



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PAULA PATRÍCIA SANTANA RIOS

**MASCULINIDADES FERIDAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE CORPO E
SEXUALIDADE ELABORADAS POR HOMENS COM ÚLCERAS DE PERNA**

**SALVADOR
2018**

PAULA PATRÍCIA SANTANA RIOS

**MASCULINIDADES FERIDAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE CORPO E
SEXUALIDADE ELABORADAS POR HOMENS COM ÚLCERAS DE PERNA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para aquisição de título de Mestra em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mirian Santos Paiva
Coorientadora: Profa. Dra. Silvia Lúcia Ferreira

SALVADOR
2018

Ficha catalográfica fornecida pelo Sistema Universitário de Bibliotecas
da UFBA.

R586 Rios, Paula Patrícia Santana
Masculinidades Feridas: Representações Sociais sobre corpo e sexualidade
elaboradas por homens com úlceras na perna / Paula Patrícia Santana Rios. –
Salvador, 2016.
97 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mirian Santos Paiva
Coorientadora: Profa. Dra. Silvia Lúcia Ferreira

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) –
Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2016

1. Sexualidade. 2. Corpo. 3. Úlcera de Perna. 4. Masculinidade. 5. Teoria das
Representações Sociais. I. Paiva, Mirian Santos. II. Ferreira Silva Lúcia. III. Título

CDU:616-055.1

PAULA PATRÍCIA SANTANA RIOS

MASCULINIDADES FERIDAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE CORPO E
SEXUALIDADE ELABORADAS POR HOMENS COM ÚLCERAS DE PERNA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para aquisição de título de Mestra em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em 28 de abril de 2016.

Mirian Santos Paiva



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Evanilda Souza de Santana Carvalho



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Álvaro Pereira



Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Maria da Conceição Costa Rivemales

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Recôncavo Baiano

DEDICATÓRIA

À minha mãe, que sempre estará em minhas lembranças, meu exemplo de dedicação, amor e luta. Chegar até aqui é realizar um sonho meu e, também dela. Ao meu pai pelo incentivo ao estudo, amor e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

À professora Mirian Santos Paiva, minha orientadora, pelos ensinamentos, orientação na construção da dissertação e pela compreensão nos momentos em que eu mais precisei.

A Evanilda Carvalho pelo acolhimento e contribuições em minha vida acadêmica, por ter me apresentado ao mundo da pesquisa por estar fazendo parte da banca. À professora Conceição Rivemales e ao professor Álvaro Pereira por terem aceitado participar da banca de defesa. Às professoras do GEM em especial a Jeane Oliveira e Silvia Ferreira pela contribuição para minha formação e compreensão das questões de gênero.

Às colegas do SVDG pelos encontros frutíferos de discussão, pelas trocas de conhecimento, pela amizade. Em especial agradeço a Carlos, Cleuma e Daiane pela preocupação de sempre, contribuição e apoio em momentos difíceis e por não desistirem de mim. Priscila Porto, Ester, Priscila Falcão, Martinha, Mavy, Andréia, Flávia, levarei a amizade de vocês para a vida.

Agradeço à equipe de Enfermagem da unidade onde a pesquisa foi realizada pelo acolhimento. Dedico e agradeço aos participantes da pesquisa, por confiarem em mim e dividir comigo um pouco de suas dores.

À amiga Tércia tão fundamental nessa reta final, pelo apoio, colaboração com o trabalho, pelas broncas e por me ensinar a usar o “PgUp” e “PgDn”, foi muito útil! Aos meus amigos em especial Fernanda e Tacylla pela torcida, incentivo e por acreditarem em mim mais do que eu mesma.

À minha família de Salvador Rom, Dan, obrigada por me fazerem rir até nos momentos de desespero, Mari, compartilhamos as mesmas angústias, obrigada pelo apoio, pela força, conversas e pela compreensão nos silêncios.

À minha família que, mesmo sem compreender às vezes os caminhos, sempre torceu por mim e entendeu minhas ausências. Em especial ao meu avô que sempre me desejar “uma boa mente para estudar”. Meus irmãos, obrigada pela cumplicidade, pelo apoio e torcida, em especial a Romário, colaborador desta pesquisa, algumas vezes revisor e tradutor. Eu amo vocês!

A meu companheiro de vida, Tiago, fundamental para que eu percorresse este caminho com menos sofrimento. Obrigada pela força, por não me deixar desistir e por vibrar com minhas conquistas. Temos um longo caminho pela frente.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão da bolsa de mestrado.

RESUMO

RIOS, Paula Patrícia Santana. **Masculinidades feridas**: representações sociais sobre corpo e sexualidade elaboradas por homens com úlceras de perna. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Ao vivenciar a ferida crônica, o indivíduo passa por alterações na vida que vão além da perda da integridade cutânea, provocando sofrimento, dúvidas, dor, angústias em relação ao tratamento, expectativa de melhora, vergonha, alterações no padrão de sono, de apetite, libido, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. Para o homem, essas mudanças podem afetar o desempenho do seu papel sexualmente determinado na sociedade. Sabe-se que, nos serviços de saúde, a presença do público feminino é maior, o que torna singulares os estudos que tentam compreender a saúde dos homens, principalmente os que utilizam a perspectiva de gênero para análise. As experiências de vida, o que as outras pessoas pensam e o que se pensa de si contribuem para a elaboração das representações sociais (RS) de um grupo ou indivíduo. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, que se preocupa em explorar o conhecimento prático e o senso comum. Essa escolha deve-se ao fato do conhecimento elaborado no senso comum, pelos indivíduos, ser o guia condutor de suas atitudes. A pesquisa teve como objetivos: Aprender as representações sociais sobre corpo e sexualidade de homens com úlceras de perna; investigar as implicações das representações sociais nas práticas relacionadas à sexualidade e ao cotidiano dos participantes. Participaram da pesquisa 17 homens com úlcera de perna há mais de um mês, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cadastrados num centro de atenção a pessoas com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial sistêmica que estavam sob os cuidados da equipe de enfermagem do setor de tratamento de feridas. Para a produção do material empírico, foram utilizadas, como técnicas de coleta, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), o Desenho-estória com Tema e a entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados, foram utilizadas a análise de conteúdo com a utilização do programa Orion© para o TALP, A análise temática foi utilizada para os Desenhos-estórias com Tema e a análise lexical, utilizando o programa Alceste para as entrevistas. Os participantes representam seus corpos como frágeis, dependentes de cuidados e limitados para o trabalho, fazendo-os experimentar tristeza e preocupações por perceberem a perda da vida pública, a dependência econômica e inver e papéis socialmente impostos a homens e mulheres no âmbito familiar. Os homens re ntam sexualidade como sinônimo de sexo e dão um enfoque à impotência sexual. Apesar do sexo ser representado como algo bom, sexo com o corpo ferido é tido como algo proibido. As RS e as relações de gênero evidenciaram valores, ideias e práticas dos homens feridos cronicamente. O conhecimento já construído, apresentado por eles sob a influência das relações sociais e de gênero, forma uma teia de informações cujas representações emergem deste grupo de pertença. Essas representações guiam práticas como não procurar relações sexuais, não procurar mulher na rua, não sair de casa, não usar short e estar de meia.

Palavras-chave: Corpo, Sexualidade; Úlcera de Perna; Masculinidades; Teoria das Representações Sociais; Enfermagem.

ABSTRACT

RIOS, Paula Patrícia Santana. **Masculinities wounds**: social representations of the body and sexuality produced by men with leg ulcers. 2016, 97 f. Dissertation (Master of Nursing). Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

In experiencing a chronic wound the individual undergoes changes in life that go beyond the loss of skin integrity. It causes pain, doubt, anguishes regarding treatment, expectation of improvement, shame, changes in the pattern of sleep, appetite, libido, restrictions on the ability for family, professional and social activities. To the man, these changes may affect the performance of his sexually determined role in society. It is known that in health services female public presence is always higher, which makes unique studies that try to understand the man's health, especially when using the gender perspective. The experiences of life of a group or individual, what other people think about the man what they think about themselves contribute to the elaboration of social representations (SRs) of them. This is a qualitative study based on the Social Representation Theory, which is concerned to explore practical knowledge and common sense. This option is due to the fact that knowledge elaborated in common sense for individuals is the driver guide of their attitudes. The survey aimed to: identify the social representations of body and sexuality of men with chronic wounds; investigate the implications of social representations in practices related to sexuality and daily life of participants. The participants were 17 men with wounds for more than a month, users of the Brazilian Unified Health System (SUS), registered in the center of attention people with diabetes mellitus and/or hypertension who were under the nursing staff care of the wound care sector. The participants represent their bodies as fragile, dependent of care and unsuited for work, which makes them experience sadness and concerns due to realizing the loss of public life, economic dependency and reverse positions with the women within family. Men represent sexuality as a synonym for sex and give a focus on sexual impotence. Despite sex being represented as something good and representing life, sex with a wounded body is seen as something forbidden. SRs and gender relations brought up values, ideas and practices of chronically wounded men. The already constructed knowledge, presented by them, under the influence of social and gender relations, form a web of information from which the representations of this group of belonging emerge. These representations guide practices as not seeking sexual intercourse, not looking women in the streets, not leaving home, not wearing shorts, always being with socks on.

Keywords: Body; Sexuality; Leg Ulcer; Masculinities; Social Representation Theory; Nursing.

RESUMEN

RIOS, Paula Patrícia Santana. **Masculinidades heridas**: representaciones sociales sobre cuerpo y sexualidad elaboradas por hombres con úlceras de pierna. 2016. 97 f. Tesis (Maestría en enfermería). Escuela de enfermería, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Al vivenciar la herida crónica el individuo pasa por cambios en la vida que van más allá de la pérdida de la integridad cutánea. Causa dolor, la duda, la angustia con respecto al tratamiento, la expectativa de mejoría, la vergüenza, los cambios en los patrones de sueño, el apetito, la libido, restricciones en la capacidad para las actividades familiares, profesionales y sociales. En los servicios de salud la presencia del público femenino es siempre mayor, lo que hace singulares los estudios que intentan comprender la salud de los hombres, principalmente los que utilizan la perspectiva de género para análisis. Las experiencias de vida, lo que las otras personas piensan y lo que se piensa de sí mismo contribuyen a la elaboración de las representaciones sociales (RS) de un grupo o individuo. Se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, que se preocupa por explorar el conocimiento práctico y el sentido común. Esta opción se debe a que el conocimiento elaborado en el sentido común por los individuos es el guía conductor de sus actitudes. La investigación tuvo como objetivos: Comprender las representaciones sociales sobre el cuerpo y la sexualidad de los hombres con úlceras de pierna; investigar las implicaciones de las representaciones sociales en las prácticas relacionadas con la sexualidad y el cotidiano de los participantes. En la investigación participaron 17 hombres con úlcera de pierna hace más de un mes, usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) en un centro de atención a personas con diabetes mellitus y / o hipertensión arterial sistémica que estaban bajo los cuidados del equipo de enfermería del sector de tratamiento de heridas. Para la producción del material empírico fueron utilizadas como técnicas de recopilación de datos la Técnica de Asociación Libre de Palabras (TALP), el Dibujo-historia con el Tema y la entrevista semiestructurada; para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido con la utilización del programa Orion © para el TALP. El análisis temático para los Dibujos-historias con Tema y el análisis léxico utilizando el programa Alceste para las entrevistas. Los participantes representan sus cuerpos como frágiles, dependientes de cuidados y limitados para el trabajo. Lo que los hace experimentar tristeza y preocupaciones por percibir la pérdida de la vida pública, la dependencia económica e inversión de roles socialmente impuestos a hombres y mujeres en el ámbito familiar. Los hombres representan sexualidad como sinónimo de sexo y dan un enfoque a la impotencia sexual. A pesar de que el sexo se representa como algo bueno y representar la vida, el sexo con el cuerpo herido se considera como algo prohibido. Las RS y las relaciones de género evidenciaron valores, ideas y prácticas de los hombres heridos crónicamente. El conocimiento ya construido, presentado por ellos bajo la influencia de las relaciones sociales y de género, forma una red de informaciones de la que emergen las representaciones de este grupo de pertenencia.

Palabras clave: Cuerpo, Sexualidad, Úlcera de Pierna, Masculinidades, Teoría de las Representaciones Sociales, Enfermería

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Exemplificação de organização semântica classificação de palavras	41
FIGURA 2 – Interface do programa Orion [©]	42
FIGURA 3 – Gráfico gerado pelo programa Orion [©]	43
FIGURA 4 – Divisão das classes com suas respectivas porcentagens dentro dos corpora	52
FIGURA 5 – Divisão das classes com suas respectivas porcentagens dentro do corpus	53

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Evocações a partir do estímulo “corpo de homem	67
GRÁFICO 2 – Evocações a partir do estímulo “corpo de homem ferido”	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 FERIDAS CRÔNICAS: CONCEITO E REPERCUSSÕES	15
2.2 GÊNERO E MASCULINIDADES	18
2.3 SEXUALIDADE DO HOMEM	22
2.4 O HOMEM E O CORPO ABJETO NO ADOECIMENTO CRÔNICO	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	30
4 METODOLOGIA	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 LOCAL DO ESTUDO	35
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
4.4 A COLETA DE DADOS	37
4.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras	38
4.4.2 Desenho-estória com tema	39
4.4.3 Entrevista semi-estruturada	40
4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	40
4.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras	40
4.5.2 Desenho-estória com tema	43
4.5.3 Entrevista semi-estruturada	44
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	45
5 RESULTADOS	46
5.1 CORPO E SEXUALIDADE DE HOMENS COM ÚLCERA DE PERNA: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	46
5.2 “NÃO POSSO FAZER CERTAS COISAS”: REPRESENTAÇÕES DE HOMENS COM ÚLCERAS DE PERNA SOBRE O CORPO FERIDO	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A	92
APÊNDICE B	94
ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

A inquietação para a elaboração deste estudo deu-se a partir da aproximação com o tema corpo e sexualidade durante o período de graduação, com o desenvolvimento de uma pesquisa com mulheres que viviam com feridas crônicas. Durante a coleta de dados, seja nas entrevistas e/ou na observação, foi possível perceber que os discursos dessas mulheres eram sempre permeados por questões de gênero que influenciavam suas representações, assim como os silêncios e as censuras em seus discursos. Nesse momento, foi possível também ter acesso a alguns homens que eram atendidos no local e sempre se queixavam por não estarem fazendo parte da pesquisa, dizendo que também passavam pelos problemas que aquelas mulheres estavam vivendo.

Embora expressassem esse tipo de comentário, sabe-se que, nos serviços de saúde, a presença do público feminino é maior, com interação entre serviços de saúde, profissionais de saúde e as mulheres, o que torna singulares os estudos que tentam compreender a saúde dos homens, principalmente quando se utilizam da perspectiva de gênero. Vale ressaltar, que gênero é uma categoria relacional, fundante na construção de conceitos como masculinidade e feminilidade, e a construção da masculinidade, segundo Passos (1999), resulta na negação de tudo que é feminino, portanto entender o que esses homens negam e se eles negam é também entender o feminino e de que forma se estabelecem as relações e construções do masculino e feminino. Assim sendo:

investigar sobre masculinidades significa não apenas apreender e analisar os signos e significados culturais disponíveis sobre o masculino, mas também discutir preconceitos e estereótipos e repensar a possibilidade de construir outras versões e sentidos. Situa-se, portanto, nos usos e efeitos que orientam os jogos de discursos e práticas, ou mais precisamente práticas discursivas, que tendem a transformar diversidade em desigualdade. (MEDRADO e LYRA, 2008. p. 825).

Nolasco (1999) afirma que as relações interpessoais masculinas restringem-se a encontros sociais em que pouco se fala ou se compartilha de experiências vividas; são marcadas por ações em que o que está em questão são as demonstrações de atitudes de “macho”, os ditos *homens de verdade*, entretanto, o que se observa é que eles não expressam suas dores. Esse comportamento não é natural, intrínseco ao indivíduo do sexo masculino e sim imposto por normas comportamentais que estabelecem que a identidade de gênero e seu comportamento devem estar de acordo com o sexo.

Essas são questões postas, mas nem sempre de forma clara e evidente no cotidiano. O estilo de vida e a maneira de estar no mundo de homens e mulheres são construções sociais que muitas vezes se dão de forma tão sutil que parecem ser algo intrínseco, natural.

A construção das identidades de gênero e sexual, para Sabat (2003), dá-se através da educação, um dos processos mais eficientes nessa construção. A mídia faz parte desse processo educacional e representa o homem¹ como o ser forte. Perder essa identidade de forte, saudável gera sofrimento ao homem, assim como, o sentimento de inutilidade. O significado do corpo de homem é atribuído à força de produção, para tanto ele deve ser, além de forte, saudável.

Como o corpo é produzido na/pela cultura, as representações têm o poder de excluir, inferiorizar e ocultar determinados corpos em detrimento de outros. Não é sem razão que o corpo jovem, produtivo, saudável e belo é um ideal perseguido por um número infinito de homens e mulheres (GOELLNER, 2003).

O corpo é lócus de experiências tanto positivas quanto negativas, de prazer e de dor já que é sede das vivências que cada pessoa experimenta no cotidiano, consigo mesma e com outras pessoas. É, também, através do corpo que se torna possível a expressão de afetos, contatos físicos, íntimos e sexuais. (CARVALHO, 2010).

Sendo assim, é no corpo que a sexualidade é expressa e vivida, permeando todos os momentos da vida. Está presente em todas as etapas do desenvolvimento humano, desde o nascimento ao envelhecimento, influenciando o processo saúde-doença e a qualidade de vida. Coelho et al (2010) afirmam que sexualidade não se restringe ao ato sexual em si, ela é ampla e envolve aspectos emocionais. Sendo assim, alterações corporais acarretam mudanças na expressão e vivência da sexualidade.

Levando em conta tais aspectos, fica claro que, ao vivenciar a ferida crônica, o indivíduo passa por alterações na vida que vão além da perda da integridade cutânea, provocando sofrimento, dúvidas, dor, angústias em relação ao tratamento, expectativa de melhora, vergonha, alterações no padrão de sono, apetite, libido, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais (WAIDMAN et al, 2011; LUCAS, MARTINS e ROBAZZI, 2008).

¹O termo “homem”, neste trabalho, refere-se apenas à pessoa do sexo masculino, diferente da forma utilizada pela linguagem sexista, que emprega o termo para designar todas as pessoas da espécie humana. O uso do vocábulo ‘homem’, de forma genérica, para tratar da espécie humana é criticado por Jimena Furlani, que o localiza em um momento histórico anterior ao movimento feminista, e considera que esta escolha está atravessada pelas relações de poder (FURLANI, 2003, p.69).

Para o homem, essas mudanças podem afetar o desempenho do seu papel sexualmente determinado na sociedade já que, de acordo com Bonomo e Barros (2009), existe a crença atribuída e imposta socialmente de que é obrigação moral do homem prover o sustento da família.

É fato que falar de corpo e sexo envolve imagens e ideias consideradas proibidas, sendo muitas vezes esquecidas pelo(a)s profissionais de saúde. Falar sobre sexualidade ainda é um tabu nos tempos atuais, e falar sobre sexualidade de pessoas com feridas crônicas remete a censuras sobre o corpo enfermo que estão arraigadas nos indivíduos, assim como na(o)s profissionais da saúde, especialmente as enfermeiras, que não deixam de estar sujeitas às construções das representações sociais(RS) do grupo, cultura, tempo e espaço em que estão inseridas.

Sendo assim, o cuidado de Enfermagem deve atender às diversas dimensões da pessoa durante o desenvolvimento humano. Nesse sentido, as enfermeiras necessitam explorar aspectos da sexualidade das pessoas em situações de enfermidade, objetivando qualificar a relação de ajuda nos encontros de atenção à saúde. Porém, a sexualidade mostra-se negligenciada, nos cenários de cuidado, por diversos motivos seja por tabus, por preconceitos ou por falta de preparo da(o)s profissionais para lidar com as questões referentes à vida sexual e sexualidade, levando-a(o)s a evitar abordar sobre o tema durante as consultas.

Para Garcia (1993), ao esquivar-se de lidar com a sexualidade da(o)s pacientes, por ser um assunto repleto de receios e pouco explorado, a enfermeira nega um cuidado integral, refletindo negativamente no cuidado de Enfermagem.

As experiências de vida, o que as outras pessoas vão pensar e o que a sua imagem representa para si, contribuem para a elaboração das representações sociais (RS) de um grupo ou indivíduo.

Dessa forma, entende-se ser de grande relevância pessoal, social e acadêmica esta pesquisa, por possibilitar aos profissionais de saúde um novo olhar às pessoas que vivem com o corpo ferido, ao seu processo de adoecimento e à cronificação da lesão.

