, pega isso lá, injeta isso nele, injeta aquilo.” E eu escutando tudo. Aí eles pegaram um frasco, desse tamanho. Falaram assim: “Ou tudo ou nada”. Eu pensei, vou morrer. Aí eu entrei em desespero: vou morrer, vou morrer, vou morrer, meu filho, minha mulher, minha esposa, minha mãe, meu pai, eu tinha pai ainda. Fiquei desesperado.”(Gustavo)

Os procedimentos a que se submeteu tiveram sucesso e o médico, assim que o perigo maior foi afastado, informou que ele havia tido muita sorte por estar salvo. Apesar de ainda correr grande perigo, naquele momento, a crise havia sido contornada. Oito dias depois, pode ir para casa, já em franca recuperação.

Os primeiros sintomas que precederam o infarto de Gilberto foram uma sensação de cansaço, por vários dias, à qual se seguiu uma falta de ar muito acentuada.

“Eu comecei a sentir uma falta de ar tremenda. Eu já vinha num processo de cansaço. Mas eu até então não havia notado, não havia observado esse detalhe. Só que nessa noite a coisa foi duma intensidade violenta. Parecia que a qualquer momento eu ia apagar. Não sentia dor, não, sentia falta de ar. Ali eu passei a noite inteira assim. Não conseguia dormir, digo: “Será que devo acordá-lo? (o filho) Eu acho que vou acordá-lo porque se de repente eu tiver alguma coisa eu morro aqui e amanhã ele vai amanhecer e vai ver... então eu acho que eu devo chamar, que de repente ele chama um vizinho se me acontecer...”. E ao mesmo tempo eu não queria fazer isso. Então comecei a andar na casa, comecei a andar, andar, e aquela falta de ar... eu ia pra varanda, voltava... E ali foi, a noite passou, assim, uma coisa...” (Gilberto)

No dia seguinte, piorando, Gilberto foi levado ao hospital, achando que seria medicado e voltaria para casa. Mas isso não ocorreu. Diagnosticado inicialmente como hipertenso, ele foi retido na emergência do hospital para observação e então, passou uma noite de grande tensão e angústia.

“Foi a pior noite da minha vida. Porque eu fiquei numa emergência, onde a maioria estava inconsciente e eu literalmente consciente, presenciando tudo, presenciando uma situação que eu jamais imaginava... Mesmo que eu não morresse, aquilo foi piorando a minha situação. A minha pressão só aumentava. E toma medicamento... Chegou um ponto da doutora dizer: “Bom, eu não posso mais te dar remédio..”Eu falei: “Doutora, eu já sei porque a senhora não está conseguindo baixar essa minha pressão. Porque estou vivenciando aqui uma situação que, pelo amor de Deus, eu vou ter um troço aqui dentro”. (Gilberto)

Imediatamente depois, uma enfermeira ministrou-lhe um remédio que o tirou desse sofrimento, segundo ele, porque era algo para dormir e ele literalmente “apagou”. No dia seguinte, submetido a outros exames, o diagnóstico foi de infarto do miocárdio.

Otávio estava numa festinha familiar quando sua filha percebeu que ele não estava passando bem, por ocasião de seu primeiro infarto. Mas ele negava que estivesse tendo um problema grave. Não queria aceitar que poderia estar doente.

“Eu nunca ia a medico, eu não sentia nada, eu estava sempre bem, eu era muito forte, cheio de disposição. Eu tava sentado, sentei numa cadeirinha e ela : “Pai, tu não ta bom!” E começou a gritar. Eu achava que estava ótimo, não tinha nada. Senti aquele... um trator no meu peito, mas como antes, eu já estava acostumado a sentir uma dorzinha, uns apertos, eles diziam pra mim que coração não doía, pra mim aquilo era simplesmente um aperto maior.” (Otávio)

Ainda no posto de saúde ele reagiu, achando que aquilo não era nada sério e desejando voltar para a festa, para não preocupar os parentes e amigos ali reunidos.

“Me levaram pro Posto Médico e quando o médico colocou, mandou fazer o eletro, o aparelho todo, foi horroroso! Ele não deixou eu sair dali não. Eu queria que ele me liberasse, para continuar a festinha,

continuar brincando. Minha filha falava: “Daqui a pouquinho você vai.” Ela foi lá pra dentro e quando voltou falou: “Pai, você não vai pra casa, não, porque você está infartado”. Aí o médico falou que eu tinha que ser transferido por não ter ali recurso melhor. Na época era um PAM todo feio. (Otávio)

Transferido para a Unidade Coronariana um Hospital Público, ele agradece pela sorte de ter conseguido uma vaga e por ter sido muito bem atendido, sendo submetido a uma cirurgia para a implantação de 3 pontes safenas e uma mamária. Ao ser acometido pelo segundo infarto, anos depois, Otávio foi advertido de que uma segunda operação lhe traria muito risco e que a melhor solução seria um tratamento medicamentoso.

Fernando conta que começou a sentir-se mal e resolveu ir ao médico. Os exames detectaram o infarto e ele teve que se submeter a uma angioplastia. Mas esse procedimento, efetuado por duas vezes não teve sucesso e ele precisou fazer uma cirurgia. Doente, preocupou-se ainda com o problema de ter que pagar pela intervenção.

“E foi uma coisa assim, muito de repente. Eu caminhava, sentia assim uma dor de estômago, uma azia, mas durante a caminhada passava. Fui fazer um teste, deu uma isquemia, aí o médico disse: “Procura um cardiologista.” Aí fui procurar e começou ... aí fiz cateterismo, aí tem uma artéria com passagem reduzida, aí o procedimento é uma angioplastia, sabe? Aí faz a angioplastia, a angioplastia tem um risco de estenose, aí aconteceu, caí no risco (risos) Aí a minha cirurgia foi complicada essa primeira, viu, porque... Cheguei a ter uma área lesionada. Eu estava num hospital particular e o plano não cobria. Essa cirurgia é muito cara, muito cara, Na época, eu lembro que tinha que vender apartamento pra pagar”. (Fernando)

Nas condições de saúde em que se encontrava, Fernando sofreu ainda a tensão de assistir a tramitação de sua remoção para um hospital público, onde, finalmente, foi operado pela mesma equipe que o estava atendendo no hospital particular. Tendo pago um bom plano de saúde, por muito tempo, Fernando

considera que os hospitais públicos deveriam cobrar aos planos de saúde, pelo menos os custos dos procedimentos, para manutenção dos serviços.

Por ocasião do segundo infarto, ele foi novamente operado, mas foi tudo muito mais tranqüilo, ele já conhecia os sintomas e “o caminho das pedras”. Após o diagnóstico, foi operado em um hospital particular, conveniado com o serviço de saúde público, onde foi muito bem atendido.

Paulo, sentindo-se mal, procurou um médico que o encaminhou para uma avaliação, mas, durante o período em que fazia os exames, seu mal-estar foi se agravando, gradativamente, e ele foi hospitalizado.

“Começou com uma dor no braço, passou pro pescoço, depois passou pro peito e ficou insuportável. Uma dor insuportável, aquele negócio, aquela ânsia.... Eu estava sem seguro de saúde. Foi horrível. A pior experiência da minha vida, porque quando eu infartei eu estava lúcido, com muita dor, falta de ar .”(Paulo)

Ao sofrimento físico de Paulo se somou um grande sofrimento psicológico, pois, esperando vaga em um hospital especializado, da rede pública, ele passou um dia na emergência e cinco dias na UTI de um hospital conveniado pelo Serviço Único de Saúde, onde o atendimento, apesar dos esforços dos médicos e enfermeiros, era precário, por falta de medicação e condições adequadas de internação.

“No hospital, um tumulto, uma coisa de louco... A enfermeira botou os fios... Na primeira agulhada que deu no negócio ela falou: “Caramba, está infartadão, fica quietinho, nem se mexe!” Eu fiquei apavorado. Ela me botou na maca e levou pra emergência. Lá não tinham o gotejador pra botar a medicação, uma medicação que tem que entrar muito devagarzinho, porque se for demais mata, se for de menos não faz efeito. Aí eu: “Pelo amor de Deus, vê se vocês encontram essa aparelho aí, sou muito novo, vou morrer novo!” Foram até bacanas comigo, um saiu, foi procurar e acabou achando o aparelho e administrou o medicamento. Eu fiquei de um dia pro outro lá. Logo de cara entrou uma senhora infartada, morreu, entrou um baleado, morreu... Eu vendo, na minha frente”. (Paulo)

Paulo ainda sofreu muita angústia, aguardando sua transferência para o hospital, onde seria operado. Não foi poupado de ouvir os comentários sobre quem deveria ser transferido em primeiro lugar.