Diante do exposto, para responder à questão de pesquisa “Como homens que vivem com úlceras de perna representam seu corpo e sua sexualidade?” foram traçados, como objetivos, apreender as representações sociais de corpo e sexualidade de homens com úlceras de perna; e investigar as implicações das representações sociais nas práticas relacionadas à sexualidade e ao cotidiano dos participantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A citação de conclusões a que outros autores chegaram permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes. Tanto a confirmação, em dada comunidade, de resultados obtidos em outra sociedade quanto a enumeração das discrepâncias são de grande importância. (LAKATOS e MARCONI, 2003, p. 225).

2.1 FERIDAS CRÔNICAS: CONCEITO E REPERCUSSÕES

Barros et al (2010) denominam a ferida como “uma ruptura da integridade de um tecido, que pode atingir a epiderme, derme, tecido subcutâneo, fáscia e tecido muscular”. Para os mesmos autores, as feridas podem ser classificadas em traumáticas, cirúrgicas e ulcerativas crônicas, além disso a sua cicatrização pode sofrer influência de múltiplos fatores como idade, biótipo, condições nutricionais, doenças crônicas, insuficiências vasculares e imunossupressão.

As feridas agudas (aquelas que geralmente respondem ao tratamento de forma rápida e cicatrizam sem maiores complicações) são cronificadas, pois os indivíduos podem apresentar problemas multifatoriais que dificultam a cicatrização, podendo ser geradas por causas externas de morbidade, até as doenças crônicas, em especial as cardiovasculares e o diabetes, o que reflete no tempo de internamento desses indivíduos e em gastos públicos em saúde (DEALEY, 1996; MACIEL, 2008), sendo as úlceras por pressão, as úlceras de perna e as lesões neuropáticas pertencentes a esse grupo de lesões.

Existem classificações diferentes para identificar a ferida como crônica, considerando seu tempo. Para Lizarraga, Sanz e Martos (2011), a ferida é crônica quando a evolução da cicatrização é maior que seis meses, no entanto, para a realização deste estudo foi considerado o tempo superior a 30 dias com a ferida para a escolha dos participantes, levando em conta a classificação de Gefen (2009), que considera o tempo de quatro semanas para a ferida deixar de ser considerada aguda.

São descritas dentro dessa categoria as feridas em extremidades inferiores de diabéticos (“pé diabético”), úlceras por pressão, úlceras vasculares, úlceras tumorais, iatrogênicas, neuropáticas e complicações de feridas cirúrgicas que têm etiologias de base que dificultam seu fechamento. Feridas cirúrgicas, também, podem tornar-se crônicas, especialmente, se forem infectadas (MASON et al, 1999).

Essas lesões acometem, com frequência, idosos hospitalizados e pacientes de terapia intensiva, pacientes com doenças imunológicas ou crônicas, e podem levar à redução da

qualidade de vida e funcionalidade, à amputação ou até mesmo à morte. Além disso, podem apresentar diversas etiologias como insuficiência venosa, insuficiência arterial ou por contato prolongado com superfície rígida (BRASIL, 2011).

As feridas crônicas possuem características que dificultam o processo de cicatrização, como o acúmulo de metaloproteinasas, colagenases e elastases, que degradam fatores de crescimento, interferindo na formação de colágeno. Apresentam, ainda, microambiente com hipóxia, o que leva à proliferação de fibroblastos e, conseqüentemente, aumento da fibrose tecidual. Também têm propensão de serem colonizadas por bactérias e fungos, que retardam a cicatrização (STAMBASSI, 2015).

Mesmo que tenham sido conquistados grandes avanços na compreensão dos processos e fenômenos envolvidos nas diversas fases da reparação tissular e, simultaneamente, muito se tenha investido em pesquisa e desenvolvimento de recursos e de tecnologias com o objetivo de favorecer esses processos, a incidência e prevalência de úlceras crônicas são ainda extremamente altas, variando de acordo com as condições e as complicações que causaram a úlcera. Dos pacientes diagnosticados com diabetes, 15% são propensos a desenvolver úlceras nos pés em algum momento da vida (MASON, 1999).

No âmbito da prevenção de feridas crônicas, a produção de teses e dissertações na Enfermagem se mostra incipiente para embasar o planejamento de políticas públicas de saúde que atendam a esse agravo, deixando lacunas a serem preenchidas no tocante às estratégias de prevenção (BRITO et al, 2013).

Um estudo realizado por Dias e Silva (2006) apresenta maior predominância do sexo masculino no que se refere à lesão crônica de pele, embora, segundo os autores, não haja na literatura, dados que comprovem que o sexo seja fator de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento dessas lesões.

As repercussões da cronificação da ferida vão além das alterações biológicas: permeiam o âmbito social, emocional; provocam alterações no estilo de vida, na autoimagem, no convívio com outras pessoas; e limitam as atividades do cotidiano (LARA et al, 2011). Isso acontece devido às dúvidas e angústias em relação ao tratamento e, principalmente, à ansiedade em ver a evolução da ferida para uma melhora. Dentro dessa perspectiva, percebe-se que, para essas pessoas, uma ferida pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem, necessariamente, precisar de estímulos sensoriais, uma marca, uma perda irreparável ou uma doença incurável (SOARES, 2012).

Outras autoras (WAIDMAN et al, 2011; LUCAS et al2008) estudaram as influências das feridas crônicas nas vidas de homens e mulheres e, em ambos os estudos, concluíram que

há sofrimento, dúvidas, dor, angústias em relação ao tratamento, expectativa de melhora, vergonha, alterações no padrão do sono, de apetite, da libido, além de restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais.

As representações sociais sobre feridas mudam conforme a cultura e o tempo histórico, mas também, conforme a causa das mesmas. Carvalho, Paiva e Aparício (2012) afirmam que a noção de heroísmo, associada à ferida, está relacionada aquela provocada pelo combate, pelas lesões perfurantes por objetos de guerra, ou seja, a ferida aguda e traumática, geralmente em consequência do confronto entre homens. Entretanto, ao examinar outras representações, veiculadas pelo cinema, mediante um levantamento iconográfico, as autoras identificaram que, nos filmes “Ben-Hur” e “Diários de Motocicleta”, por exemplo, pode-se ilustrar como as feridas crônicas, ao contrário das agudas, são carregadas por representações de nojo, provocando a reclusão e isolamento, e significando perigo para quem cerca o portador das mesmas.

Isso porque muitas vezes a forma de pensar a doença traz mais alterações no viver dessas pessoas do que a doença em si. Nesse sentido, as crenças, as representações e o valor dado à estética do corpo antes da enfermidade podem resultar em exigências diferenciadas sobre o corpo doente e suas manifestações físicas visíveis. A alteração na autoimagem acomete a vida social dessa pessoa e a maneira com a qual se relaciona com quem está à sua volta.

Publicações científicas relativas aos cuidados às pessoas que vivem com feridas alertam que, ao lidar com pessoas acometidas por feridas, é importante lembrar que estamos diante de alguém especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores tanto na esfera física, quanto na alma. (DANTAS FILHO, 2003 apud AGUIAR, 2013).

O cuidado no tratamento de feridas tem exigido cada vez mais dos profissionais envolvidos a perspectiva de uma atenção interdisciplinar. Com novas tecnologias e produtos, é possível alcançar melhores resultados e intervir com maior eficiência e eficácia principalmente nas estratégias de prevenção, de avaliação e de tratamento. A atuação da enfermagem não deve se preocupar somente com os procedimentos, mas também com questões relacionadas à sua subjetividade, visando uma assistência integral de qualidade (ROCHA, CARNEIRO e SOUZA, 2014; CRUZ et al, 2016).

É importante compreendermos esses aspectos subjetivos, pois influenciam diretamente na maneira que o indivíduo elabora seus sentimentos e as representações sobre o adoecimento. As determinações de gênero, de acordo com o que se tem posto em cada

sociedade e tempo histórico, pode determinar conflitos internos tão adoecedores quanto às desordens físicas.

Como forma de uniformizar a nomenclatura utilizada com estudos mais atuais e para que esteja de acordo com o tipo de ferida crônica que acomete os participantes desta pesquisa, utilizaremos o termo úlcera de perna.

2.2 GÊNERO E MASCULINIDADES

Algumas definições são necessárias para a compreensão dos fenômenos de ordem subjetiva que envolvem a vida de pessoas que vivem com úlceras de perna.

O sistema que dá sustentação às concepções gênero baseadas nas diferenças sexuais como justificativa para as desigualdades constituiu-se a partir da concentração de recursos e propriedade nas mãos dos homens, definindo um sistema de heranças ligado a uma genealogia por via varonil. As mulheres, sendo-lhes atribuído um papel essencialmente circunscrito à casa, foram marginalizadas em relação às instituições de poder político, da transmissão do conhecimento e de formação profissional (MACEDO e AMARAL, 2005).

Segundo a definição de Rosenblatt (1994), apresentada por Macedo e Amaral (2005), patriarcado é:

sistema de organização social, formado a partir de células familiares estruturadas de tal forma que as tarefas, as funções e a noção de identidade de cada um dos sexos estão definidas de uma forma distinta e oposta, sendo estabelecido que as posições de poder, privilégio e autoridade pertencerem aos elementos masculinos, quer ao nível familiar, quer ao nível mais lato da sociedade no seu todo. (ROSENBLATT, 1994 apud MACEDO e AMARAL, 2005, p. 145)

Adotaremos aqui a concepção de gênero de acordo com teorias feministas que o consideram como categoria crítico-analítica. O dicionário da crítica feminista faz um apanhado sobre a construção e desenvolvimento do conceito de gênero, fugindo dos conceitos tradicionais que circundam o gênero em definições e classificações amparadas nas diferenças derivadas de aspectos biológicos do sexo.

O trabalho pioneiro da antropóloga Margaret Mead (1935), baseado na teoria de que o sexo é biológico, mas que o comportamento sexual é uma construção social, proporia implicitamente a diferença entre sexo e gênero. Após quatorze anos do trabalho de Mead, Simone de Beauvoir chamaria atenção para o fato de, na ordem simbólica, a diferença sexual não seja acidental. Ninguém nasce mulher: torna-se mulher, escrevia Beauvoir, numa

formulação que se tornaria famosa nos estudos feministas (Beauvoir, 1975, p. 285). Beauvoir abriu o caminho da categoria gênero. Gênero é a construção social ou cultural do sexo. Elizabet Wiid definiu como uma categoria problemática, pois permanece radicada na biologia, um polo deslocado (MACEDO; AMARAL, 2005, p. 87).

Para Joan Scott, gênero é uma categoria de análise desenvolvida de forma a incluir o leque existente nos papéis sexuais e no simbolismo sexual, que são distinções fundamentalmente sociais baseadas no sexo. O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais”. É uma maneira de referir-se às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres (SCOTT, 1986).

Os estudos de gênero estudam uma configuração sócio cultural determinada, com efeitos muito diferentes, ainda que precisos, que se ancoram na diferença sexual (seja simbolizando-a, seja criando-a) (PARRINI, 2012).

Segundo Salih (2012), Butler defende que todos os corpos são “generificados” desde o começo de sua existência social, o que significa que não há “corpo natural” que preexista à sua inscrição cultural. Isso parece apontar para a conclusão de que gênero não é algo que somos, é algo que fazemos. A ideia de performatividade é introduzida por Butler (2000) ao afirmar que “o gênero demonstra ser performativo – quer dizer, constituinte da identidade que pretende ser ou que simula ser”. Nesse sentido, gênero é sempre um fazer. Para Butler:

não há identidade de gênero por trás das expressões de gênero; a identidade é performatividade constituída pelas próprias expressões que supostamente são seus resultados. Além disso, performatividade não é um "ato" singular, pois ela é sempre uma reiteração de uma norma ou conjunto de normas (BUTLER, 2000).

Butler (2000) questionou as formas estáveis que eram dadas ao gênero dentro de um sistema classificatório que só considerava um tipo de homem e um tipo de mulher e foi a partir dos debates e pesquisas gays e lésbicas que começaram os questionamentos acerca da heteronormatividade.

Também o interesse pela masculinidade como objeto de estudo teve origem no movimento feminista desde a década de 1960 e nos movimentos gay e lésbico, que passaram a exigir novas reflexões sobre as identidades sexuais, questionando uma masculinidade hegemônica, branca e heterossexual.

Connell (1995), em obra clássica, demonstra preocupação pela forma como o tema da masculinidade ganhou a mídia e os livros populares que ignoram resultados de pesquisa, o que deu margem ao retorno de ideias obsoletas a respeito de diferenças “naturais” entre os

sexos e a “verdadeira” masculinidade. Ele coloca sua obra no campo das ciências sociais e dos estudos de gênero, bem como no da pesquisa científica, com fundamentos teóricos e empíricos. Além disso, analisa formas de entender a masculinidade, através da psicanálise.

Para Kimmel (1987), os novos modelos de papéis masculinos não substituíram os antigos, mas têm crescido paralelamente a esses, criando uma tensão dinâmica entre o provedor ambicioso e o pai misericordioso, entre o macho sedutor e a companhia amorosa (BRUSCHINI e RICOLDI, 2010).

Segundo a definição do dicionário da crítica feminista:

masculinidade é o termo que cobre todo o campo da investigação que, na área dos estudos sobre gênero e sexualidade, se reporta a significado culturais da pessoa que, sendo ideologicamente remetidos para o terreno da essência dos homens são, através de processos metafóricos aplicadas às mais variadas áreas da interação humana e da vida sociocultural (MACEDO e AMARAL, 2005 p. 123).

Todavia, são poucos os estudos que tratam de masculinidades, assim como é recente sua construção teórico-epistemológica. Um exemplo significativo nesse campo foi a realização, em 2007, nos Estados Unidos, do evento “Politicising Masculinities: Beyond the Personal” (Politizando Masculinidades: além do pessoal)². No relatório do evento, foram publicadas respostas de alguns participantes, de países diversos, à seguinte pergunta: “O que nós queremos dizer com masculinidades?”, trazendo à tona a variedade de significados para o termo, Esplen et al (2012).

Não existe uma só masculinidade, no singular. Ao contrário, existem múltiplas masculinidades no mundo, representando diferentes padrões de prática associados com as posições dos homens em vários sistemas de gênero (Raewyn Connell, em Esplen et al (2012)).²

Esplen et al (2012), relatoras do evento, afirmaram que, a partir dos anos 80 do século 20, um número considerável de pesquisas foi desenvolvido em busca de um melhor entendimento sobre masculinidade. Para elas, o que ficou claro é que não há uma única versão de masculinidade e, em vez disso, as construções de masculinidade variam com o tempo e dentro de diferentes culturas, criando uma multiplicidade de masculinidades.

Robert Connell define masculinidade como sendo “uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero”, e salienta que existem “mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade”.

² Tradução feita pela autora.

Devido a essa pluralidade, não se deveria falar em “masculinidade”, mas em “masculinidades” (CONNELL, 1995b, p. 188). Dentre as inúmeras masculinidades, haveria uma que seria considerada como sua forma “hegemônica”, correspondendo a um ideal cultural de masculinidade. Além dessa forma de masculinidade, existiriam outras que manteriam relações de subordinação, aproximação ou de marginalização em relação à hegemônica (CONNELL, 1997, p. 39-43; CONNELL, 1987; CONNELL, 2000; MEDRADO e LYRA, 2008).

Nolasco (1997), ao falar da masculinidade, afirmou existir uma crise. Para esse autor, a crise masculina pode ser compreendida como uma tentativa, uma possibilidade para os homens diferenciarem-se do padrão da masculinidade socialmente estabelecido para eles. Entretanto, segue esse autor dizendo que qualquer homem traz dentro de si um projeto de vida, mas nem sempre carrega consigo a liberdade para reformulá-lo e diferenciá-lo das características prescritas em seu papel social: ser viril, conquistador, ter sucesso, poder e prestígio social. Quando um homem apresenta limitações físicas ou enfermidades que carregam um estigma considerado negativo, como as úlceras de perna, ele pode enfrentar essa crise de forma mais potencializada.

Para Arilha (1999), embora alguns estudos mostrem que a ideia de ser homem é a de ter muito sexo, liberdade e diversão, uma vez que a sexualidade masculina seria algo incontrolável, primitivo e instintivo, os depoimentos de pesquisa evidenciaram que “ser homem”, para os entrevistados, significa a noção de responsabilidade, respeitabilidade, maturidade do homem casado, com filhos, encargos profissionais e provedor de uma família.

Essas concepções circulam há muito tempo como se pode constatar no livro de José Alencar, “Diva”, de 1864. Ao analisar as relações de gênero nesse romance, Zimmermann (2012) observou a fixidez dos papéis de gênero que estão constituídos e, então, naturaliza-se pela linguagem a divisão binária pautada entre os “sexos”. No comportamento de Diva e de Emílio (protagonistas), observa-se que o modelo ideal de relações entre homens e mulheres seguiu, em parte, a concepção de moralidade marcada por noções de honra para os homens e de vergonha para as mulheres, ideia também associada à dicotomia público/privado.

Como o romance constrói a masculinidade? Augusto, como o narrador, entende que ao homem cabe um papel ativo na vida pública e privada. Sabe-se que a conceituação da masculinidade na cultura ocidental é de que o masculino é ativo, sobretudo em relação às práticas sexuais, mas a masculinidade dominante não se relaciona apenas ao ato sexual ativo, mas também a várias outras caracterizações como a hiperatividade e o domínio das relações entre os gêneros (ZIMMERMANN, 2012).

Segundo Nascimento e Hetkowsky (2009), ser homem é um exercício contínuo de negação, mais do que de afirmação. Exercitar a masculinidade é negar atributos ditos femininos e tentar se aproximar, ao máximo, e a todo custo, à *imagem* do homem ideal que todos os homens constroem ao longo de suas vidas.

Essa imagem tem impedido, aos próprios homens, desenvolver-se e participar em âmbitos do entorno individual e coletivo como, por exemplo, o cuidado de filhas e filhos além de colocar a mulher em uma posição de subordinação em relação ao homem.

Segundo Parrini (2012), estudar masculinidade(s) não é, necessariamente, estudar os homens. Assim como os estudos feministas, os estudos de masculinidade, ou masculinidades, deveriam abordar um sistema de relações sociais, políticas, simbólicas, culturais, subjetivas e corporais que resulta em certos efeitos políticos: a subordinação das mulheres; sua opressão; a violência; e a desigualdade.

2.3 SEXUALIDADE DO HOMEM

É preciso não perder a perspectiva de que lesões que se inscrevem nos corpos, sejam eles femininos ou masculinos, acabam por interferir na sexualidade.

Sabe-se que a sexualidade é uma invenção do século XVIII e, que em sua trajetória ocidental, passou a significar uma dimensão da pessoa humana, moderna, radicalmente importante para a explicação de quem ela é. Assim como o corpo, a sexualidade deve ser relativizada, porque ambos são histórica e culturalmente produzidos. Segundo Heilborn (2002), a sexualidade e o corpo não diferem, como problema intelectual, de qualquer outra área do pensar antropológico.

Sexualidade não é sinônimo de sexo e “não está relacionada somente à relação sexual, ela possui um significado mais amplo, envolvendo sentimentos, carícias, palavras, entre outros aspectos”, afirmaram Coelho et al (2010) em um estudo sobre as percepções de mulheres idosas sobre sexualidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a sexualidade humana é parte integrante da responsabilidade de cada um:

A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. É energia que motiva a encontrar o afeto, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas se tocam e são tocadas (OMS, 2000).

Antes do conceito da OMS, Michel Foucault (1988), em sua obra “A história da sexualidade”, levanta a questão de que não se deve conceber a sexualidade como uma espécie de dado da natureza.

Segundo Ribeiro (1999), a sexualidade sofre influência do dispositivo que concebeu uma sociedade voltada para o consumo e, como tal, é efeito desse dispositivo. É o que Foucault (1988) considera como um dispositivo da sexualidade, dado que o sexo é um objeto histórico gerado por esse dispositivo que, de acordo com ele:

Trata-se de uma rede de instituições e de mecanismos de apoio que *inventam, modificam, reajustam, segundo as circunstâncias do momento e do lugar, a ponto de se obter uma estratégia global, coerente, racional.(...)* O dispositivo da sexualidade se articula aos parceiros sexuais e funciona de acordo com técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder. O dispositivo da sexualidade engendra uma extensão permanente dos domínios e das formas de controle. O que é pertinente para o dispositivo da sexualidade são as sensações do corpo, a qualidade dos prazeres, a natureza das impressões, por tênues ou imperceptíveis que sejam (FOUCAULT, 1988).

A questão sobre o que nós somos, sob a perspectiva foucaultiana, é relacionada ao sexo. Não ao sexo-natura (abordagem biológica), mas ao sexo-história, ao sexo-significação, ao sexo-discurso.

O filósofo faz do sexo um objeto histórico gerado pelo dispositivo da sexualidade. Preocupou-se em analisar o *que aconteceu no ocidente que faz com que a questão da verdade tenha sido colocada em relação ao prazer sexual*. Preocupou-se, sobretudo, em abordar a sexualidade no âmbito do discurso científico.