“Fiquei naquela agonia toda lá, porque você está ali e quer sair, não tinha vaga no hospital, eu fui transferido pra um outro hospital. Teve um médico que falou: “Olha, eu não vou mandar você pra lá, não.” “Eu: “Porque?” – “Ah, não, porque tem um caso mais grave aí.” Alguém falou comigo que esse cara não ia agüentar ser transferido, por isso que ele não mandou. Aí, no final, um rapaz que também estava infartado lá, novo, falou assim: “Não, vai, tem que pegar aquele outro que está lá, que é novo também...” A gente foi no carro do bombeiro. Acabaram me levando. Eu acho que por uma questão de vaga, não sei bem, ou de urgência, eles selecionam. Ali é terrível, porque parece que o cara está selecionando quem vai viver, quem vai morrer. É um negócio horrível!” (Paulo)

Seu relato emocionado demonstra a perversidade de nosso sistema de saúde de público e as dificuldades por que passam aqueles que a ele têm que recorrer. Observa-se que existe uma espécie de seleção, para a escolha daquele que será removido e atendido com maior presteza, o que pode significar morte para quem não é escolhido.

No entanto, apesar da precariedade das instalações e da falta de medicamentos, os profissionais, médicos e enfermeiros se desdobram para salvar vidas e procuram superar esses transtornos, com sua capacidade e dedicação. Dos participantes, nove foram operados em hospitais da rede pública e do ponto de vista da intervenção médica e assistência do pessoal de suporte, apenas tiveram elogios.

O que se percebe, porém, é uma falta de cuidado com respeito à situação psicológica do paciente, pois comentários contundentes são feitos sem a devida discrição. Por outro lado, as vicissitudes de outros doentes em estado grave e até a morte de alguns, são presenciadas pelo paciente, o que tende a abatê-lo, aumentando sua preocupação e angústia.

Guilherme, dois meses antes de sofrer o infarto do miocárdio havia feito um “check up” completo, cujo resultado indicou a ausência de qualquer problema de saúde. Estava acampado com a família em uma cidade no interior de Minas Gerais, quando começou a sentir-se mal.

“Eu tive infarto acampado, numa semana santa, num lugar alto à beça. Eu tava nessa tensão no trabalho e era o único homem do acampamento, armei o acampamento, transportei tudo, lugar difícil, etc e tal. Eu acho que eu tive uma fadiga que precipitou o infarto. Eu cheguei lá na quinta, tive o infarto no sábado. Eu sabia que estava tendo um infarto. Sabia. Foi quando começou... eu comecei a suar frio... Eu tava na beira da piscina, ia dar um mergulho, quando meu coração começou a doer e eu não mergulhei, sentei e aí comecei a suar frio e eu tava sozinho. Aí daí uns 3 minutos a minha mulher apareceu e eu estava suando frio, suando frio, suando frio. Eu falei: “Olha, eu estou tendo um infarto, eu estou tendo alguma coisa no coração, eu tenho que descer, tenho que ir embora daqui.” (Guilherme)

O lugar onde se encontravam era totalmente isolado e distava, cerca de uma hora e meia, do centro urbano mais próximo. O tempo decorrido no trajeto do acampamento até encontrarem socorro, foi de muita apreensão para Guilherme e a família.

“Eu tava mesmo tendo um infarto. Eu sabia, na hora: “A coisa é séria”....Ainda demorou, pegou as meninas, pegou algumas roupas e tal, aí descemos para uma cidade que fica há uma hora, uma hora e meia lá desse lugar. Fui atendido num hospital muito bom, sofri uma intervenção e coloquei um dispositivo que é uma mola, que vai por um cateter, eles fazem um cateterismo. É angioplastia, que eles falam, só que a angioplastia eles inflam um balão que alarga a veia. No meu caso eles inflam esse balão e deixam lá um tubo que assegura a passagem do sangue por essa coronária”. (Guilherme)

Guilherme pode perceber, imediatamente, a gravidade da situação e procurou atendimento com a maior urgência possível. Ele conta que, em determinado momento da viagem, as dores passaram e ele poderia não ter prosseguido a viagem, mas, o que o salvou foi ter buscado ajuda imediatamente. Felizmente, a cidade para onde foram, em busca de auxílio médico, é muito desenvolvida, tem bons médicos e hospitais e ele conseguiu se recuperar.

### 4.3.3 Repensando a existência

A proximidade da morte, os momentos cruciais vividos pelos participantes dessa pesquisa, foi um tempo em que puderam fazer uma reflexão sobre sua vida e reestruturar sua visão de mundo. Passado o perigo imediato, Nereu se sentiu muito agradecido por haver escapado com vida e pensou no que deveria mudar em seu comportamento.

“Aí eu me senti no lucro. Porque a expectativa de morrer durante o infarto, pelo que eu tinha consciência de que poderia acontecer comigo, eu achei que tivesse chegado o momento. Aí quando eu fui bem socorrido e vi uma luz se acender pra uma angioplastia, foi me passado como seria feito, quais as chances que eu teria, eu passei a me sentir obrigação até de colaborar, buscar e... viver uma vida diferente, mudar meus princípios, meus valores, repensar a minha vida.” (Nereu)

Um balanço de sua vida foi também o que fez Gilberto, quando, com o diagnóstico de infarto do miocárdio, aguardava a decisão dos médicos sobre os procedimentos que deveriam tomar, no seu caso.

“Ali, quando você fica sabendo de um quadro desse ali vem... passa um filme na tua cabeça, na realidade. Você deitado num leito, à noite, você ta ali.... você, quer dizer, eu chorei, eu... eu rezei muito, eu.. eu... me critiquei muito, me elogiei muito, tipo assim: tipo eu fiz uma auto-análise de tudo, onde eu estava errando, o que eu tinha que fazer, o que eu queria fazer, enfim, qual seria a minha. Então ali, deitado naquele leito, passou um filme da minha vida. Eu fiz um filme da minha vida que foi muito bom pra mim.” (Gilberto)

Na noite que antecedeu à sua cirurgia, por ocasião de seu primeiro infarto, Otávio pensou que talvez não saísse vivo da operação e fez também um retrospecto de sua vida.

“Então, foi uma noite muito difícil, preocupado, que você ia e não sabia se ia voltar. Vinham no pensamento os meus filhos, as coisas boas e más que eu fiz, o que eu fiz de mal, pedia perdão a Deus. Chegando de manhã quando vem aquele uniforme verde, você entrega a Deus, a gente vê a insignificância nossa, que a gente é muito pouquinho assim no mundo. Então sempre digo a todos, meus

amigos, companheiros, que das boas coisas da vida o momento bom que a gente leva, a honestidade, a sinceridade... Sem julgamento, que a gente não tem capacidade pra julgar ninguém. Então eu vivo bem com todas as pessoas, to sempre rindo...”.(Otávio)

Ele declara que não sentia medo, pois, o otimismo sempre fez parte de sua maneira de pensar, mas confessa que a proximidade de sua possível morte o fez procurar melhorar como ser humano.

Waldomiro se sentiu estigmatizado por sentir que as pessoas percebiam as limitações e seqüelas que o impedem de viver a vida da maneira como vivia antes do adoecimento. Ele se preocupa, principalmente, com a imagem que passa para os filhos.

“Eu... o meu comportamento mudou, fiquei mais reservado, limitado comigo mesmo. Eu ainda não me adaptei a essa nova forma de vida. Minha vida mudou. Eu não posso fazer as mesmas coisas que eu fazia antes. Eu não posso correr como eu corria. Pegar meu filho, e brincar com ele, correr, já não tem mais. Às vezes eu estou brincando com ele e peço pra ele parar um pouquinho, mas ele não entende. Até ele entender... ele vê que algumas coisas que a gente fazia mudou. E às vezes ele até pergunta: “Porque que não pode fazer isso?” Eu tenho que sentar com ele, tenho que explicar pra ele e tal.” (Waldomiro)

Roque também se sente estigmatizado e se revolta por conta de suas limitações. Seu tratamento é farmacológico, pois não teve condições de ser operado e, portanto, os cuidados que deve observar, a conselho médico, lhe impõem muitas restrições. Suas preocupações com o estigma de doente o incomodam muito, principalmente com respeito aos seus filhos, que também se sentem cerceados em suas atividades, em decorrência do estado de saúde do pai.

“Eu acho que eu sou muito revoltado, não posso viajar. Aí eu fico assim, restringido. Eu fico com medo, e se acontecer? Porque aqui eu já conheço tudo, né? Tem o hospital de Bonsucesso, o de Laranjeiras, o Salgado Filho, então eu já sei como me locomover, rapidinho. Tem o HCE que eles são obrigados a atender alguma coisa urgente, até chegar a ambulância pra levar pra outro hospital. Eu sei que tem, esses lugares tem, mas é longe, a locomoção... Meu negócio é de madrugada, porque isso acontece de madrugada. E eles (os filhos) ficam assim restritos, falam assim: “Puxa, a gente

estuda pra caramba e aí chegam as férias, a gente não pode fazer uma viagem... “ (Roque)

Um outro participante que se sentiu estigmatizado foi Roberto, que relata que os seus conhecidos e, principalmente, alguns de seus pacientes, não compreendiam como ele, esportista e médico cardiologista havia sofrido um infarto do miocárdio.

“As pessoas me conhecem muito, que eu dou muita aula e tudo... “Como ele infartou? Como? surfista?” Aquela coisa toda. Então era muito curioso, porque as pessoas viviam me perguntando; “E aí, o infarto? E aí, o infarto?” Como eu já sabia que isso aconteceria: “Eu infartei mesmo!” Me incomodava, às vezes, quando uma pessoa... Isso aconteceu, por exemplo, com um homem que eu fiz um exame na esposa dele – “Pois é, Roberto, puxa, você curou minha mulher, o pessoal falou que você infartou, vê se um infartado ia curar minha mulher!” “Pois é, não é, rapaz, esse pessoal fala muito, né? Esse pessoal fala demais.”. “Pois é, ela está tão bem aí”. “Pois é, não dá bola, não.” (Roberto)

O estereótipo do médico, que salva as pessoas, possui poder sobre a morte, foi desmistificado para ele e para as pessoas que o cercavam. Ele próprio não acreditava que poderia ter um infarto, já que os fatores de risco que considerava importantes encontravam-se, em relação a ele, perfeitamente controlados. Mas com o adoecimento e a reflexão posterior, teve que reconhecer o lado frágil de sua humanidade.

Tendo sofrido dois infartos, Fernando foi submetido a uma angioplastia, na primeira ocasião e uma cirurgia, quando teve a recaída, anos depois, mas declara não ter ficado com seqüelas físicas ou psicológicas.

“Eu já li vários casos e soube de vários casos, tem muita gente que entra em depressão e fica até com problema sexual, eu graças a Deus não tive nenhum problema desse. Não fiquei assustado, nenhuma das duas vezes. A primeira eu não tive tempo de ficar assustado. Quer dizer, podia ter ficado antes quando fiz a angioplastia, mas na primeira cirurgia, já entrei sedado. A segunda foi marcada, foi programada, eu já sabia de antemão. Não fiquei nem um pouco apreensivo, não. Inclusive já tinha até sonhado com ela porque já tinha sintomas, já conhecia os sintomas. Partir desse

mundo é muito natural, ele é passageiro. É, no meu ponto de vista é assim.” (Fernando)

O depoimento de Fernando mostra sua tranquilidade e o relato de sua experiência denota confiança em sua recuperação e em seus médicos. Esses sentimentos também podem ser atribuídos à sua religião, cuja filosofia é determinista e considera haver outras vidas depois da morte.

Paulo conta que sentiu muito medo de sofrer, medo de morrer, durante o período em que esteve hospitalizado. Com o tempo, foi racionalizando e perdendo esse receio.

“Quando falam pra você que você vai operar o coração, é complicado. Você sabe que... parou, morreu, não tem jeito e você tem uma consciência da morte mais diretamente do que tinha. Depois, eu entreguei na mão de Deus. Tudo tem uma hora, não é? Esse meu receio, que é comum a qualquer ser humano, já foi abrandado por essa maneira de ver a vida. Não adianta você querer esperar, chorar, gritar, porque se estiver escrito, se Deus te pedir naquela noite, naquele dia, isso vai acontecer, conseqüentemente.”(Paulo)

A visão determinista e a fé foram as crenças que o ajudaram a superar a angustia que sentiu ao ver a morte de perto. Foram as orações, segundo ele, que o fizeram acreditar que seu momento ainda não havia chegado.

Guilherme se sentia ainda muito mal, por ocasião da entrevista, por ter muito presente a lembrança do que sofreu no momento em que foi submetido à angioplastia. Descreve a angustia por que passou, enfaticamente.

“Quando você tem um infarto, você faz um cateterismo, que é uma coisa super estranha... O cara enfia um cateter no seu braço, e esse cateter entra dentro do seu coração, você sente ele esbarrar nas paredes do seu coração. Tem um instrumento que ele move lá dentro pra mudar de câmara, de válvula, olhar a parede daqui, olhar a parede dali. E você sente o negócio dentro do seu coração. Acho que eu tomei assim, concretamente, uma idéia de morte, entendeu? Isso me veio muito fortemente. Dizer que: “Porra, eu vou morrer mesmo um dia”. Isso pra mim foi o mais... Eu sabia que não ia morrer naquela hora, mas o processo... é que aí você percebe que morrer é muito fácil!” (Guilherme)

É a consciência de sua finitude que leva o homem a elaborar um novo projeto de vida, pensar em mudanças, procurar imaginar transformações que lhes melhorem a qualidade de vida. Nos participantes dessa pesquisa, houve essa reflexão, porém, nem sempre foi possível efetivar as desejadas propostas, que fizeram a eles mesmos.

#### **4.3.4 A ruptura biográfica**

Os homens, participantes dessa pesquisa sofreram um grande impacto psicológico, por ocasião de seu adoecimento, ao se verem diante da morte iminente. Essa situação extrema os levou a uma reflexão sobre sua vida que lhes trouxe a certeza de que teriam que fazer algumas mudanças em suas vidas. Sua visão de mundo mudou. Alguns ficaram com seqüelas que lhes reduziram algumas aptidões e exigiram transformações mais radicais. Outros, embora sabendo que deveriam fazer grandes mudanças, não o fizeram por força das circunstâncias.

Além, da mudança de alimentação, da busca de fazer algum exercício, caminhando diariamente, Paulo moderou sua vida laborativa. Aposentado, complementa sua renda com algumas vendas, trabalhando apenas algumas horas por dia.

“Eu agora talvez tenha ficado um pouco mais sensível. Minha sensibilidade aumentou, eu percebo mais as coisas. Antes eu não percebia. Hoje em dia eu procuro viver minha vida, fazer aquilo que eu acho que Deus quer que eu faça e isso está me dando uma felicidade enorme. Tem dias até que eu esqueço que eu sou cardíaco (risos).” (Paulo)

Em outro relato, Paulo conta que teve uma “iluminação” após o infarto, que o levou a aprofundar-se na fé. Católico, tornou-se muito atuante nas pastorais da Igreja e acredita que foi para essa missão que Deus o preservou.

Quer voltar a estudar para se formar em algo que possa reverter em benefício do próximo e, como a doença despertou nele o misticismo, não descarta a possibilidade de buscar um curso de Teologia. Seu lazer, hoje, por conta das restrições econômicas pelas quais está passando, é encontrado nas reuniões sociais da Igreja. Algumas vezes, vai à praia, com a família.

“Nosso lazer foi reduzido quase a zero. Nossas horas de lazer em conjunto se resumem quando a gente vai fazer um passeio, vai à praia, a gente também não fica tanto tempo assim... Às vezes calha da gente ir à casa de um amigo, um parente, ou aqui na paróquia, que é o que tem mais centralizado. Aqui tem muitos eventos sociais, tem almoços, tem saídas, tem encontro...”(Paulo)

O medo de morrer e de deixar sua mulher e seu filho, foram para Gustavo, muito fortes, principalmente por ocasião do primeiro infarto e ele gostaria de mudar sua maneira de agir, sua urgência em fazer as coisas, mas, apesar de ter isso em sua consciência, ainda não conseguiu tornar-se mais calmo.

"A minha vida foi sempre muito agitada. Eu sempre quis andar na frente da carruagem, sempre, não tem jeito. Fazer o negócio mais rápido possível. Se posso fazer amanhã eu já quero começar a fazer agora, eu não gosto de deixar nada pra amanhã. Então isso aí me perturba muito, entendeu? Eu quero adiantar minhas coisas, eu quero correr pra fazer aquilo ali agora. Eu posso fazer amanhã mas eu tenho que fazer hoje, nunca deixar o negócio pela metade, ou eu faço um negócio bem, ou então não faço.”(Gustavo)

A morte do filho único, que antecedeu ao seu segundo infarto e lhe trouxe muito desgosto, o fez procurar no trabalho um lenitivo. Trabalhando como taxista, ele ainda emprega parte de seu tempo livre construindo objetos de madeira, em uma pequena marcenaria, montada em sua casa. Faz parte de um programa de reabilitação, mas fora esse tempo para si, seu lazer se resume a uma “praiazinha” e passeios na rua, para “ver as modas”, quando consegue uma folga.