De acordo com a definição de Foucault (1988):

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 1988, p.100).

Ao falar da proibição e repressão exercida sobre a sexualidade dos indivíduos, Foucault (1988) afirma que, em outros tempos históricos, o que hoje se denomina “orientação sexual” para designar a heterossexualidade e a homossexualidade não era objeto de categorização específica, o que significa dizer que as condutas sexuais não produziam tipos específicos de pessoas.

Mesmo com uma ampliação nas discussões e estudos, ressignificações acerca da sexualidade e de gênero, à mulher, ainda é dada socialmente a função de procriar enquanto

que o sexo ligado ao prazer ainda é vinculado à figura masculina. Heilborn (2006, p. 31) observa que as “prescrições culturais hegemônicas acerca de gênero modelam a feminilidade em torno da maternidade e, a masculinidade, sob o signo da sexualidade”.

Segundo a definição do dicionário da língua portuguesa Houaiss (2009), “masculino” é o que se compõe só de homens e tem como sinônimo “ másculo”, sendo que esse termo denota qualidades consideradas próprias do homem: vigoroso, *viril*. Já no dicionário de psicologia da APA (2010), “virilidade” é o estado de possuir as qualidades de um homem adulto, especialmente capacidade para o coito. Essas definições não se distanciam do que é disseminado no senso comum, a ideia de que o homem é o ser que tem, naturalmente, a capacidade para ser o vigoroso e estar sempre apto e pronto para a prática sexual faz parte do imaginário das pessoas. De acordo com Carrara e Heilborn (2012):

Para alcançar o estatuto de homem viril, o homem deve passar por certas provas como cortejar várias mulheres, ter muitas namoradas e, finalmente, persuadir uma para que se torne sua esposa. Ter filhos seria a prova de que o homem “serve”. Em última instância, a virilidade se media por meio de mulheres e filhos (CARRARA e HEILBORN, 2012, p. 64).

Sendo assim, a sexualidade masculina é definida em torno de sua virilidade, algo que deve ser inato ao homem e prova de sua masculinidade, pensada de forma heteronormativa, o que implica em desvio da normalidade a homossexualidade. O homem torna-se um desviante, sua masculinidade é questionada ao não alcançar modelos que regem a virilidade e a masculinidade hegemônica que giram em torno da atividade e iniciativa quando se trata de sexo. Não é à toa que a centralidade da sexualidade masculina é dada em torno do pênis e da ereção, como prova irrefutável da sua sexualidade “normal”, o que gera tensão e medos em torno do não funcionamento do seu órgão afirmador de masculinidade, tal como o medo da impotência sexual ou da disfunção erétil.

Giami (2009) discute sobre como a impotência sexual, antes analisada pela psicanálise, associada a traumas infantis ou às parceiras e normas sociais, tinha uma abordagem mais ampla e não centrada no biológico e foi substituída pela noção de disfunção erétil, que era definida como a incapacidade persistente de conseguir ou manter uma rigidez suficiente na ereção para ter uma relação sexual. Essa definição não inclui nenhuma repercussão psicológica relacionada à desordem, que caracterizava as abordagens anteriores da impotência. Os conceitos de etiologia psicológica e a dimensão comportamental dos tratamentos são abandonados.

Esse modelo inscreve-se no quadro estereotipado do senso comum sobre a sexualidade masculina, dominado pelas urgências biológicas e pela falta de referência às relações e aos sentimentos que unem os parceiros.

Nos discursos sobre a medicalização da sexualidade masculina, Rohden (2012) discute os dois marcos com distinções claras quando uma abordagem foca a doença e a outra o interesse do homem em manter-se ativo:

O grande movimento de intervenção na sexualidade masculina ocorrido no início do século XX no Brasil em torno da sífilis e do combate mais geral das doenças venéreas. O segundo diz respeito à medicalização da sexualidade via o foco na disfunção erétil e na chamada andropausa (distúrbio androgênico do envelhecimento masculino) e a criação de uma nova farmacologia do sexo que se torna incontornável na passagem para o século XXI (ROHDEN, 2012, p. 2646).

Esse contraste permite perceber certas diferenças importantes. Destaca-se a nova ênfase na noção de saúde sexual baseada no aprimoramento individual e uso de medicamentos, além da promoção do interesse masculino no Segundo essa autora, o desempenho sexual, como porta de entrada para se chegar ao tratamento da saúde do homem. seria uma forma de “capturá-los pelo sexo”. Mas dessa forma estaríamos colaborando para a manutenção desses estereótipos. Ao invés da medicalização a investigação das causas e outras formas de tratamento devem ser postas como ações prioritárias, assim como repensar a abordagem da disfunção erétil como um processo que pode estar inserido em diversos fatores não só físicos ou biológicos.

2.4 O HOMEM E O CORPO ABJETO NO ADOECIMENTO CRÔNICO

O motivo pelo qual as úlceras de perna intensificam os sentimentos referidos deve-se ao fato de as alterações provocadas pelo adoecer crônico afetarem íntima e psicologicamente a pessoa, pois vão muito além da patologia em si, do membro ou órgão afetado. Elas causam dor, preconceito, vergonha, odores, alterações corporais e afetam a execução das atividades diárias, tornando-se experiências difíceis de enfrentar.

O homem que possui o corpo ferido cronicamente passa a representar seu corpo de forma diferente, ele ressignifica o corpo, estando fora do que é determinado a partir dos padrões de gênero amparados no patriarcado que regem os corpos de homens e mulheres. Tais padrões são destacados por Bonomo e Barros (2009), em seu estudo realizado com jovens da zona rural, em que a figura do homem foi relacionada à força e ao trabalho. Os autores

alertam, no entanto, que a masculinidade possui diversos significados provenientes de diferentes inserções culturais e práticas dos sujeitos.

O corpo é construído socialmente, agrega vivências, valores de uma determinada época, de um determinado povo, de uma determinada cultura. Gualda et al (2009) afirmam, ainda, que o corpo é a origem do nosso modo de ser e representa a forma como nos relacionamos com o mundo, pois o corpo, assim como a verdade, não é universal. Essa maneira de reagir ao mundo depende muito do contexto no qual cada um está inserido, das concepções, das vivências e dos valores construídos ao longo da vida. Segundo Lorenzi e Saciloto (2006), a construção social do corpo é realizada através da linguagem.

A linguagem é a responsável pela veiculação das representações sociais e é através das nossas representações e das representações de quem nos cerca que definimos quem somos. Sendo assim, a construção da identidade está intimamente ligada à definição de como meu corpo comunica-se e apresenta-se ao mundo. Louro (2000) ainda afirma que “aprendemos a classificar os sujeitos pelas formas como eles se apresentam corporalmente”. E todas as formas de linguagem e a forma como as mensagens são passadas estão intimamente ligadas à cultura, à sociedade e à época. Na contemporaneidade, para Felipe (2006), os corpos podem ser entendidos como possíveis mensageiros, produzidos na pluralidade de culturas e práticas educativas.

Mello e Nuernberg (2012) afirmam que está cada vez mais comum, entre estudiosas/os feministas, o resgate de conceitos como “performatividade” e “corpos abjetos” para se referir à condição da pessoa com deficiência.

A abjeção ou repulsa que o corpo deficiente provoca nos “normais”, afeta a relação com o outro e com o próprio corpo naquele que se sente diferente, sendo ele exterminado ou segregado, apartado do convívio com os “perfeitos, belos e saudáveis” (MELLO e NUERNBERG, 2012, p. 644).

Assim como a deficiência, os corpos feridos remontam à *performatividade queer*. Sendo que, para Mello e Nuernberg (2012), o corpo deficiente, enquadra-se dentro de um sistema de classificação e de produção de sujeitos, em que o padrão de normalidade é inventado no marco das relações de assimetria e de desigualdade. Nesse sentido, os corpos feridos, assim como os corpos deficientes, também são considerados corpos *queer*³, corpos

³ “Queer pode ser traduzido por estranho, talvez ridículo, excêntrico, raro, extraordinário”, diz Louro (2004, p. 38). A ideia dos teóricos foi a de positivar essa conhecida forma pejorativa de insultar aos homossexuais.

abjetos. Elas salientam, ainda, que a masculinidade e a deficiência contradizem-se ao pensar em uma masculinidade construída sobre o binômio atividade/passividade. Essa ideia de contradição pode acabar sendo idealizada por homens que vivem com úlceras de perna que podem apresentar limitações físicas.

Oliveira e Romanelli (1998) lembram que, em nossa cultura, os padrões físicos de beleza são geralmente acoplados aos padrões morais, assim, o belo é comparado com o bom e os padrões definidores do feio induzem à ideia do mau. Essa mesma sociedade que estabelece o que é feio, bom, mau ou belo é a que constrói a noção de saúde e doença. A pessoa torna-se um doente segundo a classificação da sociedade, com base nos critérios que ela estabelece (GUALDA et al, 2009).

A rejeição está ancorada em reações de repulsa, nojo e afastamento expressados por pessoas com as quais tiveram contato, o que motiva recusa aos novos relacionamentos para evitar a repetição de ações discriminatórias causadoras de constrangimento. As atitudes de repulsa criam expectativas negativas sobre os encontros, nesse sentido outros tipos de interesses passam despercebidos já que a representação da repulsa justifica e dá um sentido para a pessoa ferida (CARVALHO, PAIVA e APARÍCIO, 2013).

Judith Butler refere-se à rejeição aos homossexuais, afirmando que são corpos abjetos, tidos como corpos que não deveriam existir:

O sujeito é constituído através da força da exclusão e da abjeção, uma força que produz um exterior constitutivo relativamente ao sujeito, um exterior abjeto que está, afinal, "dentro" do sujeito, como seu próprio e fundante repúdio. (...) A formação de um sujeito exige uma identificação com o fantasma normativo do sexo: essa identificação ocorre através de um repúdio que produz um domínio de abjeção, um repúdio sem o qual o sujeito não pode emergir. Trata-se de um repúdio que cria a valência da "abjeção" como um espectro ameaçador (BUTLER, 2000, p.112).

Isso porque é diferente do que prega a norma heterossexual, que adota a ditadura do corpo sempre jovem, saudável, desejável. Assim como ocorre com a orientação sexual, ocorre no processo saúde-doença. Pode-se dizer que o que acontece com os homossexuais e seus corpos "queer", descritos por Butler (2000), incide, também, nos homens e nas mulheres que têm seus corpos feridos: repúdio; e isolamento. É importante fazer uma articulação do campo de estudos das diversas patologias que, assim como as úlceras de perna, atingem não só o corpo, mas também a subjetividade dos indivíduos, provocando sofrimento, limitações, isolamento e, como tal, trazendo consequências ao campo da sexualidade.

Rui (2012), em sua tese sobre usuário de crack, reforça a ideia de que o corpo abjeto perturba os sistemas classificatórios, confunde e atrapalha a construção histórica do cuidado

de si. Os corpos abjetos vão na contramão, perturbam ideias de beleza e juventude, por exemplo, construídas ao longo da história. Segundo a autora, essa perturbação, no caso dos usuários de crack, leva ao pensamento de que pode acontecer com qualquer um, à ideia de contágio; esse perigo apavora, levando ao afastamento.

Segundo Nardi (1998), ao adoecer, o homem é remetido ao espaço privado; entretanto, como ele foi socializado para uma vida fora de casa, para o trabalho, para a rua, considera a casa como um espaço de passagem, não de permanência. Daí é que, quando se vê no ambiente doméstico, feminino, experimenta o sentimento de perda, de vergonha e de culpa. (NARDI, 1998 apud CARVALHO, PAIVA e APARÍCIO, 2013).

É com a emergência da modernidade, o capitalismo e a expansão das cidades industriais que se tece de forma mais inequívoca a associação do masculino à vida pública e do feminino à vida privada, assim impondo o modelo da família burguesa do século XIX (ABOIM, 2012. p. 111).

Além disso, o homem carrega o fardo de ser homem e, ao adoecer, vê-se impedido de cumprir o “papel”, as prescrições de gênero que lhes são impostas socialmente. Carvalho, Paiva e Aparício, em um estudo publicado em 2013, também abordaram o isolamento a que as pessoas que vivem com úlceras de perna estão submetidas:

(...) o afastamento das atividades laborais ou recreativas se torna cada vez mais intenso, a natureza repulsiva da ferida, suas secreções, odores e a dor que advém da mobilização, as recomendações de repouso tornam-se impeditivos para uma vida social fora de casa, conduzindo-os a maior permanência dentro do espaço doméstico, além do medo da exposição ao julgamento alheio, e a rejeição do público (CARVALHO, PAIVA e APARÍCIO, 2013).

As autoras revelaram, ainda, a distinção do significado desse isolamento entre os homens e as mulheres. Ressaltam que as mulheres investem no fortalecimento dos vínculos com os filhos e outros familiares, enquanto os homens destacam as limitações sobre sua mobilidade nos espaços públicos. Sendo a esfera pública central na construção das relações entre os homens, seu isolamento é referido como uma espécie de confinamento no espaço doméstico, que é domínio de mulheres. Nesse aspecto, é preciso ressaltar que é sempre ativa na masculinidade a ideia de bravura, de força física, de agressividade, de esperteza, de interesse pelas mulheres e de ausência de sentimentos.

O homem que antes era forte e viril, devido à doença, precisa aprender a lidar com limitações e sentimentos não convencionados - pelo menos não tão claramente – necessita reconstruir a sua identidade numa nova perspectiva de ser homem. Entretanto, isso permanece no privado, porque no público,

ainda figura como independente e dono de si, não dependendo de outras pessoas em diversos aspectos da sua vida. Diante disso, necessita-se compreender o homem como ser histórico e cultural, que constrói e significa sua identidade mediante às teias de relações por ele construídas e que dão sentido a como ele entende e vivencia as situações, inclusive de doença (PINTO et al, 2014).

Estudos revelam que esse isolamento, também, dá-se pelo fato de os homens sentirem-se impossibilitados de dividir seus medos com as pessoas, até mesmo por vergonha da situação ou por constrangimento, pois acham que nunca iria acontecer com eles ou que nunca adoecem, porque são fortes (PEREIRA et al, 2014).

Na análise de gênero feita no estudo de Pereira et al (2014), sobre o carcinoma da pele, outras questões foram notadas, como o destaque dado nas falas dos homens às questões do trabalho em detrimento ao tratamento – outro motivo para o abandono ou não procura do serviço de saúde. A informação surgiu nesse estudo como um importante meio de aceitação e enfrentamento da doença, mas, diferente dos homens, as mulheres pareceram mais dispostas, buscando informar-se e conhecer sobre a doença não apenas no momento da consulta médica, mas também com o apoio de recursos tecnológicos (internet) e compartilhando as dúvidas com outras pessoas que passaram pela mesma situação.

Os homens, por exemplo, tendem a reagir à doença adotando comportamentos de risco para a saúde, como o aumento da ingestão de álcool ou tabaco, influenciados pelas normas de gênero (GIANNINI, 2007).

Uma mudança de práticas de risco por parte dos homens pode ser pensada a partir do estudo das representações sociais que são construídas e veiculadas acerca de questões como corpo e sexualidade de homens e mulheres, ainda definidas por concepções binárias de gênero. E, para a proposta de compreender esses processos elaborados por homens que vivem com úlceras de perna, definiu-se o referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes – formas essas que são dinâmicas. Ela parte da psicologia social, que estuda o sistema cognitivo a partir do qual percebemos o mundo.

É na psicologia social que a representação social ganha uma teorização, desenvolvida por Serge Moscovici, em sua obra “La Psychanalyse, son image, son public”, de 1961, e aprofundada por Denise Jodelet. Essa teorização passa a servir de ferramenta para outros campos, como a saúde, a educação, a didática, o meio ambiente, e constitui a escola, apresentando inclusive propostas teóricas diversificadas (ARRUDA, 2002).

Moscovici (2003) partiu da ideia de representações coletivas de Durkheim para formular a TRS. Diferente das representações coletivas, as representações sociais são dinâmicas: são desfeitas e novas são formadas. Moscovici (2003) declara que as RS, por serem compartilhadas socialmente, compreendem fenômenos psicossociais e atendem às funções de elaborar condutas, o que permite compreender e explicar a realidade, transmitir e difundir o saber e orientar as comunicações sociais, guiando os comportamentos e a prática.

O fenômeno das representações sociais constitui uma forma de pensamento social que abrange informações, experiências, conhecimentos e modelos que circulam na sociedade e que são recebidos e transmitidos pelas tradições, pela educação e pela comunicação social, o que o torna presente em todas as áreas da vida humana, não se restringindo aos acontecimentos culturais ou políticos (OLIVEIRA, 2004).

As RS são construções mentais que surgem de uma necessidade e ajudam a orientar a conduta no dia-a-dia, sendo verdadeiras “teorias do senso comum” (JODELET, 2001, p. 22).

Segundo Moscovici (2003), sempre e em todo lugar, quando nós encontramos pessoas ou coisas e nos familiarizamos com elas, representações estão presentes; isso acontece porque elas são produto de nossas ações e de nossa comunicação.

Nossas reações aos acontecimentos, nossas respostas aos estímulos, estão relacionadas a uma determinada definição, comum a todos os membros de uma comunidade de que pertencemos. As representações, para Moscovici (2003), têm a função de categorizar as coisas ou as pessoas e são prescritivas, impondo sobre nós uma força irresistível, pois pressupõem a relação, a comunicação e, dessa forma, são criadas e veiculadas.

Para que haja uma representação é preciso que exista um grupo que compartilhe das mesmas experiências, um único indivíduo, isolado, não cria uma representação. Uma vez criadas, elas adquirem vida própria, circulam, se encontram, se atraem, se repelem (MOSCOVICI, 2003. p. 41).

É através da interação e da comunicação que nascem as representações sociais com o intuito de que o não familiar torne-se familiar e, para isso, é necessário colocar em funcionamento os dois mecanismos de um processo de pensamento, baseado na memória e em conclusões passadas e que ocorre de maneira simultânea: a ancoragem e a objetivação.

O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar. Ancorar, segundo Moscovici (2003), significa classificar, dar nome a alguma coisa. O objetivo do segundo mecanismo é objetivá-los, ou seja, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico. Objetivação une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida, primeiramente, como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos, física e acessível.

Para Macedo e Passos (2006), esse processo é um encadeamento de fenômenos interativos que ocorre de forma dinâmica em que grupos e indivíduos participam, produzindo e construindo significados.

Um destaque à importância de estudos no campo das RS relacionados com a prática de saúde foi dado por Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2004), quando referem que eles possibilitam a apreensão de processos e mecanismos pelos quais o sentido do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos em suas relações cotidianas.

Camargo, Justo e Alves (2011) evidenciaram a importância do estudo do corpo com base na TRS, com a justificativa de que as RS assumem um papel importante na elaboração de maneiras coletivas de ver e viver o corpo, difundindo modelos de pensamento e de comportamento a ele relacionados. Essas autoras concluíram, a partir da análise das falas dos participantes do estudo, que a insatisfação corporal está relacionada à dependência da aprovação do outro em relação ao seu corpo. Além disso, evidenciaram a conexão do social com o individual que a aparência proporciona e, também, como a aparência corporal mostra-se como um fator facilitador nos relacionamentos com as pessoas e na conquista da afetividade delas.

Pesquisas utilizando a TRS demonstram como ela pode contribuir com a compreensão do corpo para além da dimensão individual e psicológica, esclarecendo o papel do

conhecimento compartilhado na valorização do corpo, na importância da beleza e da saúde bem como suas consequências para as pessoas (CAMARGO, JUSTO e ALVES, 2011).

As concepções e as representações do corpo, bem como a beleza, sofreram transformações ao longo da história em cada sociedade, associadas às mudanças socioeconômicas e culturais. Entretanto, as representações sobre corpo e sexualidade, por serem socialmente construídas e compartilhadas, apresentam-se de forma distinta para homens e mulheres.

Segundo Braga, Molina e Figueiredo (2010) uma importância exagerada é dada à imagem e à aparência, principalmente, nas sociedades contemporâneas ocidentais. Com isso, cada vez mais nos confrontamos com os muitos recursos existentes que constroem e fortalecem diariamente o universo da beleza e da estética, tanto no feminino quanto no masculino.

Ao estudar as representações sociais de adolescentes sobre o corpo, Braga, Molina e Figueiredo (2010) observaram que, na percepção do(a)s adolescentes, para uma garota ser considerada como tendo um corpo bonito/legal, tem de ter um corpo mais magrinho, definido, estilo violão(características ligadas à estética da beleza) e, para os meninos, também prevalecem qualificadores físicos quando afirmam que esse deve ser definido, forte e malhado. O corpo masculino, no aspecto funcional, foi destacado e associado à questão do trabalho ao afirmarem que o corpo masculino deve ser “um corpo que aguente”.

Há também distinção no que se refere às representações sociais sobre sexualidade masculina e feminina. De acordo com Heilborn (2006) a feminilidade é representada em torno da maternidade e a masculinidade sob o signo da sexualidade. As autoras relacionam essa distinção às prescrições culturais hegemônicas acerca de gênero e que ocorrem também em decorrência das diferentes formas de socialização de homens e mulheres. Segundo Costa (2003), a socialização dos homens estaria associada à invulnerabilidade, à força e à virilidade.

Santana e Coutinho (2005) afirmam que a forma como as pessoas representam um determinado fenômeno influencia quando não determina sua forma de agir, isto é, suas condutas diante desse fenômeno. As RS apresentam funções sociais por meio das orientações de condutas e comunicações e funções afetivas, envolvidas na proteção e legitimação de identidades sociais (CAMARGO, JUSTO e ALVES, 2011).

Entender como os homens que vivem com úlceras crônicas representam corpo e a sexualidade é entender de que maneira eles expressam essa sexualidade e como eles agem diante da situação em que se encontram.

Todas as coisas, tópicos ou pessoas banidas ou remotas, todos os que foram exilados das fronteiras concretas de nosso universo possuem sempre características imaginárias; e preocupam e incomodam exatamente porque estão aqui, sem estar aqui; eles são percebidos, sem ser percebidos; sua irrealidade se torna aparente quando nós estamos em sua presença; quando sua realidade é imposta sobre nós (...) coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existem e ao mesmo tempo são ameaçadoras (MOSCOVICI, 2003, p. 56).

O surgimento da úlcera de perna na vida do indivíduo e sua cronificação remetem a preconceitos sobre o corpo ferido, debilitado, presente e compartilhado na sociedade. Os processos de formação e de veiculação das representações sociais preveem comparações, rótulos e categorizações que, muitas vezes, acabam excluindo por seu caráter classificatório.

Conhecer as representações sociais sobre corpo e sexualidade de pessoas que vivem com úlceras de perna é fundamental para entender de que forma esses indivíduos lidam com o próprio corpo e a sexualidade, como os representam e, dessa forma, guiam suas práticas corporais.

4 METODOLOGIA

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade [...] inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). (MINAYO, DESLANDES E GOMES, 2012).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), que se preocupa em explorar conhecimento prático e do senso comum e dá o aporte teórico necessário para a compreensão do fenômeno estudado a partir das representações e práticas dos homens participantes da pesquisa. Admite-se que corpo e sexualidade de homens feridos sejam um objeto social, o que torna a teoria e a metodologia eleitas adequadas à investigação.

Pesquisar um objeto social utilizando o aporte teórico da teoria das representações sociais é procurar compreender as formas com que os grupos expressam seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida (COUTINHO, 2001, p.39).

A TRS que é originalmente uma teoria da Psicologia Social torna-se importante para a investigação de representações sociais de objetos de interesse da enfermagem por estarem ligados às práticas de saúde. O conhecimento elaborado no senso comum, pelos indivíduos, é o guia condutor de suas atitudes.

A compreensão de fenômenos sociais de forma subjetiva requer uma metodologia capaz de compreender tais fenômenos para além dos números. Para Nascimento, Schulze e Camargo (2000), a abordagem qualitativa desenvolve delineamentos metodológicos que buscam ser suficientemente abertos para fazer justiça à complexidade dos temas, segundo os autores, nessa abordagem, os fenômenos são estudados na sua totalidade.

É importante salientar que, na pesquisa fundamentada na TRS, o objeto nunca deve ser dissociado do sujeito que, nesse caso, são os participantes do estudo, que serão descritos posteriormente.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Feira de Santana está localizada a 108 km da capital Salvador e tem 617.528 habitantes. Trata-se da cidade escolhida para a realização da pesquisa. Inicialmente, pretendia-se realizar a pesquisa, também, no ambulatório de feridas de um hospital da rede pública da cidade, mas, devido às questões burocráticas, não foi possível, o que limitou o campo da pesquisa ao ambulatório de feridas de um centro especializado em cuidados a pessoas com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica. O centro foi escolhido por tratar-se de um local com uma grande demanda de pessoas com feridas crônicas, principalmente as úlceras de perna, além de já ter sido realizada pesquisa com mulheres na mesma instituição.

A recepção é o local onde a(o)s pacientes aguardam o atendimento para todas as especialidades, fisioterapia, farmácia, triagem, curativo, observação, posto de enfermagem e seis consultórios e foi possível realizar, com a devida privacidade, a coleta dos dados principalmente em um consultório próximo à sala de curativos sempre que essa estivesse desocupada o que se tornou possível através do agendamento prévio com os participantes da pesquisa.

Segundo o site da prefeitura municipal de Feira de Santana (www.feiradesantana.ba.gov.br), atualmente estão cadastrados 4.200 pacientes, sendo que, em média, três mil deles são acompanhados regularmente. Contam com o atendimento de uma equipe composta de clínico geral, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, enfermeira, endocrinologista, cardiologista, angiologista, nefrologista, psicólogo e técnico de enfermagem.

O atendimento é para usuária(o)s que já são acompanhada(o)s na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no Programa de Saúde da Família (PSF) e apresentam complicações por conta da diabetes ou hipertensão, toda(o)s ela(e)s são referenciada(o)s, passam por uma triagem que são avaliada(o)s, através de exames e consultas, observando existência de perfil para o atendimento no centro. Após ser atendido por uma equipe multidisciplinar e obtendo êxito no tratamento, a pessoa retorna à sua unidade básica de origem.

O serviço de curativo de feridas em pacientes acompanhados por esse centro vem obtendo êxito com a redução do tempo de tratamento e das amputações. Aproximadamente, mil pacientes fazem curativos a cada mês. A maioria deles tem diabetes, outros são hipertensos e apresentam problemas na circulação.

Por já ter realização de outra pesquisa no centro, a equipe já estava familiarizada com a coleta de dados, o que facilitou a aproximação e o acolhimento por parte das profissionais, ademais, estavam em outro endereço, com mais salas, o que facilitou a realização da pesquisa. O primeiro contato para esta investigação foi através da Secretaria Municipal de Saúde com a apresentação de um resumo do projeto e solicitação de uma carta de anuência por parte da Coordenação da Seção de Capacitação Permanente. Então, em reunião com a coordenadora da equipe, foi possível demonstrar o interesse em realizar a pesquisa, apresentando a proposta e agendando a apresentação dos resultados do estudo que outrora já tinha sido realizado como parte da apresentação dos resultados de pesquisa realizada no período de iniciação científica, com as mulheres usuárias do serviço.

A apresentação dos resultados foi uma oportunidade de estreitar os laços com a equipe, mas, devido à demanda de atendimento e choque de agendas, só foi possível apresentar para as profissionais de enfermagem da equipe de cuidados com feridas. Houve contribuição das enfermeiras no estabelecimento do vínculo e ganho da confiança dos homens atendidos, pois foi a partir do contato com as profissionais que houve apresentação aos pacientes e, a partir daí, era feito o convite para participação na pesquisa.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 17 homens, entre 29 e 72 anos, que estavam em tratamento no setor de cuidados com feridas do centro.

Critério de inclusão: ser maior de 18 anos; ter uma ou mais úlceras de perna há, no mínimo, um mês; aceitar participar da pesquisa de forma voluntária, sem qualquer remuneração para aceitação ou permanência na pesquisa.

Crítérios de exclusão: dor ou qualquer desconforto ou mal-estar no momento da coleta.

O contato com os participantes foi construído no momento do atendimento pelas enfermeiras da sala de curativo que, como exposto anteriormente, participava como mediadora entre a pesquisadora e usuário.

Os curativos eram agendados para uma vez por semana ou a cada 15 dias, dependendo da gravidade da lesão, muitos eram atendidos há anos e estabeleciam contato quinzenalmente, semanalmente, ou até mais de uma vez por semana quando iam para atendimento por outros profissionais.

Inicialmente, havia a apresentação, falava-se da experiência com a pesquisa e com as usuárias do centro, do propósito em estar ali e era feito o convite para participar da pesquisa,

sem entrar em detalhes do objeto de estudo, para evitar constrangimento ou influenciar em suas respostas. Já na sala da realização da coleta, mais detalhes eram fornecidos sobre a pesquisa e quaisquer dúvidas que eles tivessem sobre a pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice B), apresentado previamente. Deixava-se claro que eles poderiam desistir da participação em qualquer momento da entrevista. Depois, então, era marcada a coleta que poderia acontecer na próxima vez que estariam na unidade para atendimento ou, para os que dispusessem de tempo (que não era pré-determinado), era feita no mesmo dia. Eles também optavam pela realização de todas as etapas da coleta em um dia só ou se seria fragmentada, caso causasse qualquer tipo de desconforto.

A fragmentação da coleta pode ser feita sem nenhum prejuízo aos resultados, pois essa foi dividida em quatro etapas descritas a seguir.

4.4 A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de fevereiro a abril de 2015. Por ser um tema potencialmente causador de constrangimentos e que muitas pessoas preferem se privar de abordá-lo, o uso da TRS e de multitécnicas de coleta e análise de dados favorece a apreensão/captura do conteúdo, geralmente omitido no momento do atendimento e, provavelmente, no uso exclusivo de técnicas tradicionais como a entrevista. A escolha de uma metodologia diversificada pode contribuir para cercar a complexidade do fenômeno estudado (JODELET, 1989).

Uma alternativa para captar os conteúdos não filtrados pela censura, permitindo sua apreensão, é a utilização de técnicas projetivas. Segundo Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), elas favorecem a emissão de conteúdos que se encontram ocultos (latentes) e permitem trazê-los para o campo da consciência. As técnicas projetivas são flexíveis e potencialmente qualquer estímulo pode ser usado para produzir respostas projetivas. (POLIT et al, 2004).

Vale ressaltar que o uso das técnicas projetivas neste estudo teve por objetivo a pesquisa em si, buscando apreender as representações sociais do grupo sobre o objeto investigado. O uso clínico com o objetivo diagnóstico e terapêutico é privativo da(o)s psicóloga(o)s.

Além dos dados de identificação com um questionário sucinto, buscando informações acerca do perfil sócio demográfico dos indivíduos (apêndice A), foram aplicadas as técnicas do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), o Procedimento de Desenhos-Estórias com

Tema e a Entrevista em profundidade, sendo dividida em quatro etapas como pode ser visto no instrumento de coleta de dados utilizado (apêndice A).

Apesar de utilizar na pesquisa o termo “úlceras de perna”, para a coleta dos dados, foi utilizado o termo “ferida”, próprio do vocabulário dos participantes, para facilitar o entendimento.

4.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras

Trata-se de uma técnica projetiva, orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica do sujeito torna-se palpável através das manifestações de condutas, de reações, de evocações, de escolhas e de criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade (NÓBREGA e COUTINHO, 2011, p.95).

O teste de associação livre de palavras, o mais antigo dos testes projetivos, permite, em psicologia clínica, ajudar a localizar as zonas de bloqueamento e de recalçamento de um indivíduo. Este teste é aqui utilizado para fazer surgir espontaneamente associações relativas às palavras exploradas ao nível dos estereótipos que engendram (BARDIN, 2011).

O teste de associação livre de palavras (TALP) foi desenvolvido por Jung (1905), ancorado nos aportes psicanalíticos com a finalidade de estudo e análise do diagnóstico psicológico sobre a estrutura da personalidade de sujeitos. Na qualidade de técnica projetiva, possui a finalidade de atuar sobre a estrutura psicológica do indivíduo, sendo evidenciada a partir dos quatro principais objetivos de um teste projetivo: estimular; tornar observável; registrar; e obter comunicação verbal.

Os estímulos utilizados para o TALP foram verbais, sendo eles: sexo; sexualidade; corpo de homem; corpo de homem ferido; e sexo com o corpo ferido. Foi solicitado aos participantes que dissessem de uma até cinco palavras ou expressões que viessem à cabeça quando eles ouviam cada estímulo.

A aplicação do teste seguiu os critérios de aplicação estabelecidos por Coutinho e Nóbrega (2003).

– Antes da aplicação:

- Ilustrar com um exemplo (foi utilizado neste estudo o carnaval e o futebol);
- Salientar a importância das *expressões* ou *palavras isoladas*.
- O tempo é um fator fundamental, quanto mais rápido melhor.

Todos os testes foram gravados com gravador digital.

4.4.2 Desenho-estória com tema

Em alguns casos, foi necessária uma conversa antes da aplicação da técnica do desenho-estória com tema, pois alguns homens apresentavam dúvidas acerca da temática e do termo sexualidade.

O desenho-estória com tema é uma técnica projetiva que oferece a capacidade de obter resultados fidedignos em relação ao que o sujeito do estudo realmente pensa, detectando os aspectos mais profundos de suas vidas. O desenho e a estória funcionam como agentes facilitadores para acesso aos conteúdos inconscientes para trazê-los à tona e, através da interpretação dos dados coletados, identificar os significados presentes e latentes do conteúdo fornecido pela pessoa pesquisada.

Segundo Farias e Furegato (2005), sendo um processo inconsciente, o desenho retrata, em linguagem gráfica, o sentimento de quem desenhou e não necessita de uma habilidade especial com o desenho, podendo ser aplicado com públicos diversos.

os dados podem ser construídos através da comunicação formal e/ou informal. Os dados informais são gerados menos conforme regras de competência, tais como capacidade de escrever um texto, pintar ou compor uma música, e mais do impulso do momento, ou sob influência do/a pesquisador/a. (BAUER, GASKELL e ALLUM, 2002, p. 20)

A utilização de desenhos teve origem da psicologia clínica com o objetivo de avaliar e diagnosticar as estruturas da personalidade. Entretanto, a partir da década de 1980, estudiosos da psicologia social trouxeram essa técnica ao campo da pesquisa a partir do procedimento de desenho-estórias, criado por Valter Trinca (1972). Técnica psicodinâmica de investigação da personalidade com a finalidade de apreender elementos latentes por meio da projeção temática e gráfica.

O estímulo para a aplicação da técnica foi verbal, utilizando o seguinte enunciado: “faça um desenho que expresse a vida sexual de um homem que vive com uma ferida”. Foram disponibilizados lápis de cor de 12 cores, lápis comum, apontador e folhas de papel ofício em branco. Nesse momento, para que o participante se sentisse mais à vontade, ficava sozinho na sala e a pesquisadora só retornava quando o mesmo solicitasse ao término do desenho. Então, era solicitado que ele olhasse para o desenho e contasse ou escrevesse uma história sobre o que foi feito com início, meio e fim. Depois solicitava que desse um título à história. Assim, como o TALP, as histórias foram gravadas, exceto as dos que se sentiram mais à vontade escrevendo.

O grafismo e a estória juntos são facilitadores para o acesso a elementos latentes como as representações sociais do objeto estudado.

O desenho funciona como um estímulo para a percepção temática, uma vez que, após desenhar, o sujeito conta uma estória sobre o que desenhou. A técnica do desenho-estória com tema é constituída pela associação de processos expressivos-motores (desenho livre) e perceptivos-dinâmicos (técnicas temáticas) (COUTINHO; NÓBREGA, 2003).

4.4.3 Entrevista semi-estruturada

Como última etapa foi aplicada a entrevista semi-estruturada com uma questão disparadora (*fale sobre como ficou sua vida depois da ferida*) e outras norteadoras (*e seu corpo? Como você o vê depois da ferida? E a sexualidade?*), caso houvesse necessidade de trazer a fala de volta ao objeto do estudo. Nesse momento foi permitido a eles falar livremente e, também, foi o momento de retiradas das dúvidas (tanto dos entrevistados como da pesquisadora) sobre o que foi dito nas etapas anteriores da coleta.

Os métodos se corretamente valorizados permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2013, p.191).

Todo o conteúdo gravado foi transcrito pela pesquisadora para efeito de análise.

4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição de todo o material do TALP, entrevistas, “estórias”, digitalização dos desenhos e com o foco nos objetivos já estabelecidos para esta produção, procedeu-se a organização e análise dos resultados.

4.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras

Após a transcrição do TALP, foi possível observar uma variedade de expressões e poucas repetições dos termos, fato ocorrido devido ao número de participantes e à dificuldade em evocar apenas palavras ou expressões curtas.

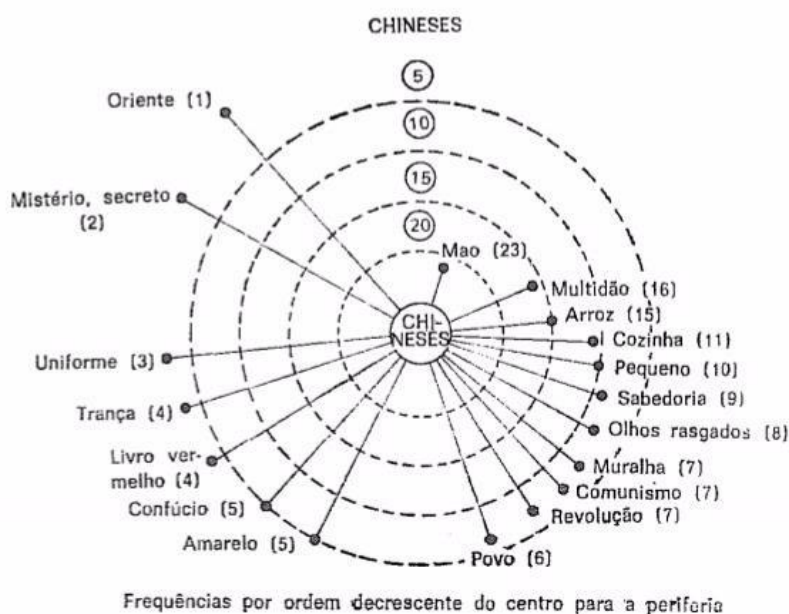
Sendo assim, seguimos à lematização e organização por similaridade semântica e afinidades, além da organização por ordem alfabética para facilitar a classificação (COUTINHO e NÓBREGA, 2003).

A análise dos dados resultantes do TALP dos participantes dessa investigação foi estabelecida e construída, tomando, como forma de organização dos dados, a proposta estabelecida por Bardin (2011) para análise de conteúdo de Teste de Associação de Palavras, exemplificada em um estudo de estereótipos e de conotações espontaneamente partilhados pelos membros de um determinado grupo.

Uma vez reunida a lista de palavras suscitadas por cada palavra indutora(estímulo), sendo este o primeiro trabalho de classificação, encontrando-nos em confronto com um conjunto heterogêneo de unidades semânticas. Face a esta desordem, torna-se necessário introduzir a ordem (BARDIN, 2011, p. 54)

O objetivo dessa organização é a confecção de um gráfico em que os termos aparecem dispostos de acordo com o número de repetições ou coocorrência (frequência por ordem decrescente do centro para a periferia).

FIGURA 1 – Exemplificação de organização semântica classificação de palavras



Fonte: Retirado de BARDIN (2011, p. 54).

Segundo essa proposta, deve-se reunir palavras idênticas, sinônimos ou próximas a nível semântico e depois agrupá-las por classificação.

A lematização é feita pela(o) pesquisador(a) e, após essas etapas, a informação pode ser representada de maneira condensada através do alvo de constelação de atributos.

Foi utilizado o programa computacional Orion[©] para gerar o alvo de constelação de atributos. A necessidade da criação do software Orion[©] deu-se devido à ausência dessa opção de gráfico no pacote Office, então o gráfico era construído manualmente aumentando o tempo gasto para sua construção e aumentando também a possibilidade de distorções e desproporções.

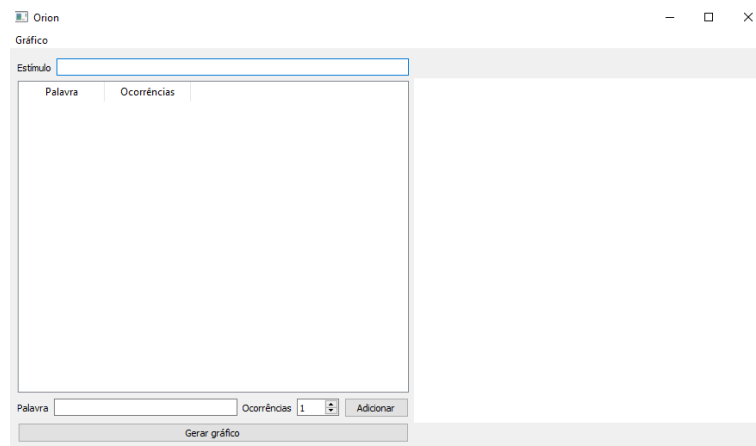
Idealizado e orientado por Paula Rios (autora da pesquisa) e desenvolvido por Romário Rios (estudante de Ciências da Computação-UFBA), foi utilizada a linguagem C++ e framework QT.

As palavras do TALP foram lematizadas manualmente/agrupadas (pocas coocorrências).