Assim como Gustavo, a maioria dos participantes da pesquisa continuava a trabalhar depois da recuperação, com exceção de Roque que se

aposentou em situação que considera muito satisfatória e cujas limitações o impedem de exercer a profissão que abraçava.

Waldomiro, retomou o emprego após a licença, trabalhando, mesmo aos sábados, até às onze horas da manhã. Tem dificuldades com o chefe, que o impede até de se inscrever em um programa de reabilitação, pois não lhe flexibiliza o horário. Ao chegar em casa, muitas vezes, na época da entrevista, ainda ajudava na obra que estava sendo feita em sua casa. Disse que, de vez em quando, vai à casa de um amigo, quando há alguma festividade.

“Bom, o lazer agora pra mim é procurar ler e procurando mais me preocupar com leituras do meu lado da saúde, né e também o lado espiritual. Quero um pouco de religião, buscar um pouco disso pra mim, também. É uma coisa que eu não tinha muito. Mas sempre tem um aspecto: um aniversário eu vou, às vezes tem uma pessoa, uma amiga, assim, vamos ao cinema... Depois de 20 e poucos anos... depois de tanto tempo que eu estive casado, nem um cinema. Agora fui ver Carandiru e outro filme.” (Waldomiro)

Apegado ao posto que conquistou a duras penas, com muito esforço e dificuldade para fazer os cursos técnicos que completou, tendo muitas dívidas para pagar, Waldomiro continua sacrificando sua qualidade de vida, pouco mudando as condições que o levaram ao adoecimento, a não ser o fato de ter se separado da mulher, com a qual convivia pessimamente. Tem recebido grande apoio de sua mãe e suas irmãs, porém, o afastamento dos filhos, decorrente da separação, o magoa muito e é motivo de muita preocupação.

Nereu, assim como Waldomiro, quase nada mudou em sua vida, a não ser a alimentação e o abandono do tabagismo. Trabalha muitas horas por dia, em um táxi, para poder pagar sua aposentadoria, fazer face às suas despesas e contribuir para a manutenção de sua mãe. Interrompeu seu curso superior, quando ainda se encontrava trabalhando na empresa que o despediu, depois de vinte anos de trabalho, por incompatibilidade de horário. Hoje, não consegue reingressar por

não poder pagar a mensalidade, mesmo que dispusesse de horário para cursá-lo. A situação financeira que vive, segundo ele, o impede também de ter um filho. Casado há seis anos, havia sempre postergado esse projeto e considera que, agora, não lhe é mais possível realizar o projeto de paternidade.

“Hoje pago INSS como autônomo, continuei pagando no teto máximo, visando uma aposentadoria mais digna. Não tenho um plano de saúde e não tem condição de eu pagar uma faculdade hoje. O sistema não permite que eu fature o suficiente pra dar suporte à minha família, constituir e crescer a minha família, porque enquanto eu me preocupar e tiver a consciência da necessidade que a minha mãe tem que eu a ajude eu fico eh... consciente de que eu não posso crescer a minha família. Eu me privo do direito até da paternidade.”  
(Nereu)

Quando trabalhava na empresa, Nereu conta que tinha seus momentos de lazer, apesar de trabalhar muitas horas. Possuía um sítio, para onde viajava durante os fins de semana e praticava esportes no departamento de esportes da própria firma.

“Eu era atleta da empresa, eu competia. Tinha um programa de honra ao mérito à condição física. Eu participava do programa até 98. E atribuo parte da minha vida sedentária a essa paralisação. Minha profissão mudou, minha vida mudou, eu parei de praticar esportes. (pausa) Cadê o meu tempo? Cadê o meu tempo pra sobreviver? Não tem como retalhar, são despesas que não tem como correr delas. A sobrevivência, o remédio, a ajuda de custo à minha mãe, o meu aluguel, são coisas que não tem como, não tem como tirar, não tem... É despesa fixa que eu tenho um determinado número de horas pra trabalhar pra poder suprir. Sinto a necessidade do lazer, mas fico impossibilitado por... pela necessidade de sobrevivência. (Nereu)

Em seu depoimento percebe-se muita mágoa e revolta por não conseguir ter a qualidade de vida que considera ideal para que possa alcançar sua completa recuperação. Declara que o horário que emprega em seu programa de reabilitação, lhe reduz os ganhos, o que representa para ele um grande sacrifício.

A vida de Roberto teve mudança significativa depois do infarto. Embora continue a trabalhar muito, ele confessa que agora não está mais tão preocupado com o retorno financeiro, mas com a satisfação que lhe traz o trabalho. Os filhos já

adultos e encaminhados, ele conseguiu estabelecer limites mais saudáveis no relacionamento com a ex-mulher.

“Eu trabalho muito, mas eu trabalho muito, não pra ganhar dinheiro, é porque a minha especialidade é isso. Eu não tenho hora, a minha especialidade, quando eu entro pra fazer um exame, são 4 exames. Um exame pode durar de 1 hora a 4 horas, eu não tenho hora. Então eu não trabalho muito pra ganhar dinheiro. Eu trabalho muito porque esse é o meu trabalho.” (Roberto)

Por ocasião de seu segundo casamento, Roberto mudou-se para um lugar mais tranquilo, mora numa casa com muito verde e se diz muito mais sereno e feliz.

“Hoje... o meu lazer é a serra. Ela me levou pro ninho dela. Essa é que é a verdade. O meu círculo de amizades hoje é fantástico, por causa dela. São pessoas de lá, pessoas mais tranquilas, mais calmas, pessoas com um estilo de vida diferente. Tem advogado... tem tudo.... mas são pessoas muito mais fáceis de relacionamento. Eu acho que melhorou 500% atualmente.” (Roberto)

Gilberto considera que sua vida melhorou em alguns aspectos porque a doença “abriu sua cabeça”. Ele se sente mais interiorizado e mais livre para se divertir e aproveitar melhor a vida.

“Eu poderia ter apagado, poderia não estar aqui mais e a gente vê que a vida, num piscar de olhos, de repente, não faz parte mais dela. Com isso, lembrei um pouco: “Gilberto, você tem que pensar um pouco mais em você, enquanto aqui estiver você tem que tentar usufruir disso.” Achei um espaço pra mim. Isso representa muito. Às vezes tirar uma ou duas horas pra mim, que eu não conseguia fazer nem isso, hoje pra mim é essencial, é humanitário, é.... fundamental. É como o ar que eu respiro. Quero ir a um cinema, vou, quero ir a um teatro vou, to namorando, vou à praia...” (Gilberto)

No entanto, sua situação de trabalho não lhe parece satisfatória e por isso ele arquiteta planos para, no futuro, melhorar seus ganhos e poder ficar mais tranquilo.

”Estou com uma situação financeira difícil, aqui não se ganha muito, não se paga bem, mas eu estou tentado, vou tentar agora concurso público. Acho que é o meu caminho, tentar um serviço público porque a minha idade não permite... Eu vejo hoje como uma saída,

pra que eu tenha um caminho mais tranquilo, é tentar um concurso público.” (Gilberto)

Hoje, ele se sente muito mais equilibrado emocionalmente e considera como vitória ter desenvolvido a virtude da paciência. Não é mais a pessoa tensa e estressada que era anteriormente.

“Eu sempre fui muito tenso, eu sempre fui muito estressado, mas hoje, não, eu já penso com mais calma nas minhas atitudes. Saber esperar, saber entender, ter essa visão da espera, cortar um pouco a ansiedade. Então me sinto hoje um cara bem mais educado comigo mesmo, digamos assim, eu me eduquei, fiz uma reciclagem do que era o G. antes e do que é o G. hoje. Então isso pra mim foi muito importante. Estou me sentindo bem.” (Gilberto)

Trabalhando em horário integral, Fernando ainda consegue ter outras atividades. Aos sábados de manhã, ajuda na loja que ainda possui e cuja administração ficou com seu sócio. Faz um curso de língua estrangeira e um curso de atualização no âmbito de sua atuação. A conselho médico, pratica exercícios na academia de seu condomínio, faz caminhadas, quando possível e exercícios de bicicleta ergométrica, em sua casa, à noite. Ele conta que seus momentos de lazer são nos fins de semana.