O Orion[©] está em fase de teste e aperfeiçoamento e está hospedado no repositório de programas open-source (livre e de código aberto) podendo ser acessado através do endereço <http://romariorios.github.io/orion/>, em que poderá ser feito o download do programa de forma simples e gratuita. Além disso, o Orion[©] está licenciado na GPL (General Public License) garantindo a origem e autoria do programa. Por ser um software livre, pode ser baixado e é permitido que qualquer pessoa tenha acesso ao seu código, mas qualquer alteração feita deve voltar como contribuição e qualquer utilização deve ser referenciada. Não é permitido que o código seja fechado nem que a autoria do software seja alterada.

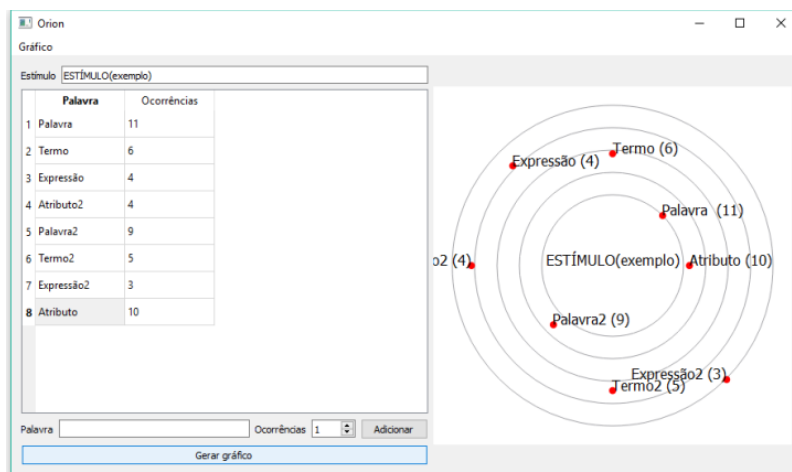
Segue, na Figura 2, a interface do programa e, na Figura 3, um exemplo de gráfico gerado (na opção gráfico – salvar apenas a imagem do alvo é armazenada).

FIGURA 2 – Interface do programa Orion[©]



Fonte: Elaboração própria.

FIGURA 3 – Gráfico gerado pelo programa Orion[©]



Fonte: Elaboração própria.

4.5.2 Desenho-estória com tema

Para analisar o material coletado com a aplicação do procedimento de Desenho-Estória com tema, foi usado o modelo proposto por Coutinho (2001), direcionado às seguintes fases:

1. Observação sistemática dos desenhos;
2. Seleção dos desenhos por semelhanças gráficas e/ou aproximação de temas;
3. Leitura flutuante das unidades temáticas das histórias;
4. Recortes e categorização;
5. Análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias;
6. Análise e interpretação dos desenhos através do grafismo.

4.5.3 Entrevista semi-estruturada

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a Análise de Dados Textuais ou estatística textual, metodologia que visa descobrir a informação essencial de um texto. Essa metodologia, em forte crescimento, encontra aplicações em todas as áreas em que se lida com sequências de textos. Foi utilizado o software Alceste (*AnalyseLexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte*), concebido por Reinert, em 1993, que processa e analisa dados textuais. Descrever, classificar, assimilar, resumir automaticamente um texto, essência dos propósitos do software Alceste. A Classificação Hierárquica Descendente é o método utilizado que se dá por sucessivas divisões do texto. Ele identifica as oposições mais evidentes entre as palavras do texto e, em seguida, extrai as classes de enunciados representativos.

Sua concepção e processamento permitem a análise da linguagem das representações sociais que organizam e dão forma ao pensamento e ao conhecimento social (SARAIVA, COUTINHO e MIRANDA, 2011).

O corpus foi constituído por 17 entrevistas (UCIs) e, a partir dessas, o programa fez a segmentação em UCEs, que são classificadas em função da análise lexical, com base nas formas reduzidas das palavras, sua frequência e tamanho das UCEs.

Ao se trabalhar com dados textuais, não se pode abandonar as exigências de uma análise sistemática e objetiva. Uma análise qualitativa de textos tem como base as leis de distribuição de seus respectivos vocabulários. O Alceste faz a análise de classificação hierárquica descendente, a análise lexicográfica, oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizadas pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham esse vocabulário (CAMARGO, 2005).

O corpus foi revisado de um modo que minimizasse os possíveis erros de organização que poderiam levar a erros na interpretação dos resultados. Como o programa faz a análise lexical, é importante que as palavras contidas no software façam parte do vocabulário da língua portuguesa, portanto é recomendado que se evite interjeições, gírias, onomatopeias, palavras com grafia incorreta como também a acentuação deve ser removida, tendo em vista que o software não reconhece. É importante que os corpora se refiram a um só tema. Os detalhes da organização são elencados por Camargo (2005).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, atentando para os aspectos éticos e os princípios de pesquisa em seres humanos, respeitando as recomendações instituídas na Resolução 466/12. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação pelo comitê.

A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Foram avaliados comparativamente os riscos (constrangimento ao falar sobre sua vida íntima e exposição de fragilidades, podendo gerar desconforto) e benefícios (escuta qualificada/ escuta terapêutica, saber que não é o único a ter problemas, obter mais informações acerca da temática, possibilidade de tirar dúvidas) que a pesquisa, a priori, poderia acarretar aos participantes. Para reduzir o risco do constrangimento, a coleta foi realizada em um consultório, garantindo a privacidade do participante e, para garantir o sigilo e anonimato, seus nomes não aparecem em momento algum nos resultados nem qualquer elemento de suas histórias que possam servir de identificação, até mesmo as “estórias” escritas por eles foram transcritas para evitar a identificação através da letra.

A pesquisa contou com um termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice B), em que foi apresentada a pesquisa, como estava sendo realizada a coleta de dados e a segurança do sigilo dos participantes, podendo esses consentir ou não a sua participação e divulgação do material coletado e das informações colhidas, podendo retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo para o indivíduo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através do parecer de número 907.871/2014, CAAE: 37732314.8.0000.5531.

5 RESULTADOS

Como resultado deste estudo, apresenta-se dois artigos originais elaborados em acordo com as normas das revistas às quais serão submetidos. Um deles resulta da análise das entrevistas a partir do software Alceste e o outro das entrevistas e TALP utilizando o Orion. Os resultados obtidos, através do desenho-estória com tema, serão utilizados para confecção de artigos em análises posteriores.

5.1 CORPO E SEXUALIDADE DE HOMENS COM ÚLCERA DE PERNA: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Foi elaborado de acordo com as normas estabelecidas na revista Texto e Contexto, mantendo apenas a continuação da numeração das figuras desta pesquisa.

Situação: Aguardando análise da revista.

CORPO E SEXUALIDADE DE HOMENS COM ÚLCERA DE PERNA: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

BODY AND SEXUALITY OF MEN WITH LEG WOUNDS: PRACTICES AND SOCIAL REPRESENTATIONS

Paula Patrícia Santana Rios

Mirian Santos Paiva

Resumo

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Pretendeu-se apreender as representações sociais de corpo e sexualidade de homens com úlcera de perna. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados e o software Alceste foi empregado na análise lexical. Para os participantes, o corpo ferido é limitado, inútil, causa nojo, o sexo prejudica a cicatrização da ferida, fazendo com que eles tenham vergonha do corpo, escondendo-se por não se aceitarem, não conseguem manter relações sexuais, sentem-se inferiores. Essas representações guiam práticas como a diminuição da procura por relações sexuais, o afastamento de envolvimento extraconjugais, a

restrição ao ambiente doméstico, a não utilização de short e o constante uso de meias. Essas questões podem ser trabalhadas na tentativa de uma transformação nas representações e práticas dos indivíduos de uma forma a minimizar o sofrimento e agregar bem-estar às vidas das pessoas.

Descritores: Enfermagem; Saúde do homem; Sexualidade; Úlcera de perna; Doença crônica.

Abstract

Descriptive study of qualitative approach grounded on the Social Representation Theory. It intended to identify the social representations of body and sexuality of men after being wounded. To collect the data, semi-structured interviews were used, and the Alceste software was employed. To the participants, the wounded body is limited, useless, gross; sex affects the healing of the wound making them ashamed of their bodies, hide as they don't accept themselves, and, as they can't maintain sexual intercourse, feel inferior. These representations lead to practices like not seeking sexual intercourse, not looking for women outside, not leaving home, not using shorts and always being with socks on. These questions maybe worked in an attempt to transform the representations and practices of the individuals in a way that could minimize their suffering and aggregate well-being into people's lives.

Descriptors: Nursing, Men's Health, Sexuality, Leg ulcer, Chronic disease.

Introdução

Os padrões de gênero impostos para homens e mulheres, fortalecidos e disseminados através das representações sociais veiculadas na mídia e entre os indivíduos, é um dos motivos pelos quais homens e mulheres vivenciem o processo de adoecimento de formas distintas. Quando se trata de uma doença crônica, que causa marcas no corpo como no caso das úlceras na perna, os indivíduos vivenciam esses sentimentos por um tempo considerável, algumas vezes pela maior parte de sua vida.

Estudos sobre representações sociais do corpo evidenciaram a função atribuída ao corpo do homem como força e como um indivíduo ativo sexualmente, viril. Tais funções atribuídas ao homem, ao seu corpo e à forma como ele vivencia sua sexualidade já são ideais difíceis de serem alcançados por homens considerados saudáveis. Quando o corpo apresenta limitações, que é o caso daqueles que vivem com úlcera de perna, torna-se ainda mais difícil a manutenção nas tarefas cotidianas e a reafirmação da identidade masculina.

Pesquisadores que investigaram os sentidos atribuídos ao toque retal concluíram que o toque retal não toca apenas a próstata, mas também a masculinidade, podendo arranhá-la. É

daí que surgem os conceitos de arranhaduras na masculinidade. Para a compreensão e problematização das questões sobre a prevenção do câncer prostático, em específico, e, em termos gerais, das questões relacionadas ao cuidar de si masculino, faz-se necessário levar em consideração os aspectos estruturais e simbólicos que perpassam tais questões¹. Assim também esse tipo de abordagem é necessária para a compreensão de aspectos mais subjetivos que permeiam as questões vivenciadas por homens com úlceras de perna.

Viver com o corpo ferido acarreta uma série de alterações não só biológicas, mas também no âmbito social, emocional, no estilo de vida, na autoimagem, no convívio com outras pessoas e limitam as atividades do cotidiano².

Alterações na autoimagem, na identidade e nas representações sociais sobre seu corpo levam a mudanças nas representações de sua sexualidade, considerando que o corpo é sede de todas as vivências, experiências e expressões do indivíduo. A abordagem deste estudo não é de sexualidade como sinônimo de sexo que se limita à presença do orgasmo, mas sim, a partir da definição da Organização Mundial de Saúde que afirma que sexualidade é:

energia que motiva a encontrar o afeto, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas se tocam e são tocadas.³

Segundo a definição do dicionário da língua portuguesa⁴, “masculino” é o que se compõe só de homens e tem como sinônimo “ másculo”, sendo que esse termo denota qualidades consideradas próprias do homem: vigoroso, *viril*. Já no dicionário de psicologia⁵, a “virilidade” é o estado de possuir as qualidades de um homem adulto, especialmente capacidade para o coito. Essas definições não se distanciam do que é disseminado no senso comum, daquilo que faz parte do imaginário das pessoas, ou seja, a ideia de que o homem é o ser que tem, naturalmente, a capacidade para ser o vigoroso e estar sempre apto e pronto para a prática sexual. Isso justifica o fato de existir preocupação com a ereção e a centralidade do pênis nas relações.

Em um estudo com pessoas soropositivas para o Vírus Lifontrópico de células T Humano – HTLV, homens soropositivos deram destaque à forma como a disfunção erétil afetou o desempenho sexual, ferindo sua virilidade e masculinidade⁶.

Esta pesquisa teve como base teórico-metodológica a Teoria das Representações Sociais que trata da produção dos saberes sociais. Centra-se na análise da construção e transformação do conhecimento social e tenta elucidar como a ação e o pensamento estão interligados na

dinâmica social. A Representação Social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito)².

É através da interação e da comunicação que se edificam as representações sociais, intuito de que o não-familiar torne-se familiar e para isso, é necessário pôr em funcionamento os dois mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas.

O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar. Ancorar significa classificar, dar nome a alguma coisa. O objetivo do segundo mecanismo é objetivá-los, ou seja, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico. Objetivação une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade⁷.

As representações sociais são construções mentais que surgem de uma necessidade e ajudam a orientar a conduta no dia-a-dia, sendo verdadeiras “teorias do senso comum”⁸.

Pesquisas utilizando a TRS demonstram como ela pode contribuir com a compreensão do corpo para além da dimensão individual e psicológica, esclarecendo o papel do conhecimento compartilhado na valorização do corpo e na importância da beleza e da saúde e suas consequências para as pessoas⁹.

As representações sociais guiam práticas e mudanças nas representações podem significar mudanças nas práticas. As representações sociais são um sistema (ou sistemas) de interpretação da realidade, que organiza as relações do indivíduo com o mundo e orienta as suas condutas e comportamentos no meio social, permitindo-lhe interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta ao mesmo tempo em que constrói e se apropria de objetos socializados¹⁰.

Diante do exposto tem-se como questão de pesquisa deste artigo “Como homens com úlceras de perna representam seu corpo e sexualidade?”

Objetivos

Aprender as representações sociais de corpo e sexualidade de homens com úlceras de perna e discutir as implicações das representações sociais nas práticas relacionadas à sexualidade e ao cotidiano dos participantes.

Metodologia

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), que possibilita a compreensão de fenômenos sociais e práticas a partir das representações sociais dos indivíduos que os vivenciam. A forma como os homens representam seus corpos e sua sexualidade influencia diretamente em suas práticas.

Foram critérios de inclusão: ser homem, ter mais de 18 anos com úlceras de perna há, pelo menos, um mês e de exclusão: estar sentindo dor ou qualquer incômodo no momento da coleta. Os encontros com os participantes ocorreram em consultório da unidade de saúde, visando assegurar a privacidade dos homens. Para a produção dos dados foi aplicada a entrevista semi-estruturada, tendo ela uma questão disparadora (“**fale sobre como ficou sua vida depois da ferida**”) e outras norteadoras (“**e seu corpo?**” “**Como você o vê depois da ferida?**” “**E a sexualidade?**”), caso houvesse necessidade de trazer a fala de volta ao objeto do estudo. Os métodos, se corretamente valorizados, permitem a(o) investigador(a) retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.

As entrevistas foram gravadas, posteriormente, transcritas e compuseram a organização dos corpora de um modo que minimizasse os possíveis erros que poderiam levar a distorções na interpretação dos resultados. Como o programa faz a análise lexical é importante que as palavras contidas nos corpora façam parte do vocabulário da língua portuguesa, portanto é recomendado que se evite interjeições, gírias, onomatopéias, palavras com grafia incorreta, como também, a acentuação deve ser removida, tendo em vista que o software não a reconhece.

Para o material empírico, foi utilizada a Análise de Dados Textuais ou estatística textual, metodologia que visa descobrir a informação essencial de um texto, fazendo uso do software Alceste (*AnalyseLexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte*), concebido por Reinert, em 1993.

Descrever, classificar, assimilar, resumir automaticamente um texto, são os propósitos do software Alceste. A Classificação Hierárquica Descendente é o método utilizado e se dá por sucessivas divisões do texto. O software identifica as oposições mais evidentes entre as palavras do texto e, em seguida, extrai as classes de enunciados representativos. Sua concepção e processamento permitem a análise da linguagem das representações sociais que organizam e dão forma ao pensamento e ao conhecimento social¹¹.

Os corpora foram constituídos por 17 entrevistas - Unidades Iniciais de Contexto (UCI) e, a partir dessas, o programa segmenta em Unidades Elementares de Contexto (UCE), que

são classificadas em função da análise lexical, com base nas formas reduzidas das palavras, sua frequência e tamanho das UCE.

Ao se trabalhar com dados textuais, não se é possível abandonar as exigências de uma análise sistemática e objetiva. Uma análise qualitativa de textos tem como base as leis de distribuição de seus respectivos vocabulários. O Alceste faz a Análise de classificação hierárquica descendente, a análise lexicográfica, oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizadas pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário¹².

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia através do parecer de número 907.871/2014, CAAE: 37732314.8.0000.5531. Aos participantes foram apresentados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, em seguida os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

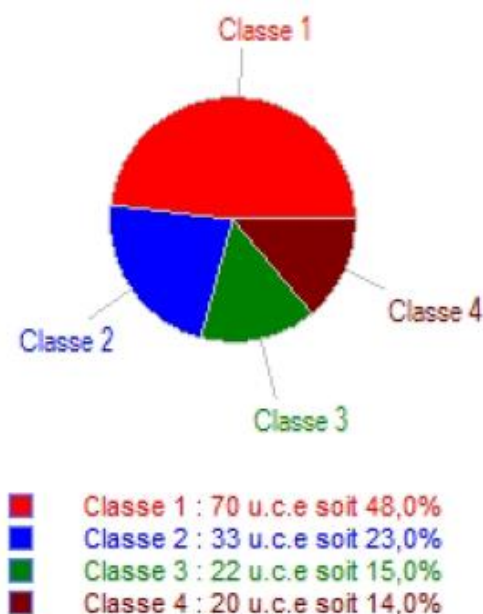
Caracterização dos sujeitos

Participaram da pesquisa 17 homens que atenderam aos critérios de inclusão, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cadastrados em um centro de atenção a pessoas com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial sistêmica, que estavam sob os cuidados da equipe de enfermagem, do setor de tratamento de feridas. Eles possuíam úlceras de perna de maior ou menor grau e diferentes etiologias. 70% dos entrevistados declararam sua raça/cor preta ou parda (população negra), mesmo percentual levantado em pesquisa feita pela Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (Seppir), publicado no Relatório Anual de Saúde (2011), acerca do número de pessoas negras usuárias do SUS.

Dos 17 participantes, 10 são idosos (60 anos ou mais), mas apenas 2 dos 17 são aposentados por tempo de trabalho ou idade, 6 são aposentados por invalidez, 3 recebem auxílio doença, 3 são desempregados, 2 são autônomos e, apenas um deles é assalariado. Somando os aposentados por invalidez, os que recebem auxílio doença e os desempregados, são 12 homens, dentre os entrevistados, que se encontram na condição de não realizar atividade laboral e o principal motivo é a úlcera de perna, em consequência, entre outras, do edema e fortes dores.

A variável *tempo de ferida* possibilitou organizar os participantes em três grupos: 1 – até um ano (3 homens); 2- entre um e cinco anos (4 homens); 3- mais que cinco anos (10 homens, 59% da amostra), chegando a ter homens com úlceras de perna há mais de 20 anos sem cicatrizar.

FIGURA 4 – Divisão das classes com suas respectivas porcentagens dentro dos corpora



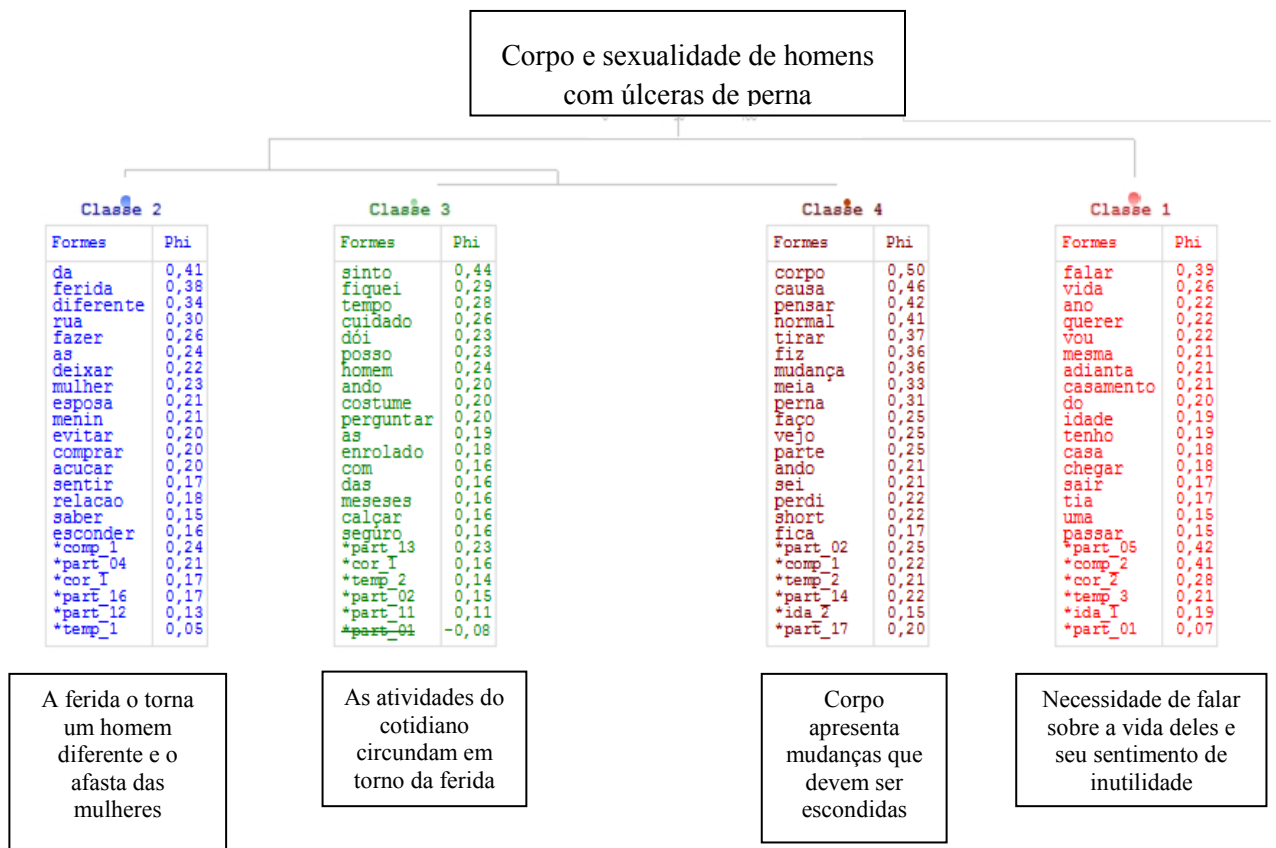
Fonte: Rapport do corpora gerado pela autora, no software Alceste.