“A gente trabalha muito, a hora de lazer é pouca. Cinema a gente vai toda a semana, teatro quando podia ia mais vezes, hoje nem tanto. Preço do teatro é muito caro, eu acho. Não discuto o que o artista quer ganhar, mas o preço pra mim hoje está caro. Encontro com meus amigos às vezes às sextas feiras, com a minha mulher. De resto a gente é muito caseiro. Ah, a gente lê muito, leitura, um cedezinho que a gente escuta, música popular, vê filme DVD, basicamente isso. (Fernando)

Fernando gosta muito de ler e considera seus momentos de leitura como um lazer muito gratificante. Essa avaliação não se prende apenas aos livros de ficção, mas aos livros técnicos que lê com muito prazer.

“Eu gosto de ler livros de administração. Estou fazendo um curso de logística, então eu tenho livros de marketing. Eu leio como lazer, porque quando você gosta... Tem vários casos de marketing, aí você fica lendo aquilo, as estratégias que o cara usou, eu acho aquilo

interessante. Eu não estou lendo obrigado. Li outros, como O Mundo de Sofia, que eu tenho até que terminar de ler.” (Fernando)

Otávio considera que perdeu boas oportunidades de emprego por conta de suas limitações. Foi aprovado para vendedor de uma multinacional, mas não tinha condições de cumprir as metas previstas e os horários, muito rígidos, iriam afastá-lo do trabalho de reabilitação, no qual se sente satisfeito. Então, ele trabalha muito, mas como autônomo, sem horários definidos.

“Eu não posso pegar sol muito quente, quando chega duas horas eu já não estou agüentando mais. Eu já entreguei essa minha pasta. Então eu faço hoje vendas de carvão, água mineral e guaraná para empresas, sendo que juridicamente eu não tenho nada assinado com eles. É um contrato verbal e que dá pra eu tirar uns trocadinhos, mas eu não tenho horário de pegar, de largar. Já tenho os clientinhos, certinhos, a maioria na favela, 90%. Água mineral e guaraná, eu trabalho mais com mercado, já o carvão é mais com birosquinhas pequenas.” (Otávio)

Na vida de Otávio o lazer encontra pequeno espaço. Ao chegar do trabalho quase sempre ele tem que cuidar da esposa inválida, pois a acompanhante dela não permanece depois das dezessete horas. O mesmo ocorre aos sábados e domingos, quando não há ninguém, senão ele, para tomar conta da doente. Mas ele, apesar de tudo, alegre e otimista, encontra tempo para participar de uma Escola de Samba.

“Eu fiquei mais ou menos numa vida estabilizada, sem grandes aventuras, sem passeios, viagens, me dedicando mais ao trabalho e a ela. Na Escola de Samba, eu me encontrei. Eu sempre gostei de instrumento de marcação, que já no colégio que eu estudava tinha banda e eu tocava. E eu me encontrei com meu bumbo e estou lá até hoje... Faço parte da Bateria. Os ensaios são duas vezes por semana. É o que eu mais gosto. Não sou assim muito de visitar parente...Eu quero alegria, quero...” (Otávio)

Ele só lamenta ter trabalhado por conta própria, pois, por conta das adversidades financeiras pelas quais passou, não conseguiu pagar regularmente sua aposentadoria, que só terá direito a receber quando completar idade limite e, assim mesmo, proporcional ao tempo em que contribuiu.

Guilherme sempre trabalhou muito, em determinados momentos, exercendo duas ou mais atividades e por isso o lazer era restrito em seu dia-a-dia, mas conseguia tirar férias e sempre gostou de viajar nessas ocasiões. Programava excursões para praticar esportes, muitas vezes sozinho e outras, acompanhado pela esposa. Depois da experiência do infarto, houve mudanças significativas para ele.

“Me deu uma vontade de viver danada. Acho que eu vivo muito mais intensamente a vida hoje do que antes. A minha maneira de ver a vida, eu acho que hoje eu sou uma pessoa mais relaxada também.”  
(Guilherme)

Trabalhando na área cultural, Guilherme lê muito para poder elaborar seus projetos. Em suas horas vagas gosta de se dedicar à pesquisa histórica, seu “hobby” predileto.

“Eu leio, jornal, revista, Internet, agora eu ando até lendo muito e escrevendo muito também. Então hoje eu me dedico a ficar formulando projetos culturais, não tenho mais tempo pra ler uma leitura de prazer, de parar, de sentar e poder ler um livro.... Só as pesquisas históricas... aí eu leio muito. Eu compro sempre.... vou a sebos, procuro livros especiais, livros específicos.” (Guilherme)

Atualmente dedica seus fins de semana ao lazer com a família e suas filhas escolhem os programas. Faz caminhadas freqüentes e anda de bicicleta quase todos os dias, para exercitar-se, a conselho médico. Gosta de cinema, teatro e música, mas para ele essas diversões fazem parte de seu trabalho.

“Antes eu ia a cinema ia a teatro, ia a espetáculos de música, depois que eu vim pro centro cultural passei a ir mais e aí já não é lazer, porque eu tenho que acompanhar o mercado cultural, tenho que ver o que está acontecendo. As coisas que pras outras pessoas são lazer hoje pra mim não é muito lazer. Assistir um espetáculo de teatro hoje, eu sento e aí fico vendo como produtor cultural, não vejo mais como espectador. Então nem sempre é... na maioria das vezes não é bom (risos).”(Guilherme)

Roque não trabalha mais, desde que se aposentou. Na época em que trabalhava, gostava de apreciar o futebol, que acontecia quando havia festinhas na

empresa. Saia em suas folgas com os filhos e a mulher, iam a parques e ao cinema.

Ainda hoje, Roque só gosta de sair com a família.

“Eu tenho mais tempo, mas só saio com eles.... Porque meu filho estuda de manhã, minha filha estuda de tarde, então pra sair com um e sair com outro, só sábado e domingo. Sábado e domingo a gente vai mais pra casa da minha mãe, e a gente fica o dia todo lá, tem minhas sobrinhas eles fica lá, armam pra ir todo mundo junto, os sobrinhos todos, né. Que eu não esquento muito de sair não, minha esposa também não. Ela só fica mais agarrada comigo, então eles vão pro cinema. Sábado e domingo eles vão pra cinema, mais pra cinema.” (Roque)

Esse carinho e apoio da mulher e dos filhos, que se percebe no depoimento de Roque, são de extrema importância para ele. Ele se sente amado e por isso tem muita vontade de viver.

Carinho e atenção da família e dos amigos, também foram apontados por todos os outros depoentes, que conseguiram superar os momentos difíceis que viveram, em grande parte graças aos cuidados médicos, mas também, devido ao suporte social que experimentaram.

#### **4.3.5 E a vida continua**

Os relatos dos participantes demonstram influência dos fatores psicossociais em seu adoecimento. Como se pode observar na análise, todos eles estavam vivendo momentos muito difíceis em suas vidas, na ocasião em que sofreram o infarto do miocárdio.

Homens dedicados ao trabalho, colocavam sua vida laborativa em primeiro lugar, relegando a um segundo plano seu lazer e sua saúde. O risco de adoecimento para eles se resumia a sintomas físicos e não levavam em conta que o excesso de trabalho e as preocupações poderiam causar-lhes sérios danos. Isso

poderia ser atribuído à falta de informações que detinham sobre a importância dos fatores psicossociais no processo do adoecimento. Em geral a divulgação da prevenção de doenças cardiovasculares dá mais ênfase a fatores de risco como alimentação inadequada, aumento de peso corporal, vida sedentária, pressão alta e tabagismo.

Mas, ainda que informados sobre os riscos que corriam, a situação psicossocial que viviam, não lhes permitiria mudanças significativas em sua maneira de viver, pois estavam inseridos num momento particularmente difícil de nosso país, no qual a classe média sofreu grave empobrecimento. O desemprego, a ameaça de desemprego, a queda abrupta da renda, a instabilidade econômica, foram fatores presentes na história de vida desses homens.

O sofrimento físico e psíquico por que passaram os levaram a repensar suas vidas e planejar uma série de mudanças. Foram orientados a mudar sua dieta, praticar exercícios físicos, declinar da bebida e dos cigarros. Todos obedeceram às indicações sobre dieta e abstenção de álcool e de fumo, nos casos em que, anteriormente, faziam uso dessas drogas. Porém, três participantes declararam não praticar exercícios físicos, sendo que um, por dificuldades na sua recuperação e dois, por não conseguirem tempo, por conta de seu horário de trabalho.

Continuam a trabalhar muito, com exceção de um, que se aposentou por não conseguir uma recuperação que o permita exercer a antiga profissão. Este, apesar de satisfeito com os proventos que recebe, lamenta as limitações que o obrigam a restringir todas as suas atividades.