Para o processamento dos corpora, foi feita a opção de análise padrão, tendo como tipo de tratamento a classificação simples, resultando em Unidade de Contexto Elementar (UCE). Das unidades textuais dos corpora, foram classificados 96,17% (índice de relevância), as unidades classificadas foram divididas em 4 grupos que chamamos de classes de enunciados significativos ou simplesmente classes. A Figura 5 expressa a divisão das classes dentro do corpus e suas UCE.

A **classe 1** (vermelho) foi a primeira a ser distinguida na árvore de classificação, sendo o seu vocabulário mais homogêneo e representando 48% de unidades classificadas textuais. A segunda a ser separada foi a **classe 4** (vermelho) que representa 14% das unidades textuais. Por fim, se deu a separação entre as **classes 2** (azul) composta por 23% das unidades textuais classificadas e a **classe 3** (verde) com 15% de unidades classificadas textuais.

As classes foram nomeadas utilizando como referência as formas reduzidas e as UCE representativas de cada classe, o que pode ser observado na Figura 5.

FIGURA 5 – Divisão das classes com suas respectivas porcentagens dentro do corpus



Fonte: Rapport do corpus gerado pela autora no software Alceste.

As representações apreendidas em cada classe, a partir da organização e análise do Alceste, influenciam diretamente em mudanças de hábitos, práticas corporais, incluindo a sexualidade.

As UCE são apresentadas nas classes da mesma maneira que aparecem no relatório de análise após o tratamento do corpus. A linha que precede os trechos das falas é composta pelo número da UCE e, em seguida, pelas variáveis utilizadas e já descritas na caracterização dos participantes.

Classe 1 - *Necessidade de falar sobre a vida deles e seu sentimento de inutilidade*

A classe 1 é a mais específica, o vocabulário é mais homogêneo. Nessa classe, as limitações impostas pela vida com a úlcera de perna levam ao sentimento de inutilidade, o passar dos anos com a úlcera de perna e a vida que eles sentem que perdem não tiram a esperança de alcançar seus desejos.

TERMOS: falar, vida, querer, casamento, idade, casa.

A representação de que o homem ferido, que tem sua vida *limitada* e não consegue *ter caso* com mulher e de que é um homem inútil ancora-se na ideia de que o homem deve permanecer forte e ativo sexualmente:

uce nº 133 Phi = 0,06 uci nº 13: *part_15 *ida_2 *cor_1 *temp_1
*comp_1

por mais liberal que você seja na vida, sempre são limitadas algumas coisas. não adianta. são é são, doente é doente. você entra no hospital não vailevantar a cadeira para dar ao outro que está doente também.

uce nº 4 Phi = 0,06 uci nº 1: *part_01 *ida_1 *cor_1 *temp_1
*comp_2

não sirvo, praticamente, não sirvo mais para nada. porque eu acho que o homem hoje que não pode ter mais caso com mulher praticamente é um homem acabado. O homem deve servir para muita coisa. ter condições de arranjar uma namorada. Até casar mesmo, ter filho. eu gostaria de ter um filho que até hoje eu não tenho.

Classe 2 - *A ferida o torna um homem diferente e o afasta das mulheres*

TERMOS: ferida, diferente, não pode estar nas ruas, o envolvimento com mulheres é difícil, esconder

Os homens relataram que, após o surgimento da ferida, passaram a evitar as relações sexuais e o relacionamento passou a ser baseado no diálogo. Essa mudança de práticas apoia-se nas representações sociais do grupo de que o sexo prejudica a ferida, além de sentirem-se inferiores em decorrência do seu corpo alterado:

uce nº 149 Phi = 0,09 uci nº 14: *part_16 *ida_1 *cor_1 *temp_3
*comp_1

eu tive sempre com mulheres e nos conhecíamos, ia para um bar. não era só um encontro porque muda as coisas. com essa outra mulher depois da ferida. relacionamento não teve mais, só conversei com ela.

uce n° 83 Phi = 0,09 uci n° 7: *part_07 *ida_2 *cor_2 *temp_3
*comp_1

depois da ferida tem que mudar, muda alguma coisa. muda porque de qualquer maneira nós temos que evita rmais. prejudica. não é aquela coisa que era. sempre tem alguma diferença.

uce n° 144 Phi = 0,07 uci n° 14: *part_16 *ida_1 *cor_1 *temp_3
*comp_1

eu acredito que e em função da ferida. diminuiu bastante. foi muito difícil porque ela não tem nojo das coisas, mas eu era quem me achava, me sentia inferior.

Alguns homens referiam ainda que deixaram de procurar mulher *na rua*(adultério). Isso é resultado de outra representação social do grupo evidenciada nessa classe que foi de que o corpo ferido causa nojo, repulsa:

uce n° 147 Phi = 0,07 uci n° 14: *part_16 *ida_1 *cor_1 *temp_3
*comp_1

se você tiver uma aventura, uma mulher na rua é diferente. mesmo com a esposa mudou. antes da ferida eu atétive. depois da ferida eu acho que eu vou passar uma decepção.

uce n° 26 Phi = 0,08 uci n° 4: *part_04 *ida_2 *cor_1 *temp_3
*comp_1

eu deixei de procurar namorada na rua por causa da ferida. A menina vê você com um negócio desse não vai querer namorar. eu já passei por isso. isso é desde antes dos 18 anos. minha esposa casou sem saber. eu tive que esconder.

Classe 3 - As atividades do cotidiano circundam em torno da ferida

TERMOS: fica o tempo todo cuidando da ferida, dor, enrolado, demora

Segue-se a classe 3, que representa 15% de unidades classificadas textuais. Atividades simples do cotidiano como calçar sapatos, ficar por um período maior de pé e sair de casa tornam-se atividades difíceis ou impossíveis de serem realizadas, o que causa tristeza. O

trabalho, também, é algo que aparece como importante, principalmente para o homem, destacando o dinheiro como algo que agrega valor ao indivíduo:

uce n° 90 Phi = 0,17 uci n° 8: *part_10 *ida_2 *cor_1 *temp_3
*comp_2 *K_3

ah. ficou muito triste. triste, vergonha, pé enrolado, pé inchado. um sapato eu não posso nem calçar um sapato. eu estou muito triste com isso. Muito, muito mesmo. eu não posso calçar um sapato, não posso ficar em pé muito tempo que dói. Não vou para lugar nenhum.

uce n° 118 Phi = 0,12 uci n° 10: *part_12 *ida_1 *cor_1 *temp_2
*comp_1 *K_2

bom, eu não sinto nada, só o pé que dói. incha. eu não trabalho mais, eu trabalhava e a pessoa sem trabalhar. não dava mais para trabalhar. ficar o bolso sem grana e ai o cara sem grana vale o que? vale nada. vale alguma coisa? principalmente o homem.

Classe 4 - Corpo apresenta mudanças que devem ser escondidas

TERMOS: corpo, se livrar da ferida, utiliza meios para mudar, não usa short, tenta não ver a ferida.

Representa 14% das unidades textuais classificadas. O que leva os homens a adotarem essas medidas são as representações sociais de que o corpo ferido é algo que dá vergonha dos olhares, das indagações, porque a perna ferida é uma perna deformada, não é normal. Frente a isso, como estratégias, eles utilizam meias sobre os curativos para esconder as feridas e não usam short fora de casa:

uce n° 8 Phi = 0,16 uci n° 2: *part_02 *ida_2 *cor_1 *temp_2
*comp_1

O corpo que eu penso assim é de que a perna ficou sensível, sem apoio. mudou porque eu fico meio envergonhado de expor meu corpo e até mesmo ficar de short.

uce n° 11 Phi = 0,09 uci n° 2: *part_02 *ida_2 *cor_1 *temp_2
*comp_1

A pessoa meio triste como se eu fosse coitadinho ou admirado assim pensando vai ficar bom, tome cuidado com isso e aquilo. aí eu fico com vergonha porque também a perna fica deformada, não fica normal como a outra.

uce nº 31 Phi = 0,08 uci nº 4: *part_04 *ida_2 *cor_1 *temp_3
*comp_1

meia preta ninguém estava sabendo de nada. Depois que ela descobriu não mudou nada.

uce nº 33 Phi = 0,03 uci nº 5: *part_05 *ida_1 *cor_2 *temp_3
*comp_2

por isso que eu prefiro botar uma meia. quando eu uso um chinelo eu sempre estou demeia por causa disso mesmo porque o povo não se contenta em ver, ele quer perguntar.

As representações sociais sobre corpo e sexualidade dos homens que vivem com feridas crônicas motivam as mudanças que eles adotam em suas práticas, isso porque as representações sociais orientam as práticas no cotidiano dos indivíduos.

A representação de que o corpo ferido é nojento, causa repulsa no outro, vergonha em quem vive com a ferida perpassa todas as classes, assim como, a força que a representação das funções sociais do homem, motivo da tristeza, também é expressa nas entrevistas dos participantes.

A vergonha de ser visto com o *pé enrolado*, termo usado por eles referindo-se ao curativo, apoia-se na representação da ferida como algo nojento, de um membro deformado e anormal. Esse sentimento remete a preconceitos sofridos anteriormente em relacionamentos amorosos e situações cotidianas. O medo dos olhares nitidamente direcionados ao membro ferido e as perguntas preocupadas das pessoas que os encontram fazem com que se isolem em suas casas e cubram-se para evitar novos encontros constrangedores.

Discussão

Ao afirmarem que *não servem mais para nada, um homem acabado, sentem-se inferiores, vão passar decepção e que o homem sem grana não vale nada*, os participantes da pesquisa expressam o ideal da masculinidade hegemônica do homem forte, viril e

provedor, em suas representações, esse ideal difícil de ser alcançado frustra e causa tristeza. As RS sobre corpo e sexualidade estão ancoradas nessa ideia disseminada sobre as funções do homem na sociedade patriarcal.

Essas funções estão ligadas a um tipo de masculinidade nomeada hegemônica. Ela corresponde a um ideal cultural em que a norma liga a feminilidade à mulher e a masculinidade ao homem. A propaganda, influenciando a disseminação de um modelo de masculinidade hegemônica, serve como uma ferramenta de construção de normalidades⁹. E a norma da masculinidade inclui a força física, corpos musculosos, homens viris. Falando dos homens, um sentimento de inutilidade provocado pelo senso de improdutividade é imposto pela limitação do corpo ferido, em um mundo que cobra do homem o papel de provedor, o corpo é imprescindível para a manutenção de necessidades materiais¹³.

Em pesquisas anteriores com pessoas que vivem com feridas crônicas e úlceras de perna, também foi identificado o nojo e o afastamento em que está ancorada a rejeição que essas pessoas sofrem. Essas experiências motivam recusa aos novos relacionamentos para evitar a repetição de ações discriminatórias causadoras de constrangimento. Assim como os homens participantes desta pesquisa, as pessoas com feridas crônicas também desenvolviam estratégias como formas de nova elaboração de si para corresponder às expectativas. Também escondiam sua situação para serem aceitas como normais¹⁴.

Uma discussão que se intensificou após a construção da Política de Atenção à Saúde do Homem é a questão da demora do homem e sua baixa procura aos serviços de saúde. A ideia de que homem é forte e não adoce sustenta esses dados. A RS que é veiculada na mídia é que homem não deve ser frágil, deve ser forte e aguentar. Quando falamos em corpo ferido ele traz o peso de ser um homem adoecido cronicamente e, ainda, por uma doença estigmatizante, reforçando a representação de que o corpo ferido é asqueroso, nojento, abjeto. O corpo abjeto perturba os sistemas classificatórios, confunde, atrapalha uma construção histórica do cuidado de si. Os abjetos vão na contramão do que se pensa de juventude, beleza, normalidade¹⁵. Homens participantes de pesquisas anteriores relataram que o olhar dos outros, perscruta seu íntimo, parece invadi-lo, os discrimina e rechaça¹⁴.

Conclusão

O estudo permitiu a apreensão das representações sociais sobre o corpo e a sexualidade após o surgimento e cronicidade da ferida.

Enfermeiras e demais profissionais de enfermagem tendo acesso a esse conhecimento podem trabalhar no momento do atendimento essas questões em uma tentativa de uma

transformação das representações e práticas dos indivíduos de uma forma que possa minimizar o sofrimento e agregar bem-estar às vidas das pessoas.

Tivessem eles outra concepção de seu processo de adoecimento, sobre seus corpos alterados, talvez suas representações acerca da sexualidade e suas práticas mudassem e eles conseguiriam enfrentar e reconstruir suas vidas e relacionamentos, mesmo com seu corpo alterado pela presença da ferida e sua cronicidade. Atitudes assim podem repercutir, inclusive, na resposta ao tratamento.

Referências

- 1 GOMES, Romeu; FERREIRA DO NASCIMENTO, Elaine; FIGUEIREDO DE SOUSA REBELLO, Lúcia Emília; CARVALHO DE ARAÚJO, Fábio As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, núm. 6, novembro-dezembro, 2008, p. 1975-1984.
- 2 REIS, Sebastiana Lindaura de Arruda; BELLINI, Marta. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences Maringá*, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.
- 3 O.M.S. Relatório Mundial da Saúde. Geneva, 2000.
- 4 HOUAISS, Antonio (ed.). Novo dicionário Folha Webster's: inglês-português, português-inglês. Coeditor Ismael Cardim. São Paulo: Folha da Manhã, 2009.
- 5 AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Dicionário de Psicologia. Ed. Artmed: Porto Alegre, 2010
- 6 RIVEMALES, Maria da Conceição Costa. Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para HTLV. 2013. 205 f. Tese (Doutorado) - Escolas de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

- 7 MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.
- 8 JODELET, Denise. Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In: JODELET, Denise. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. Tradução.
- 9 CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria; ALVES, Catarina Durante Bergue. As funções sociais e as representações sociais em relação ao corpo: uma comparação geracional. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011.
- 10 XAVIER, Roseane. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis?. *Psicologia & Sociedade*; v. 14 n. 2: 18-47; jul./dez.2002.
- 11 REINERT, M. Alceste. Version 4.0 – Windows (Manual). Toulouse: Societé Image, 1998.
- 12 CAMARGO, Brígido Vizeu. Alceste: um programa de informática de análise qualitativa de dados textuais. In.: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUINO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia da. *Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa. Ed. Universitária UFPB, 2005. p. 511-539.
- 13 SALDANHA, Rafael Araújo. A primeira faz tchan.. . a segunda faz tchun.. . Masculinidades em disputa nas representações dos anúncios da Gillette. *Fazendo Gênero 8-Corpo, Violência e Poder*. 2008.
- 14 CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens. 2010. 255 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- 15 QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trajectos. 6.ed. Tradução: João Minhoto Marques, Maria Mendes e Maria Carvalho. Lisboa. Ed. Gradiva, 2013.

5.2 “NÃO POSSO FAZER CERTAS COISAS”: REPRESENTAÇÕES DE HOMENS COM ÚLCERAS DE PERNA SOBRE O CORPO FERIDO

Artigo elaborado com base nas normas estabelecidas pela Revista Latino-americana de Enfermagem.

Situação: Encaminhado para revista.

“Não posso fazer certas coisas”: Representações de homens com úlceras de perna sobre o corpo ferido

Resumo

Introdução: Trata-se de estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais. **Objetivo:** Aprender as representações sociais de homens com úlceras de perna acerca do corpo ferido. **Metodologia:** Realizada em um centro de referência de assistência a pessoas com diabetes no interior do estado da Bahia, entre fevereiro e abril de 2015. Participaram 17 homens com úlceras de perna. Os dados foram obtidos de testes de associação livre de palavras e entrevista semi-estruturada e analisados a partir da análise de conteúdo. **Resultados:** Os participantes representam seus corpos como frágeis, dependentes de cuidados e limitados para o trabalho. Isso faz com que eles experimentem tristeza e preocupações por perceber a perda da vida pública, a dependência econômica e inversão de posições com a mulher no âmbito familiar. **Conclusão:** As representações do corpo de homens com úlceras de perna influenciam na adoção de comportamento de isolamento e sentimento de inadequação dos papéis sociais do homem.

Descritores: Enfermagem holística; Sexualidade; Doença crônica; Imagem corporal.

Palabras clave: Enfermería Holística; La sexualidad; enfermedad crónica; la imagen corporal.

Keywords: Holistic Nursing; Sexuality; Chronic disease; Body image.

Introdução

A forma idealizada de pensar o corpo influencia nas formas de estar na sociedade. Diante da enfermidade que promove alteração corporal, modificam-se, também, nos sujeitos adoecidos, as representações sobre o seu próprio corpo e sua experiência para adaptação ao mundo social a partir de um corpo que não mais atende às normas impostas por um modelo a cumprir.

Os profissionais de saúde, em particular do campo da Enfermagem, necessitam considerar que corpo não se constitui apenas por sua dimensão física, mas como um veículo ativo e atuante na dimensão sociocultural e que se insere em determinado contexto, influenciando e é por ele influenciado¹. Assim, ao vivenciar as transformações no corpo por uma úlcera de perna o indivíduo passa por alterações na vida que vão além da perda da integridade cutânea, refletindo sobre as demais dimensões e desdobrando-se em demandas de cuidado integral.

Viver com uma ferida crônica provoca sofrimento, dúvidas, dor, angústias em relação ao tratamento, expectativa de melhora, vergonha, alterações no padrão de sono, de apetite, libido, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais²⁻³.

Para o homem, essas mudanças podem afetar o desempenho do seu papel determinado na sociedade, além disso existe a crença atribuída e imposta socialmente de que é obrigação moral do homem prover o sustento da família⁴.

Falar de corpo envolve imagens e ideias consideradas proibidas, sendo muitas vezes esquecidos pelos profissionais de saúde, particularmente as enfermeiras. Falar sobre o corpo do homem ainda é um tabu nos tempos atuais e, quando se trata do corpo do homem com feridas, remete-se a censuras que estão arraigadas nos indivíduos.

As representações sociais constituem uma forma de pensamento social que abrange informações, experiências, conhecimentos e modelos que circulam na sociedade e que são recebidos e transmitidos pelas tradições, pela educação e pela comunicação social, o que o torna presente em todas as áreas da vida humana, não se restringindo aos acontecimentos culturais ou políticos⁵.

As representações sociais são construções mentais que surgem de uma necessidade e ajudam a orientar a conduta no dia-a-dia, sendo verdadeiras “teorias do senso comum”⁶.

Assim, este estudo foi desenvolvido a partir da seguinte questão: Como os homens com úlceras de perna representam seus corpos? E, para respondê-la, delineou-se como objetivo: apreender as representações sociais dos homens com úlceras de perna acerca do corpo ferido.

Este estudo justifica-se por preencher a lacuna de conhecimento acerca da experiência do adoecimento crônico de homens que poderá suscitar reflexões dos profissionais de saúde sobre a necessidade de oferta de assistência integral e de abordagem multiprofissional aos homens adoecidos.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), levando-se em conta que a sexualidade de homens feridos constitui um objeto social e a TRS dá o aporte teórico necessário para a compreensão desse fenômeno a partir das representações e práticas dos homens participantes da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro a maio de 2015 em um centro especializado em cuidados a pessoas com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica por apresentar uma clientela de homens com úlceras de perna.