Com respeito ao lazer, três dos entrevistados, que possuem uma boa situação econômica, alegaram usufruir bons momentos de descanso, nos fins de semana, quando não estão trabalhando, sendo que, um deles, mudou-se para a

serra, mas trabalha no Rio de Janeiro. Dois declararam que, para eles, a leitura direcionada ao conhecimento, constitui-se lazer. Um participante tem seu lazer restrito pelas condições de saúde precárias que lhe resultaram das seqüelas da doença. Os demais, premidos por dificuldades financeiras, restringiram seus momentos de lazer a passeios de fim de semana com a família, indo à praia, shopping ou à casa de parentes.

Verifica-se que, os homens aqui analisados, mesmo após o infarto, ainda não puderam realizar todas as mudanças desejáveis em sua qualidade de vida.



Fig. 12 – “A Separação” (1896) de Edvard Munch (Nager, 1993)  
*Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.*

## 5. CONCLUINDO

Nessa pesquisa entrevistei dez homens que sofreram infarto do miocárdio na faixa etária de 38 a 49 anos. Suas idades, na época da entrevista, situavam-se entre os 41 e os 60 anos, sendo o único que contava 60 anos, havia tido o primeiro infarto aos 49 e uma recidiva aos 57 anos.

Analisando sua infância, vivida pela maioria na década de 60 e 70, pude verificar que houve muita semelhança na forma como foram educados. Cresceram sob regras e valores tradicionais, no que diz respeito ao papel masculino, tanto no âmbito familiar quanto no espaço social em que se encontravam inseridos. Essas normas conservadoras os modelaram em direção a um tipo de masculinidade hegemônica em nossa cultura, naquela época, que definia a formação de um menino em posição diametralmente oposta a das meninas.

De fato, as exigências e o rigor dos pais eram maiores em relação aos filhos do que às filhas. Os meninos eram estimulados a serem fortes, destemidos, competitivos, desde muito pequenos. Seus brinquedos, mesmo aqueles, aparentemente, mais inocentes, tinham sempre conotação de disputa e as brigas eram aceitas como normais, não sendo toleradas reclamações e fraquezas.

Essa preparação rigorosa e competitiva visava coibir manifestações emocionais que pudessem denotar covardia ou, até mesmo, tendências homossexuais, além de instrumentá-los para vencer as vicissitudes que se apresentassem em sua vida, utilizando esses mesmos instrumentos aprendidos nas brigas e jogos competitivos.

Para serem aceitos como homens, tiveram que aprender comportamentos que os levassem a ser respeitados como fortes, vencedores, não se deixando subjugar, não se submetendo a ofensas, não tendo medo de violências físicas. Fugindo a esses padrões, seriam humilhados, mal vistos, considerados covardes, incompetentes, frágeis e medrosos, despertando dúvidas sobre sua capacidade de exercer sua masculinidade.

Para ser afirmada, essa masculinidade também dependia do exercício, o mais precoce possível, da sexualidade. Realizar a sua primeira experiência heterossexual e divulgá-la era condição precípua para serem considerados como homens, por si mesmos e pela sociedade.

Percebe-se a influência dessa socialização em suas vidas, pois os padrões aprendidos, sublimados, se tornam o motor propulsor de sua busca por ascensão econômica e social através do trabalho, ao qual se dedicaram desde cedo, priorizando-o e relegando ao segundo plano a saúde física e psíquica. A posição de seus pais, como provedores, lhes serviu de modelo, para que se imbuíssem da idéia de que o homem tem como obrigação propiciar conforto e segurança a sua família. Todos os entrevistados assumiram essa responsabilidade, mesmo quando suas esposas exerciam suas profissões.

A crise que vivemos em nosso país, desde o final da década de 80, trouxe mudanças significativas na vida desses entrevistados. Vários fatores abalaram o mercado de trabalho: a informatização acelerada, a globalização, as constantes reviravoltas por conta de diferentes planos econômicos, que trouxeram estagnação à economia e conseqüentemente, redução na oferta de empregos.

Essa situação sócio-econômica do país, teve graves repercussões na vida dos participantes. Alguns perderam seus empregos, outros sofreram grandes

dificuldades em seus negócios próprios, os que mantiveram seus empregos tiveram que redobrar esforços para garantir seus postos. As pressões que experimentaram, vendo ameaçados ou mesmo cortados os projetos que haviam construído, com sacrifício, durante suas vidas, provocaram-lhes sentimentos de perda de controle e frustração, dando origem a um estresse, que foi se agravando cada vez mais. As dificuldades e eventos tomados como fracassos em sua vida laborativa trouxeram para eles sentimentos de desamparo e menos valia.

Sua qualidade de vida se deteriorando, seus momentos de lazer se restringindo cada vez mais, as preocupações e ansiedades aumentando, as emoções reprimidas e o estresse constante, conduziram-nos à deterioração de sua saúde e à eclosão do infarto do miocárdio, que produziu um verdadeiro divisor em seu projeto de vida.

Esse processo pode ser observado, mesmo nos dois casos nos quais a situação estressante se deu por conta das relações familiares, pois, se tratava de homens que também tinham o trabalho como primordial em suas vidas. Sofriam pressões no trabalho, trabalhavam excessivamente, seu lazer se restringia aos fins de semana com os filhos, quando não estavam trabalhando. Decorre, então, que o problema familiar foi um agravante para o adoecimento.

Na análise do depoimento dos participantes, verifica-se, portanto, a influência dos fatores psicossociais no adoecimento. Todos estavam vivenciando, por ocasião do infarto do miocárdio, momentos muito difíceis, situações que não conseguiam mudar. Isso se reafirma no fato de três participantes terem tido recidiva da doença, em outras situações igualmente estressantes.

O momento do infarto foi importante em suas vidas e é relatado com emoção. O medo da morte, a possibilidade de não acompanhar mais os filhos, de

não ver mais a esposa e outros parentes, esteve presente e os obrigou a uma reflexão sobre a vida. Essa reflexão trouxe-lhes propostas de mudanças, que nem todos conseguiram executar, na prática. Mudaram sua alimentação, declinaram de hábitos considerados de risco, como o cigarro e álcool, mas com exceção de um, que se aposentou, todos continuaram trabalhando muito e com pouco tempo para o lazer.

Os fatores de risco ligados ao biológico são muito mais valorizados do que os fatores psicossociais do adoecimento. Estes, só há algum tempo têm sido citados na literatura médica e se têm destacado, principalmente, nos estudos da medicina psicossomática. Há, hoje, em alguns setores das entidades de saúde, uma preocupação em se propagar uma visão que integre o homem como ser bio-psico-social, e, mais além, compreender que nele se encontram inter-relacionados seus aspectos físico, biológico e social. A doença, quando acontece, é um produto dessas três dimensões, que interagem mutuamente. As informações de que dispomos a partir dos dados epidemiológicos têm sido valiosas para que fossem determinados os vários fatores de risco, mas a divulgação da prevenção ainda dá pouca evidência aos fatores psicossociais, com é percebido nos depoimentos dos participantes.

Para os homens que entrevistamos, eram os riscos físicos do adoecimento que assumiam maior importância e isso se faz relevante no depoimento do médico entrevistado, que afirma sua surpresa por julgar não ter nenhum fator de risco para infarto do miocárdio, desconsiderando, claramente, as questões psicossociais que o afetavam.

Os fatores psicossociais podem ser predisponentes para o infarto do miocárdio, podem estar na sua gênese, podem facilitar ou dificultar a recuperação e

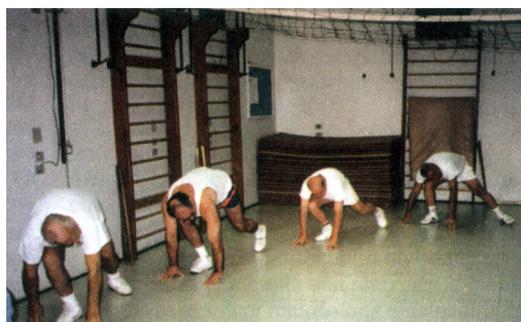
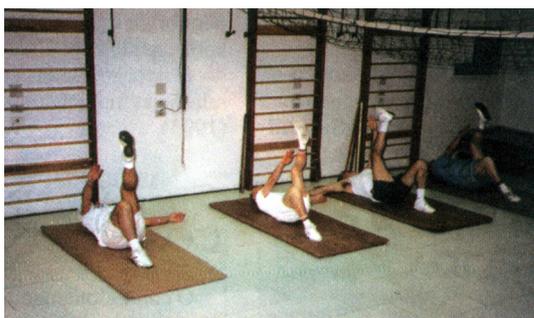
podem aparecer por conta do adoecimento. Daí a necessidade de levá-los em consideração, quer na prevenção ou no decurso da doença.

Os homens desse grupo vivenciavam problemas psicossociais difíceis de serem eliminados e que, para a maioria deles, continuam a estar presentes em suas vidas. Certamente teriam enfrentado melhor suas dificuldades se, conscientes dos danos que um estresse prolongado causa em sua saúde, pudessem procurar uma ajuda psicoterapêutica.

O diagnóstico preventivo deve incluir, não apenas remédios e regimes, mas orientação sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida, reservar algum tempo diário para o lazer e a possibilidade de buscar atendimento por um profissional de saúde mental, psiquiatra ou psicólogo.

Seria desejável que o atendimento psicológico nos hospitais públicos fosse ampliado, de modo que houvesse muitas possibilidades de atendimento, quer individual, quer em grupos. Sabemos da importância do Psicólogo no Hospital, no atendimento aos internados e, em alguns hospitais os grupos terapêuticos que funcionam com grande êxito. Porém, há necessidade de que se instituem clínicas, para atendimento da população em geral, na rede pública. Sendo esse atendimento divulgado e acessível, a pessoa que se encontrasse em situações psicossociais estressantes teria possibilidade de melhor administrar as inevitáveis crises por que tenha que passar e processar a identificação de caminhos para sua superação.

Não obstante, os inúmeros progressos verificados na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, é importante se pensar na possibilidade de criar novas e mais eficazes intervenções preventivas, que transcendam a visão cartesiana segmentada e alienada do ser humano.



Figs. 13, 14, 15 e 16 – Pacientes em reabilitação cardíaca, fazendo vários tipos de exercícios  
*Fonte: PORTO, Celso Celeno, 1998.*

**Tabela 1**  
**PERFIL DOS PARTICIPANTES**

Pseudo-nimos	Naturalidade	Profissão do pai/mãe	Número de irmãos (total)	Religião	Formação	Profissão	Atividade Atual	Idade entr.	Idade 1º. Infarto	Idade 2º. Infarto	Estado civil	Profissão Esposa	Filhos
Fernando	Rio de Janeiro - RJ	Comerciante/Do lar	1 mulher (falecida) (2)	Kardecista	3º. grau	Engenheiro	Engenheiro	54	41	49	Casado	Jornalista	3 filhas 1 falec.(3)
Gilberto	Rio de Janeiro - RJ	Func.Publ./Do lar	1 mulher (gêmea) (2)	Católico (n/praticante)	3º. grau	Adm. Empres.	Administrador	45	44	-----	Divorc.	Aux. escr. (pós-sep.)	1 filho (1)
Guilherme	Minas Gerais (int.)	Comerciante/Do lar	3 mulheres 4 homens (8)	Católico (n/praticante)	3º. grau incompl.	Produtor Cultural	Produtor Cultural	48	48		Casado	Bancária	2 filhas (3)
Gustavo	Rio de Janeiro - RJ	Comerciante/Do lar	2 mulheres 1 homem (4)	Católico	1º. grau	Vendedor	Taxista	52	49	52	Casado	Técnica Contábil	1 filho falec. (1)
Nereu	Rio de Janeiro - RJ	Cabeleireiro/Do lar	1 mulher 1 homem (3)	Católico (n/praticante)	2º. grau	Técnico Elettronica	Taxista	46	46	-----	Casado	Doméstica	S/filhos (0)
Otávio	Rio de Janeiro - RJ	Taifeiro/Do lar	6 mulheres 6 homens(13)	Católico (n/praticante)	2º. grau incompl.	Comerciante	Vendedor	60	49	57	Casado	Doente acamada	1 filho 1 filha (2)
Paulo	Rio de Janeiro - RJ	Engenheiro/Do lar	3 mulheres 2 homens (6)	Católico	2º. grau	Bancário	Vendedor	41	40	-----	Casado	Do lar	2 filhas 1 filho (3)
Roberto	Rio de Janeiro - RJ	Militar/Do lar	3 mulheres 4 homens (8)	Kardecista	3º. grau	Médico	Cardiologista	45	40	-----	Casado 2º. cas.	Psicóloga	2 filhas 1 filho (3)
Roque	Rio de Janeiro - RJ	Doméstica	1 mulher 1 homem (3)	Católico	2º. grau	Vigilante	Aposentado	43	38		Casado	Costureira	1 filha 1 filho (2)
Waldomiro	Rio de Janeiro - RJ	Mestre obras/corret.imóveis	2 mulheres (3)	Kardecista e Umbandista	3º. grau incompl.	Administrador	Administrador	43	42		Divorc.	Agente Administr.	1 filha 1 filho (2)

## REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (2001) **Sociologia da Doença e da Medicina**. São Paulo, Bauru: EDUSC.

BARBOSA, Sergio Flavio (1998). Experiência de intervenções com homens: para além de abrir vidros de Azeitonas. . In: ARRILA, Margareth; RIDENTE, Sandra G.V.; MACHADO, Benedito. **Homens e Masculinidades**: outras palavras. São Paulo: ECOS/ Editora 34.

BARUS-MICHEL, Jacqueline (1986). **Le chercheur, premier objet de la recherche**. In: Bulletin de Psychologie, Tome XXXIX (377: 801/803).

BECKER, Howard S. (1994). **A história de vida e o Mosaico Científico**. In: Becker, Howard S. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Editora Hucitec.

BERGER, Peter I.; LUCKMANN, Thomas (1985). **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes.

BERTOLAMI, Marcelo Chiara (2000). Fatores de risco e estratégias preventivas: Intervenções Populacionais. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) **Cardiologia preventiva**. São Paulo: Editora Atheneu.

BOURDIEU, Pierre (1998) Conferência do premio Goffman: A dominação masculina revisitada. In: LINS, Daniel (org.). **A dominação masculina revisitada**. Campinas, SP: Papirus.

CÁCERES, Carlos (1999) Masculinidades negociadas: identidades e espaços de possibilidade sexual em um grupo de michês em Lima. In: BARBOSA, Regina M.; PARKER, Richard. **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; SÃO Paulo: Ed. 34.

CAMARGO JR. Kenneth Rochel (1992) Algumas considerações sobre a relação doença-sociedade em Psicologia Médica. In: MELLO FILHO, Julio et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas

CAMPOS, Eugênio Paes (1992) Aspectos Psicossomáticos em Cardiologia In: MELLO FILHO, Julio et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas.

COHEN, Sheldon; HERBERT, Tracy B. Herbert (1996) Health Psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human Psychoneuroimmunology. In **Annual Revue of Psychology**, 47: 113-142.

CONNEL, R.W.(1995). **Masculinities**. Los Angeles, Berkeley: University California Press.

D'ALLONNES, Claude Revault (1982). **Les bases de la Recherche clinique**. In: Recherche clinique in Psychiatrie. Inserm. Vol. 98: 43/57.

- DUMAZEDIER, Joffre (1973). **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva.
- DUMAZEDIER, Jofre (1999) **Sociologia empírica do lazer**: São Paulo: Perspectiva: SESC.
- EISENBERG, Leon (1977). Disease and illness: distinction between professional and popular ideas of sickness. In: **Culture, Medicine and Psychiatry** 1: 9-23.
- FARIA, José Lopes et al. (1999). **Patologia especial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; LAURENTI, Ruy (2000). Epidemiologia das cardiopatias nas últimas décadas: dados internacionais, dados brasileiros. In: GIANNINI, Sergio Diogo. **Cardiologia preventiva**. São Paulo: Editora Atheneu.
- FREIRE-COSTA, Jurandir (1989). **Psicanálise e contexto cultural**. Rio de Janeiro: Campus
- GARCIA, Sandra Maria (1998). Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARRILA, Margareth; RIDENTE, Sandra G.V.; MACHADO,; Benedito. **Homens e Masculinidades**: outras palavras. São Paulo: ECOS/ Editora 34.
- GIKOVATE, Flávio (1989) **O homem: sexo frágil?** São Paulo: MG Editores Associados.
- GIL, Antonio Carlos (1991). **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas.
- GOFFMAN, Erving (1985) **A representação do Eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes
- GOFFMAN, Erving (1988). **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- GOLDSTEIN, Michael G.E.; NIAMURA, Raymond (2000). Doenças cardiovasculares: parte I: doença Arterial Coronariana e Morte súbita. In: **Fatores psicológicos afetando condições médicas**. Porto Alegre: Artmed.
- GONZALEZ REY, Fernando (1999). **La investigación cuantitativo em psicología**. São Paulo: EDUC.
- HANDWERKER, Lisa (1994). Medical Risk: implicating poor pregnant women. **Soc. Sci. Med.** Vol. 38 no. 5 p.665-675.
- HELMAN, Cecil G. (1994) **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas
- HOLANDA, Aurelio Buarque (1986). **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- KEIJZER, Benno, 1997. El varon como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. In: Tuñon, Esperanza (coord.) **Género y salud en el sureste de México**. Villahermosa: ECOSUR Y UJAD.