Participaram da pesquisa homens que atenderam aos seguintes critérios de inclusão homens: com 18 anos e mais; que tinham úlceras de perna há pelo menos um mês; e que frequentavam o serviço de tratamento de feridas do Centro de atenção a Diabetes e Hipertensão. Foram estabelecidos como critérios de exclusão o fato de estar sentindo dor no momento da coleta.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através do parecer de número 907.871/2014, CAAE: 37732314.8.0000.5531. Aos participantes, foram apresentados o objetivo, riscos e benefícios da pesquisa, em seguida os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os encontros com os participantes ocorreram em consultório da unidade de saúde, visando assegurar a privacidade dos homens.

Para produção dos dados empíricos, utilizou-se duas técnicas projetivas a Técnica de Associação Livre de Palavras em que se apresenta aos participantes os estímulos verbais e é solicitado que respondam emitindo 1 a 5 palavras ou expressões que são imediatamente recordadas. As palavras que serviram de estímulos para este estudo foram: *sexo*, *sexualidade*, *sexo com o corpo ferido*. As palavras evocadas foram submetidas à análise de conteúdo, agrupadas com base na similaridade semântica, em seguida processadas através do programa Orion^{®*}, que permite a construção de constelação de atributos para as respostas de cada estímulo.

O objetivo dessa organização, através do Orion^{®*} é a confecção de um gráfico que organiza os termos, aparecendo dispostos de acordo com o número de repetições ou coocorrência (frequência por ordem decrescente do centro para a periferia). Considera-se que, quanto maior a frequência de uso do termo, mais próximo aparecerá do centro do gráfico.

A segunda técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada que utilizou a questão norteadora “o que mudou em sua vida depois da ferida?”. Os dados obtidos foram submetidos

a análise de conteúdo⁷. Em seguida, os conteúdos foram submetidos à triangulação com as palavras evocadas em resposta aos estímulos da Técnica de Associação Livre de Palavras TALP.

Resultados

Participaram da pesquisa 17 homens com úlcera de perna a mais de um mês, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cadastrados em um centro de atenção a pessoas com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial sistêmica que estavam sob os cuidados da equipe de enfermagem do setor de tratamento de feridas. Todos eles possuíam úlceras de perna de maior ou menor grau e diferentes etiologias. Entre os dos entrevistados, 70% declararam sua raça/cor preta ou parda, mesmo percentual levantado em pesquisa feita pela Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (Seppir) publicados no Relatório Anual de Saúde⁸ acerca do número de pessoas negras usuárias do SUS. Dos 17 participantes, 10 (59%) são idosos (60 anos ou mais), mas apenas 2 dos 17 são aposentados por tempo de trabalho ou idade, 6 são aposentados por invalidez, 3 recebem auxílio doença, 2 são autônomos, apenas um deles é assalariado e 3 desempregados. Somando os aposentados por invalidez, os que recebem auxílio doença e os desempregados, temos 12 homens dentre os entrevistados sem trabalhar e o principal motivo é a úlcera de perna, por conta dos inchaços e fortes dores. A variável *tempo de ferida* foi organizada em três grupos: 1 – até um ano(3 homens); 2– entre um e cinco anos(4 homens); 3– mais que cinco anos (10 homens, 59% da amostra), chegando a ter homens com úlcera de perna há mais de 20 anos sem cicatrizar.

Quando o estímulo foi apenas *corpo de homem*, os homens tiveram dificuldade para falar, agiam com desconfiança, pois pensavam que, ao serem instigados sobre corpo de homem, deveriam falar a respeito do corpo de outro homem e isso os deixou desconfortáveis,

por isso surgiu um grupo “não penso nada”. Os agrupamentos “exercício físico”, “bonito”, “normal”, “trabalho”, “gostar do corpo” referem-se às representações sociais sobre o corpo de homem saudável, o que eles esperam desse corpo e como eles acham que esse corpo deve ser. A palavra “mulher” está identificando o agrupamento de palavras e expressões que se referem a comparações com o corpo feminino, remetendo à dualidade que opõe o homem à mulher.

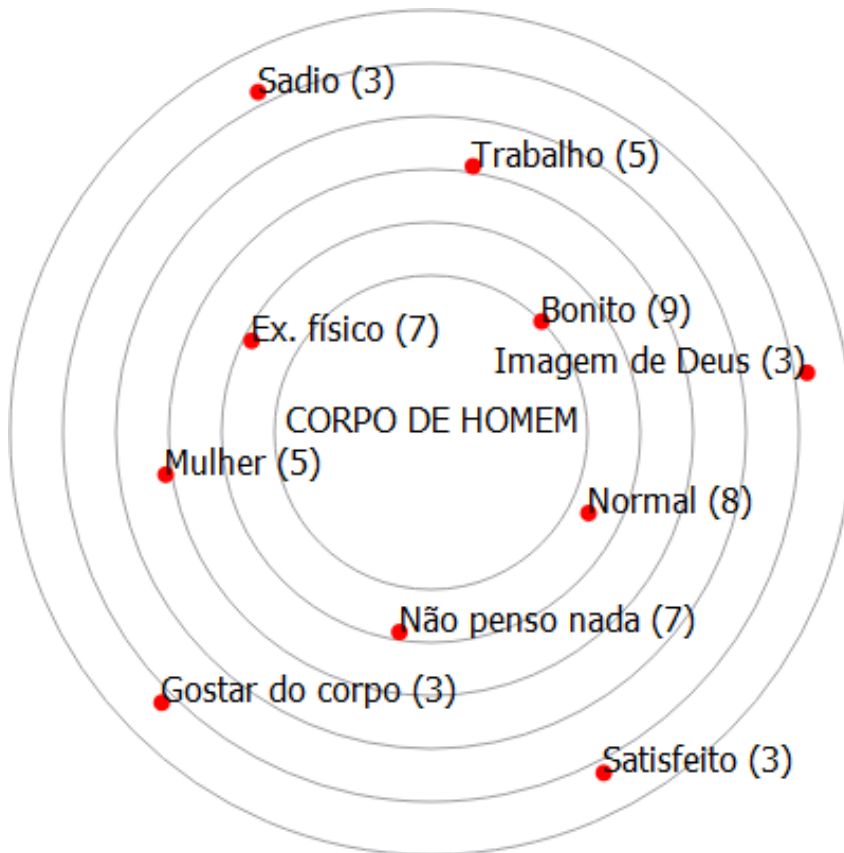
Para os participantes, o corpo de homem ao ideal de normalidade remete à beleza conquistada por exercícios físicos e representadas pelas palavras mais evocadas *é normal, bonito e exercícios*.

No gráfico 1, encontram-se representadas as palavras *trabalho*, evocada 5 vezes, evidenciando que o corpo para os homens serve para o trabalhar e, para tanto, é necessário estar saudável. A saúde, no entanto, diz respeito a estar bem consigo mesmo e com seu corpo, evidenciados pelas palavras *sadio, gostar do corpo e satisfeito*. O corpo do homem é pensado em comparação e oposição ao corpo da mulher. No gráfico 1, encontram-se as palavras evocadas a partir do estímulo “corpo de homem ferido”, tendo sido mais evocadas as palavras *“ruim, triste, não pode certas coisas, não pode se expor, vergonha, preconceito e não pode trabalhar”*. Essas palavras evidenciam que, para os homens, o corpo de homem ferido é traduzido em experiências negativas, colocando limitações para a vida cotidiana e, principalmente, para o trabalho e para o sexo, o que os levam a sofrer com o preconceito, por isso requer que camuflem seus corpos.

A experiência do corpo ferido para os homens faz com que se sintam envergonhados, insatisfeitos e entristecidos com sua condição.

Ao evocar a expressão “*não pensei*”, evidencia-se que os homens revelam nunca haver pensado estar nesse lugar que é um lugar de pessoa frágil e adoecida dependente de cuidados e que não pode trabalhar.

GRÁFICO 1–Evocações a partir do estímulo “corpo de homem



Fonte: Dados da pesquisa gerados pelo Orion®*

Nas entrevistas, os homens falaram em como seus corpos são feios, do nojo que outras pessoas sentiam deles, da rejeição e do isolamento por conta da úlcera de perna. Para evitar experiências semelhantes e com receio do olhar de outras pessoas, eles escondem seus corpos, usando meias escuras e calças compridas, além de permanecerem maior parte do tempo dentro de casa. Tudo isso porque acredita que um homem com ferida “*não pode se expor*” como se evidencia no Gráfico 2.

GRÁFICO 2 – Evocações a partir do estímulo “corpo de homem ferido”



Fonte: Dados da pesquisa gerados pelo Orion®

Ah, ficou muito triste. triste, vergonha, pé enrolado, pé inchado. Um sapato eu não posso nem calçar. eu estou muito triste com isso. Muito, muito mesmo. Eu não posso calçar um sapato, não posso ficar em pé muito tempo que dói. não vou para lugar nenhum, só em casa. por causa disso. de estar com o pé enrolado. A pessoa olha, os outros olham. Eu não tive mais uma namorada. (Participante 10. 74 anos, ferido há 10 anos)

Muitas vezes eu me escondo por trás desse pano que é feio, mas é a realidade, infelizmente. (Participante 15. 63 anos, ferido há 9 meses)

O ato de esconder a perna através de vestimentas ocorre não somente no espaço público frente às pessoas estranhas, mas também no espaço da casa, no convívio com as pessoas da família. E o uso das meias é permanente, inclusive, nos encontros íntimos, quando esses acontecem, mesmo quando se trata da esposa ou companheira fixa.

Um dos participantes relata que iniciou seu relacionamento com sua parceira já tendo uma úlcera na perna, e escondeu a existência da lesão mesmo depois do casamento, por temer a discriminação e repulsa da companheira.

Minha esposa casou sem saber, eu tive que esconder. Calçava a meia. A mulher me deixava porque não queria um ferido até da minha família eu escondi. Tenho um irmão que até hoje não sabe. Pensei que ia ficar com nojo. Vestia a meia preta e ninguém estava sabendo de nada. Depois que ela (a esposa) descobriu, mas não mudou nada.
(Participante 04 - 70 anos, ferido há mais de 50 anos).

A expressão “*não pode certas coisas*” diz respeito às formas de apresentar o corpo como as demais pessoas. Quanto ao uso de calçados fechados, vestimentas curtas, como shorts e bermudas, para os participantes, tornam-se impossíveis já que necessitam proteger as feridas da pressão dos calçados além do fato de que as vestes curtas não mascaram a existência das feridas. Essa expressão evocada, também, se refere às limitações do corpo para o sexo, na visão dos homens entrevistados. Por ser um tema que envolve tabu, durante a entrevista, os participantes evitavam o uso da palavra sexo recorriam às respostas vagas e evasivas para se referir à prática sexual.

Ao serem instigados a pensar em corpo de homem ferido, os participantes recordaram ainda que é preciso cuidar do corpo representado pela *expressão tem que zelar*, por acreditarem que a causa da cronificação da ferida deve-se a negligência das medidas de cuidado e à *falta de conhecimento*.

O homem ferido cronicamente deixa de trabalhar, necessita de repouso e passa a frequentar mais o ambiente doméstico, gerando o sentimento de não estar no “seu lugar”. A importância do trabalho para o homem é destacada nas palavras obtidas através do TALP quando o estímulo usado foi corpo de homem. Ele deixa de ter essa “função” e deixa de frequentar o espaço tido socialmente como do homem: a rua. Mas, ele não reconhece o ambiente doméstico como sendo seu atual lugar. Há um incômodo em estar ali. A palavra diz respeito, também, a o que ele deixa de fazer nesse espaço como “procurar mulheres na rua” (relação extraconjugal) por insegurança, medo de rejeição, de falhar.

Eu não estou com o corpo legal, adequadamente para chegar um final de tarde e sentar na minha casa de bermuda. Só vivo de meia, de calça. (Participante 16 - 61 anos, ferido há 13 anos)

No gráfico 2, observa-se que os termos *doença* e *tem que zelar* e *cura* evidenciam que para os participantes é preciso se engajar no cuidado para obter a cicatrização para livrar-se dos impedimentos para o trabalho, para o sexo e a vida social.

Faço curativos duas vezes por dia, escondo. Com o corpo, no caso, escondido essa parte (mostra o local da ferida). 50 por cento ela (a ferida) mudou minha vida (Participante 16 - 61 anos, ferido há 13 anos)

Assim, os homens assumem uma rotina de cuidar de si centrada nos procedimentos de limpeza e ocultamento das úlceras de perna para evitar a discriminação, mas seu objetivo maior é alcançar a cura. Tal assimilação de cuidados é percebido por eles como significativa mudança do seu cotidiano.

Dentre as principais mudanças referidas pelos homens, destacam-se as limitações para o trabalho, a inversão de papéis dentro da família e as limitações para o sexo.

Para os participantes, o fato de ter uma úlcera de perna situa-os como sujeitos impossibilitados de trabalhar e contribuir economicamente. Diante disso, eles sentem-se entristecidos e diminuídos como homens para prover os recursos econômicos demandados pelas famílias e pelas respectivas companheiras.

Eu nao trabalho mais, eu trabalhava e a pessoa sem trabalhar... não dava mais para trabalhar. Ficar o bolso sem grana e ai o cara sem grana vale o que? Vale nada. Vale alguma coisa? Principalmente o homem. Porque e assim você e casada, você tem seu marido ai 'marido me dá dinheiro para eu comprar um frango' não tem 'marido, me dá um dinheiro para eu comprar um pão' não tenho. 'me dá dinheiro para eu comprar um quilo de açúcar' não tenho. E aí? Como e que as coisas vão ficar? Difícil. Quando a mulher começar a procurar? (Participante 12 - 55 anos, ferido há1 mês e meio)

Além de não poder contribuir economicamente, os homens ressaltam a inversão de papéis dentro da família, na medida em que ele passa a demandar repouso e cuidado, exigindo sua permanência dentro de casa e mais saídas de suas companheiras por trabalho. Essa inversão é percebida como contrária ao esperado socialmente, pois, ao permanecer no espaço

doméstico, o homem assume, além do cuidar de si como corpo enfermo, o cuidado com a casa e com os filhos antes atribuídos às mulheres.

Mas eu não posso e... porque eu podia dar uma ajuda a ela e eu estou recebendo ajuda dela. Eu fico mal com isso, porque nós temos que ajudar quem está ajudando. E eu não tenho. Eu acho que eu não estou ajudando. Só estou dentro de casa só criando os filhos dela. Se fosse ela que ficasse em casa e eu tivesse trabalhando era melhor. Porque ela cuidaria melhor dos filhos. (Participante 13 - 67 anos, ferido há 6 anos)

E aí, eu sempre fico muito preocupado pensando. E eu não sei ficar parado e por eu viver agora nessa vida sem fazer nada. O costume porque desde pequeno trabalhando, lutando. Para ficar só dentro de casa com a mulher e com os dois filhos. Ave Maria! Não gosto não. Porque eu só estou bem trabalhando. Em casa eu fico muito pensativo. Aí eu fico preocupado em inflamar e acaba enfraquecendo. (Participante 14- 65 anos, ferido 4 há anos)

Essa inversão de posições, todas essas rupturas e mudanças culminam com sentimentos de inadequação dos homens que se veem na contradição de ter que parar de trabalhar para cuidar do corpo enfermo e a necessidade de atender ao que socialmente é esperado dos homens em termos de produção, vida pública e autonomia.

Discussão

A representação social do corpo do homem estrutura-se a partir dos elementos saúde, força e trabalho, enquanto que as representações do corpo ferido estão centradas na incapacidade para o trabalho, a dependência de cuidados e a restrição de atividades.

A noção de representação social difunde a ideia de que não existe distância entre o universo interior e exterior, do indivíduo e de seu grupo⁹.

Nesse sentido, a representação social do corpo dos homens feridos está diretamente influenciada pelas interações desses homens com seu grupo e seu contexto social. Pois, toda realidade representada é, a princípio, apropriada pelo indivíduo e seu grupo, reconstituída em seus universos simbólicos e integradas em seus sistemas de valores¹⁰.

Os cuidados com o corpo foram ressaltados como essenciais para o alcance da cicatrização da ferida. Destaca-se a preocupação com a saúde, confirmando que o estímulo para *o cuidar de si* está vinculado à preocupação em voltar ao trabalho. Tal representação social está predominantemente influenciada por modelos de pensamento sobre o papel do homem em sociedade.

Estudos destacam os diversos aspectos relacionados ao universo masculino explicam a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde¹¹. Esse comportamento pode favorecer à cronificação da úlcera de perna, já que a cicatrização nas fases iniciais depende na maior parte das vezes da adesão aos regimes terapêuticos para o controle de doenças de base como diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

Considerando-se que as práticas de promoção da saúde e de prevenção de agravos por variados motivos, sejam elas de ordem estrutural e/ou cultural, não fazem parte do cotidiano dos homens¹¹, o retardo em buscar ajuda é ressaltado em suas representações quando os participantes atribuem a si mesmos um comportamento de “*desleixo*”, permitindo inferir sobre

a uma suposta negligência ou pouca importância atribuída aos cuidados como responsáveis pela condição crônica da úlcera de perna.

A importância atribuída ao trabalho, tanto pelos homens, como demais sujeitos em sociedade também é um fator a ser considerado na ausência dos homens em práticas de cuidados e à baixa procura por unidades de atenção primária à saúde. Estudos já demonstram que mesmo quando os homens procuram as unidades básicas de saúde essas se encontram pouco equipadas, desorganizadas e suas equipes desqualificadas pela atender ao público masculino¹².

Por ser visto, sobretudo, como trabalhador e provedor, o homem em casa, sem trabalho, experimenta conflitos interiores que abrem espaço para a auto cobrança. Diante da constatação da dependência econômica dos homens com úlcera de perna em relação a suas mulheres, eles se percebem com sua masculinidade ameaçada.

A existência da úlcera de perna e sua natureza, permanente ou recorrente, exige dos homens uma resignificação de seu lugar no mundo na medida em que as posições, dentro das interações sociais, modificam-se pelas limitações impostas pelas úlceras de perna e sua demanda por uma rotina de cuidados e maior frequência às unidades de saúde.

Qualquer homem traz dentro de si um projeto de vida, mas nem sempre carrega consigo a liberdade para reformulá-lo e diferenciá-lo das características prescritas em seu papel social: ser forte, produzir, ser viril, conquistador, ter sucesso, poder e prestígio social¹³.

Na medida em que as transformações históricas da vida requerem mudanças em seus modos de ser e estar no mundo e, que não conseguem reformular seu projeto de vida, o homem experimenta a crise da masculinidade. Com sua vida e, muitas vezes, seu corpo alterado por uma doença crônica (hanseníase, úlcera crônica, ostomia) essa crise se torna, ainda mais complexa, pois muitas vezes ele é incapacitado de exercer sua “função” de produzir, prover o sustento da família, ter virilidade e iniciativa sexual¹⁴.

Estar doente é percebido pelos homens como sinal fragilidade e ao não compreenderem a doença como parte inerente à sua própria condição sócio, psíquica e biológica, os homens retardam a busca por ajuda por temerem reconhecer suas necessidades de atenção à saúde, cultivando o pensamento mágico de que não adoecem¹⁵. Nesse sentido, muitos homens com diversos tipos de doenças crônicas só buscam os serviços de saúde quando as úlceras de perna já os impede de trabalhar.

Assimilar-se como dotado sujeito de potência e invulnerabilidade é uma imposição da sociedade para com os homens o que lhes suprime o direito de expressar suas fragilidades. Sendo assim, aos homens é vetado chorar, emocionar-se, revelar seus medos ou a ansiedade. Nesse sentido, procurar um serviço de saúde para tratamento ou prevenção de riscos revela-se como um ato de fragilidade que se opõe às concepções de uma sociedade androcêntrica¹⁵.

Além da relevância da dimensão do trabalho, na fala dos participantes, outro aspecto em destaque diz respeito às implicações das representações do corpo ferido sobre as práticas sexuais dos homens. Ao considerarem que não pode “fazer certas coisas”, dentre as quais se inclui o sexo, o corpo ferido é representado como inapto para exercer a sexualidade e a atividade sexual ativa, supondo-se que o sexo possa prejudicar a reabilitação do corpo ferido. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos em que as pessoas investigadas atribuem ao sexo a responsabilidade pela piora do estado das feridas e impedimento à sua cicatrização, sendo essas representações as justificativas para que os adoecidos reduzam a frequência sexual ou as elimine completamente¹⁶⁻¹⁷.

Percebeu-se que há uma imbricada relação entre a forma como o homem representa seu corpo ferido e os sentimentos que derivam dessa representação em um jogo que se retroalimenta, como, por exemplo, ao representar o corpo ferido como impedido para o trabalho, o homem sente-se incapaz e inútil.

Desse modo, depreende-se que as experiências dos homens com as úlceras de perna, tais como, as vivências de discriminação, a perda do trabalho e o isolamento no espaço doméstico contribuem para a emersão dos sentimentos de inadequação, frustração, tristeza, inutilidade, temor pelo final de relacionamentos afetivos-sexuais. Isso demonstra a importância de que se busque a compreensão dos fatores psicossociais desencadeantes desse adoecimento e o valor da dimensão afetiva na edificação das representações sociais¹⁸.