KIMMEL, Michael S. (1987). Rethinking "Masculinity". In: KIMMEL, Michael S. **Changing men: new directions in research on men and masculinity**. California: Sage Publications Inc.

LOURAU, René. (1987) **Implication: un nouveau paradigme?** Socius no. 4/87, p. 60/66.

MACIEL, Tânia (1982). **Análise da conceituação de lazer e sua conceituação histórica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – CEPAC - Universidade Gama Filho.

MELLO FILHO, Julio et al. (1992) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas

MINAYO, Maria Cecília de Souza (1993). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco.

MOORE, Thomas J. (1994). **Heart failure: a critical inquiry into American medicine and revolution in heart care**. Washington D.C: Randon House, Inc.

MORIGUCHI, Emílio H.; VIEIRA, José Luiz C. (2000) Conceito de fatores de risco – Hierarquia dos principais fatores de risco e suscetibilidade individual para diferentes cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) **Cardiologia preventiva**. São Paulo: Editora Atheneu.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria (1985) Mal-estar na família: descontinuidade e conflito entre sistemas simbólicos, In FIGUEIRA; Sérvulo (1985) **Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense

NOLASCO, Sócrates (1993). **O mito da Masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco.

OLIVEIRA JR. W. (1995) O paciente com miocardia em situações especiais. In: Silva, M.A. **Doenças do Miocárdio**. S.P: Ed. Sarvier.

PARKER, Stanley (1978). **A Sociologia do lazer**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

PELLETIER, Kenneth R. (1992) **Mind as healer, Mind as slayer**. Nova York: Delacorte.

PORTO, Celso Celeno (1998) O significado simbólico do coração. In: PORTO, Celso Celeno (1998) **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PORTO, Celso Celeno (1998) O clínico e as doenças do coração. In: PORTO, Celso Celeno (1998) **Doenças do Coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PRONOVOST, Gilles (1993). **Loisir et société: traité de sociologie empirique**. Canadá, Quebec: Presses de l'Université du Quebec.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira (1983). **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: CERU e FFLCH/USP, (Col.Textos, 4).

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira (1988) Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. In: Von Simson, Olga de Moraes. **Experimentos com Histórias de Vida: Itália-Brasil**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais.

RODRIGUES, Avelino Luiz; GASPARINI, Ana Cristina Limongi França (1992). Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, Julio et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas.

SACHS, Ignacy (1980). **Stratégies de l'écodéveloppement**. Paris: Les Éditions Ouvrières,.

SEYLE, Hans (1965). **Stress: a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa.

SHEPER-HUGUES, Nancy; LOCK, Margareth M. (1987) The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. In: **Medical Anthropology Quartely**, vol. 1, no. 1 p.6 – 40.

SHEPER-HUGUES, Nancy; LOCK, Margareth M. (1991) The message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance. **The Journal of Psychohistory**, 18 (4) Spring –1991, pp. 409-432

SILVA, Marco Antonio Dias (2000). Qualidade de vida e Cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo. **Cardiologia preventiva**. São Paulo: Editora Atheneu.

STOCCO, Roberto; BARRETTO, Antonio Carlos Pereira (2000). Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias. In: GIANNINI, Sergio Diogo (org.) **Cardiologia preventiva**. São Paulo: Editora Atheneu.

STOUDEMIRE, Alan (2000). Introdução. In: STOUDEMIRE, Alan (org.) **Fatores psicológicos afetando condições médicas**. Porto Alegre: Artmed.

STOUDEMIRE, Alan; HALES, Robert E.(2000). Fatores psicológicos afetando condições médicas. In **Fatores psicológicos afetando condições médicas**. Porto Alegre: Artmed.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. (1992). **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas.

VELHO, Gilberto (1994) **Individualismo e Cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor

WALDROW, I. (1978). **Type A behavior and coronary heart disease in men and woman**. Soc. Sci. Med 12 B, 167-170

WERNECK, Christiane Luce G. (2001). Lazer e mercado: panorama atual e implicações na sociedade brasileira. In: WERNECK , C.L.G; STOPPA, E.A.; ISAYAMA, H.F. **Lazer e Mercado**. São Paulo, Campinas: Ed. Papyrus.

**ANEXOS**

**ANEXO I****FICHA DE INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE**

NOME:

PSEUDÔNIMO:

IDADE:

(

)

NACIONALIDADE:

NATURALIDADE:

DIFERENTES LOCAIS E TEMPO DE MORADIA:

ESCOLARIDADE:

ESCOLAS QUE FREQUENTOU:

RELIGIÃO:

PRÁTICA?

OCUPAÇÕES QUE EXERCEU:

OCUPAÇÃO ATUAL:

OUTRAS ATIVIDADES:

FAMÍLIA DE ORIGEM:

NATURALIDADE DO PAI:

NATURALIDADE DA MÃE:

PROFISSÃO - PAI:

MÃE:

EXERCEU?

NUMERO, SEXO DOS IRMÃOS e ORDEM DE NASCIMENTO:

CASAMENTO:

PERÍODO:

ESPOSA: PROFISSÃO E ATIVIDADE

FILHOS: NUMERO, IDADE, SEXO

## **ANEXO II**

### **ROTEIRO RESUMIDO DA ENTREVISTA**

#### ***INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA***

Fale um pouco sobre sua infância e adolescência, relacionamento com seus familiares, papel do pai, da mãe e dos irmãos. Fale sobre como eram seu pai e sua mãe com relação ao trabalho?

Como seus pais conduziam sua educação como menino? O que lhe permitiam, o que lhe proibiam, o que incentivavam?

Na sua opinião, o que seus pais desejavam para você, no futuro?

Quais eram suas atividades na infância e na adolescência?

Havia cobrança sobre seu desempenho escolar?

O que você desejava ser quando crescesse? Porque?

#### ***IDADE ADULTA***

Fale um pouco sobre sua vida adulta, como viveu, quais foram suas preocupações, como se preparou para a vida. Casou-se? Se positivo, fale sobre seu casamento. Como foi sua escolha de carreira. Você gostou de sua escolha? Gostaria que fosse diferente? Como?

#### ***SAÚDE***

Fale sobre sua saúde. Como era antes de ter o infarto. Descreva o evento e as circunstâncias gerais de sua vida naquele momento. Haveria algo que gostaria de mudar nessa época?

Como você dividia seu tempo?

Que espaço de tempo dedicava ao lazer e como era seu lazer?

Após o infarto, o que mudou em sua vida? O que poderia ser mudado e você ainda não mudou? Fale sobre suas atuais atividades.

## **ANEXO III**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

#### ***INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA***

Fale um pouco sobre sua infância. Como foi seu relacionamento com seus familiares ? Como se sentia a respeito de sua infância? Gostaria que fosse como era? Quando e como se percebeu, pela primeira vez como menino e não como menina? O que era ser menino?

O que seus pais desejavam para você, no futuro? E você?

Fale sobre seu pai e sua mãe. Como eram em relação aos filhos?

O que era proibido e o que era permitido? O que era exigido.

Em que trabalhavam seus pais? Como era o comportamento deles em relação ao trabalho?

#### ***IDADE ADULTA***

Você se casou ou manteve relação estável? como foi isto? Como tem sido sua participação no orçamento da família? Sua mulher trabalha fora? Se solteiro, que obrigações econômicas assumiu na vida adulta?

O que é ser homem, para você? O que é ser marido? E pai?

Como foi sua escolha de carreira. Mudou? Manteve-se? Você trabalha no que gosta?

Como descreveria seu trabalho?

#### ***SAÚDE***

Fale sobre sua saúde. Como era antes de ter o infarto.

Descreva o evento e as circunstâncias gerais de sua vida naquele momento. Em que trabalhava? Como era sua vida familiar?

Como você dividia seu tempo?

O que você entende por lazer?

Que espaço de tempo dedicava ao lazer e como era seu lazer?

Haveria algo que gostaria de mudar nessa época?

Como você se sentiu ao saber que havia sido acometido por um infarto?

Após o infarto, o que mudou em sua vida?

O que poderia ter sido mudado e você ainda não mudou?

Fale sobre suas atuais atividades.

Como você se sente hoje?

Submeteu-se a alguma forma de psicoterapia?

Se pudesse, mudaria alguma coisa em sua vida, desde seus primeiros anos? O que mudaria?