Autores alertam-nos que as emoções e afetos não exclusivos da vida privada subjetiva dos sujeitos e que as emoções partilhadas na interação coletiva (intersubjetiva) confluem para a elaboração de representações. As representações ao serem definidas como modalidade de pensamento social, são também mediadas por uma dimensão afetiva¹⁹.

Conclusão

Este artigo buscou apreender as representações sociais de homens com úlceras de perna acerca do corpo ferido. Os resultados destacam que os participantes representam seus corpos como frágeis, dependentes de cuidados e limitados para o trabalho. O que os fazem experimentar a tristeza e a preocupação diante da perda da vida pública, a dependência econômica e a inversão de posições com a mulher no âmbito familiar. As representações do corpo de homens com úlceras de perna favorecem a adoção de comportamento de autoisolamento e sentimento de inadequação dos papéis sociais.

Dentre as limitações deste estudo destaca-se a escassa literatura acerca do adoecimento crônicos dos homens, o que impossibilitou o contraste com os resultados. Durante as entrevistas, ao serem questionados sobre o que pensavam do corpo do homem, os participantes demonstraram desconforto e respondiam com evasivas. Nesse sentido, os resultados apontam para a necessidade de desenvolvimento de novos estudos que explorem as

representações dos homens acerca de seus corpos, por considerar que esse grupo historicamente tem sido estimulado a refletir mais sobre o corpo das mulheres do que sobre seus próprios corpos, o que fora revelado pelos silêncios diante das questões de entrevista.

Pensar no corpo do homem por outro homem parece haver remetido aos temores de serem enquadrados dentro da categoria homossexual, e esse aspecto revelou-se importante para novas investigações com os homens e como eles pensam o próprio corpo e a saúde.

Este estudo contribui para que as enfermeiras incluam as representações do corpo do homem adoecido em seus interesses de estudo, para ampliar a compreensão sobre a maneira de pensar e agir dos homens, visando oferecer-lhes um cuidado que alcance as necessidades evidenciadas nas dimensões psicossociais.

Referências

1. Camargo BV, Goetz ER, Bousfield ABS, Justo AM. Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas psicol.* 2011; 19(1): 257-68.
2. Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4): 691-9.
3. Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. *Ciencia Y Enfermaria.* 2008. 4(1): 43-52.
4. Bonomo M, Barros SMM. Forte, trabalhador e honrado: representações sociais de masculinidade entre jovens rurais, In: Trindade AT et al. *Juventude, masculinidade e risco.* Vitória (ES): GM; 2009. p. 225-37.
5. Oliveira MSBS. Representações Sociais E Sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2004. 19(55): 180-6.

6. Jodelet D, org. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
7. Coutinho MPL. Depressão infantil: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária. 2001.
8. Relatório Anual de Gestão (RAG). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento 2011
9. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge. Representação social da psicanálise. Zahar, 1978.
10. Secchi K, Camargo BV, Bertoldo RB. Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2009. 25 (2): p. 229-36.
11. Alves RF et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. Psicol. teor. prat.2011. 13 (3): p. 152-66.
12. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. 2007.23(3):565-74.
13. Nolasco S. O mito da masculinidade. Rio de Janeiro: Editora Rocco; 1999.
14. Silva LCA, Albertini PLCA. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. Rev. Dep. Psicol. 2007. 19(1):37-48.
15. Patricia ASS, Furtado MS, Guilhon ABG, Souza NVDO, Davi HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. 2012. 16(3): 561-8.
16. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício, EC. El sexo es bueno, pero no puedo:representaciones de mujeres y hombres con heridas crónicas. Index Enferm.2013. 22(3): 137-141.
17. Marques P.A. et al. Experiências afetivas e sexuais de homens com doença falciforme e úlceras de perna. Revista da ABPN. 2015. 7(16):128-53.

18. Nascimento AD, Hetkowski TM, orgs. Educação e contemporaneidade: pesquisas científicas e tecnológicas. Salvador: EDUFBA. 2009. 400 p.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apreendeu as representações sociais de corpo e sexualidade de homens com úlceras de perna e investigou as implicações dessas representações nas práticas relacionadas à sexualidade e ao cotidiano dos participantes.

Alguns deles revelaram não falar sobre sua sexualidade com amigos, familiares nem nas consultas ou atendimentos de saúde. Foi fundamental criar um ambiente de confiança e vínculo para poder dialogar sobre a questão tentando evitar constrangimentos. A possibilidade de trabalhar com técnicas variadas contribuiu para que eles conseguissem se expressar de alguma forma, apesar de demonstrarem dificuldade ao desenhar. A dificuldade de falar sobre suas vidas e sentimento de inutilidade foi levantada como um obstáculo em suas vidas.

As representações sociais sobre o corpo de homem eram relacionadas a um corpo saudável, o que eles esperam desse corpo e como eles acham que esse corpo deve ser. A palavra “mulher” está identificando o agrupamento de palavras e expressões que se referem a comparações com o corpo feminino, remetendo à dualidade que opõe o homem e a mulher.

Os homens representaram seu corpo como diferente em decorrência da ferida, um corpo que, para eles, apresenta mudanças e deve ser escondido, fato que os afasta da vida social, dos encontros amorosos e sexuais e as atividades do cotidiano circundam em torno da ferida.

Quando o estímulo foi *corpo de homem*, os homens tiveram dificuldade para falar, agiam com desconfiança, pois pensavam que, ao serem instigados sobre corpo de homem, deveriam falar a respeito do corpo de outro homem e isso os deixou desconfortáveis e no ímpeto de negar uma característica que poderia ter sido tomada como fora da heteronormatividade e, por isso, surgiu um grupo “não penso nada”.

O corpo de homem ferido traduz-se em experiências negativas, colocando limitações para a vida cotidiana e, principalmente, para o trabalho e o sexo, o que os levam a sofrerem com o preconceito, por isso requer que camuflem seus corpos. A experiência do corpo ferido para os homens faz com que se sintam envergonhados, insatisfeitos e entristecidos com sua condição. As representações do corpo de homens com úlceras de perna favorecem a adoção de comportamento de isolamento e sentimento de inadequação dos papéis sociais.

O homem ferido cronicamente deixa de trabalhar, necessita de repouso e passa a frequentar mais o ambiente doméstico e isso gera o sentimento de não estar no “seu lugar”. A expressão “*não pode certas coisas*” diz respeito às formas de apresentar o corpo como as

demais pessoas, quanto ao uso de calçados fechados, vestimentas curtas como shorts e bermudas, que, para os participantes, tornam-se impossíveis já que necessitam proteger as feridas da pressão dos calçados e das vestes curtas para mascarar a existência das úlceras de perna. Essa expressão evocada também se refere às limitações do corpo para o sexo, na visão dos homens entrevistados. Por ser um tema que envolve tabu, durante a entrevista com os participantes, evitava-se o uso da palavra sexo e recorria-se às respostas vagas e evasivas para referir-se à prática sexual.

A palavra sexualidade foi representada por eles como sinônimo de sexo, que se trata de uma palavra do universo reificado distante do vocabulário do grupo, ainda não familiarizado por eles. Entretanto, sabe-se que, no senso comum, há uma dificuldade dos mais diversos grupos de responder quando se questiona o que é sexualidade. Isso se deve tanto à falta de conhecimento quanto e, talvez, principalmente, aos mitos e tabus presentes nessa temática que têm sido perpetuados de geração para geração. Dessa forma, a maioria das pessoas considera que sexualidade e sexo são a mesma coisa, assim como, remete tal significado apenas à relação sexual ou à orientação sexual.

A maior preocupação dos homens em relação à sua sexualidade é a impotência sexual/disfunção erétil. Alguns por já terem tido episódios de impotência, outros por medo. As causas não foram investigadas, mas por se tratar de um grupo de homens com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial, além das cobranças e da alteração da auto-estima em decorrência do corpo alterado, característica que pode influenciar física ou psicologicamente e levar à impotência. Eles demonstraram grande preocupação em não decepcionar a companheira e destacam a cumplicidade como algo bom, que traz vida, prazer e, para isso, é preciso que se tenha uma mulher sendo a cúmplice, o que é referido como fundamental para se estabelecer experiências positivas, revelando uma expectativa em torno da parceira e de uma postura compreensiva com as suas limitações.

As representações sociais sobre sexualidade para os homens apresentaram conotação normativa evidenciada pelos termos “não deve fazer”, “não se esforçar”, “saber fazer”. Enfatizando o adoecimento (“enfermidade”) e as repercussões prejudiciais que a relação sexual possa vir a trazer à saúde, as representações enfocam suas experiências negativas como pode ser observado nas expressões: “prejudicial à saúde”, “demora de sarar a ferida”, “difícil”.

Essas questões devem ser trabalhadas na tentativa de uma transformação nas representações e nas práticas dos indivíduos de uma forma que pudesse minimizar o sofrimento e agregar bem-estar às vidas das pessoas.

Dentre as principais mudanças referidas pelos homens, destacam-se as limitações para o trabalho, a inversão de papéis dentro das famílias e as limitações para o sexo.

Para os participantes, o fato de ter uma ferida situa-os como sujeitos impossibilitados de trabalhar e contribuir economicamente. Diante disso, eles sentem-se entristecidos e diminuídos como homens para prover os recursos econômicos demandados pelas famílias e companheiras.

Enfermeiras e demais profissionais de saúde, tendo acesso a esse conhecimento, podem trabalhar, no momento do atendimento, essas questões em uma tentativa de uma transformação nas representações e nas práticas dos indivíduos de uma forma que pudesse minimizar o sofrimento e agregar bem-estar às vidas das pessoas.

Tivessem eles outra concepção de seu processo de adoecimento, sobre seus corpos alterados, talvez suas representações acerca da sexualidade e suas práticas mudassem e eles conseguiriam enfrentar e reconstruir suas vidas e relacionamentos, mesmo com seu corpo alterado pela presença da úlcera de perna e sua cronicidade. Atitudes assim podem repercutir, inclusive, na resposta ao tratamento.

Durante as entrevistas ao serem questionados sobre o que pensavam do corpo do homem, os participantes demonstraram desconforto e respondiam com evasivas. Nesse sentido, os resultados apontam para a necessidade de desenvolvimento de novos estudos que explorem as representações dos homens acerca de seus corpos por considerar que esse grupo historicamente tem sido estimulado a refletir mais sobre o corpo das mulheres do que sobre seus próprios corpos, o que fora revelado pelos silêncios diante das questões de entrevista.

A maioria dos participantes demonstrou-se emocionada no momento da entrevista com choro, pausa nas falas, tristeza. A dificuldade colocada inicialmente e a preocupação com o tempo mudava e acabavam falando mais do que eles mesmos esperavam, isso demonstra a necessidade de se estabelecer medidas para que eles tenham esse espaço de escuta terapêutica e acompanhamento psicossocial associado ao tratamento.

Acredita-se que a formação de grupos possa ajudá-los a compartilhar suas experiências e perceberem que outros homens, também, passam pelo que estão passando e sofrem por não se enquadrarem no padrão. Suas masculinidades feridas, se compartilhadas, podem revelar que é normal estar fora das normas impostas e que existem outras possibilidades de viver tarefas cotidianas, apesar das limitações que a úlcera de perna impõe às suas vidas.

Estudos posteriores podem adentrar às questões do trabalho para o homem, comparações geracionais, identidades masculinas no adoecimento e as implicações de tempos

de ferida diferentes, autocuidado, qualidade de vida, rompimento de relações afetivas geradas em decorrência do adoecimento.

REFERÊNCIAS

ABOIM, Sofi. Do público e do privado: uma perspectiva de gênero sobre uma dicotomia moderna. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20. p 95-117, janeiro-abril. 2012.

AGUIAR, Aline Cristiane de Souza Azevedo. Percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa. 2013. 106 p. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2013.

ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Dicionário de Psicologia APA**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2010. 1042 p.

ARILHA, Margareth. Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. 1999. 126 p. **Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.

ARRUDA, Angela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 117, nov. 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BAUER, Martin W; GASKELL, George; ALLUM, Nicholas C.. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. Evitando confusões. In.: BAUER, Martin W. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

BONOMO, Mariana; BARROS, Sibelle Maria Martins de. Forte trabalhador e honrado: representações sociais de masculinidade entre jovens rurais. In: TRINDADE, A. T. et al (orgs.). **Juventude, masculinidade e risco**. Vitória: GM, 2009. p. 225-237.

BRAGA, Patrícia Déa; MOLINA, Maria Del Carmen Bisi; FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011**: Aprovado com ressalvas na 238ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias nove e dez de outubro de 2012. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. **Parecer Técnico-Científico: Avaliação de múltiplas tecnologias em Feridas Crônicas e Queimaduras**. Brasília. 2011.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves de; SOUSA, Merifane Januário de; SOUSA, Alana Tamar Oliveira de; MENESES, Lenilma Bento de Araújo; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos;

OLIVEIRA, Maria Júlia Guimarães. Feridas Crônicas: Abordagem da Enfermagem na Produção Científica da Pós-graduação. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife. v. 7, n. 2, fev., 2013.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. Tradução Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica. 2000. 110-126p.

CAMARGO, Brígido Vizeu. Alceste: um programa de informática de análise qualitativa de dados textuais. In.: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUINO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia da. **Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005. p. 511-539.

CAMARGO, Brígido Vizeu. GOETZ, Everley Rosane; BOUSFIELD, Andréa Barbará S; JUSTO, Ana Maria. Representações sociais do corpo: estética e saúde. **Temas psicol.** 2011. p. 257-268. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2011000100021&lng=pt. >

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria; ALVES, Catarina Durante Bergue. As funções sociais e as Representações sociais em relação ao corpo: uma comparação geracional. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; ROUQUETTE, Michel-Louis. Abordagem Estrutural e Componente Afetivo das Representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, 2003. p. 435-445.

CARVALHO, EvanildaSouza de SantanaCarvalho. Viver a sexualidade como corpo ferido: representações de mulheres e homens. 2010. 255 f. **Doutorado [Tese]-Escola de Enfermagem**, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; PAIVA, Mirian Santos; APARÍCIO, Elena Casado. Corpos estranhos, mas não esquecidos: representações de mulheres e homens sobre seus corpos feridos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, fev. 2013.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; PAIVA, Mirian Santos; APARÍCIO, Maria Elena Casado. Representações da ferida: entreador, o sofrimento, o heroísmo e o prazer, In: CARVALHO, EvanildaSouza de Santana (Org.). **Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional**. Colaboração de Ana Altina Cambuí Pereira et al. Salvador: editora Atualiza, 2012. p. 23-30.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; PAIVA, Mirian Santos; APARÍCIO, Maria Elena Casado. El sexo es bueno, pero no puedo: representaciones de mujeres y hombres con heridas crónicas. **Index Enferm**, v. 22, n. 3, Sep. 2013. p. 137-141.

COELHO, Daniella Nunes Pachoal; DAHER, Donizete Vago; SANTANA, Rosimere Ferreira; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de Enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, out./dez. 2010. p. 163-173.

CONNELL, Robert W. **Gender and Power**. Stanford: Stanford University Press. 1987.

CONNELL, Robert W. Políticas da Masculinidade. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2. 1995. p. 185-206.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NÓBREGA, Sheva Maia da; CATÃO, Maria de Fátima F. Martins. Construções teórica-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al (org.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 50-66.

COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Depressão infantil: uma abordagem psicossocial**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2001.

CRUZ, Ronny Anderson de Oliveira; MIRANDA, Éder Gonçalves; SANTOS, Edijane da Costa; FERREIRA, Mariada Guia Martins da Silva; SANTANA, Rogério Alves de. Abordagem e reflexões para o cuidado do cliente com erisipela. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**. Pombal, v. 6, n. 1, Jan-Mar. 2016.

DELORENZI, Dino Roberto Soares; SACIOTO, Bruno. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**. São Paulo, v. 52, n. 4, ago. 2006.

ESPLEN, E.; GREIG, A.; CORNWALL, A.; EDSTROM, J.. **Politicising Masculinities: Beyond the Personal**. 2012. 43 p.

FARIAS, Francisca Lucélia Ribeiro de; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5. 2005. p. 700-707.

FELIPE, Jane. Representações de gênero, sexualidade e corpo na mídia. **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 1, Curitiba. 2006. p. 41-54.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução: Maria Tereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro. Graal, 1988.

FREITAS, Raquel Soares. Modos de pensar e de fazer: o cuidado de enfermagem à pessoa com HIV/Aids representado pela equipe de enfermagem/ Raquel Soares Freitas. - 2014. 145f. Orientadora: Denize Cristina de Oliveira. **Dissertação (mestrado)** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2014.

FURLANI, Jimena. Educação Sexual– possibilidades didáticas. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodre (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003. 66-81p.

GARCIA, Telma Ribeiro. Sexualidade humana: conhecimento necessário à formação do enfermeiro. **Actapaul. Enferm.** jan/dez. 1993.

GEFEN, Amit. **Bioengineering Research of Chronic Wounds**. Tel Aviv: Ed. Springer, 2009. 464 p.

- GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. Câncer e gênero: enfrentamento da doença. **Rev. Psicol.** 2007. 21 p.
- GOELLNER, Silvana Vilodre. A produção cultural do corpo, In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: Um debate contemporâneo na educação.** Petrópolis: Vozes, 2003. p. 28-40.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. de. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3. 2007. p. 565-574.
- GUALDA, Dulce Maria Rosa et al. O corpo e a saúde da mulher. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 43, esp. 2. 2009. p. 1320-1325.
- HEILBORN, Maria Luiza. “Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade”. **Cadernos Cepia**, nº 5, Rio de Janeiro: Gráfica JB, dez. 2002. p. 73-92.
- HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis, In: HEILBORN, Maria Luiza et al (org.). **O aprendizado da sexualidade.** Rio de Janeiro: Garamon de Fiocruz, 2006. p. 30-58.
- HOUAISS, Antonio (Ed.). **Novo dicionário.** Folha Webster's: inglês-português, português-inglês. Coeditor Ismael Cardim. São Paulo: Folha da Manhã, 2009.
- JODELET. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2003.
- LEITE, Juliana Alves. Oferta e demanda dos serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de Feira de Santana–Ba (2004-2006). 2006. 114f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)** -Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. 2006.
- LIZARRAGA, M. J. C. SANZ, M. S. MARTOS, M. A. C. Recomendaciones para El tratamiento local de las úlceras cutâneas crônicas. **Formación Médica Continuada em Atención Primaria**, v. 18, n. 10, Madrid. 2011. P. 664-672.
- LORENZI, Dino Roberto Soares de; SACILOTO, Bruno. Freqüência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 52, n. 4, aug. 2006.
- LOURO, Guacira Lopes. O corpo educado. **Pedagogias da sexualidade.** Tradução Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica. 2000. p. 110-126.
- LUCAS, Lucinéia da Silva; MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. **Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores- úlcera de perna.** **Ciencia Y Enfermaria.** v. 1, p. 43-52, 2008.

MACEDO, Ana Gabriela (org.). **Dicionário da crítica feminista**. Rua Costa Cabral: Edições Afrontamento, 2005.

MACEDO, Anne Karolyne Sousa; PASSOS, Guiomar de Oliveira. O habitus na construção de Representações sociais. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA UFPI: **A Pesquisa Como Mediação De Práticas Socioeducativas**, IV, 2006. Teresina. Anais. Teresina: UFPI, 2006.

MARQUES, Patrícia de Almeida et al. Experiências afetivas e sexuais de homens com doença falciforme e úlceras de perna. **Revista da ABPN**, v. 7, n. 16, mar–jun. 2015. p. 128-153.

MASON, J; O'KEEFFE, C; HUTCHINSON, A; MCINTOSH, A; YOUNG, R; BOOTH, A. Uma revisão sistemática da úlcera do pé em pacientes com diabetes mellitus tipo 2: tratamento. **Diabet Med**. 1999.

MEDEIROS, Cristina Carta Cardoso de. Habitus e corpo social: reflexões sobre o corpo na teoria sociológica de Pierre Bourdieu. **Movimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1. 2011. 281-300, jan/mar.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3. set/ de z. 2008.

MELLO, Anahi Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. **Rev. Estud. Fem.**. Florianópolis, v. 20, n. 3, Dec. 2012.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, jun. 2006. p. 515-526.

MOSCOVICI, S. **Apresentação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, AD; HETKOWSKI, TM. (orgs). **Educação e contemporaneidade**: pesquisas científicas e tecnológicas, Salvador: EDUFBA, 2009. 400p.

NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia Maria; CAMARGO, Erigido Vizeu. Psicologia social, Representações sociais e métodos. **Temas psicol.**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 287-299, dez. 2000.

NÓBREGA, Sheva Maia da, COUTINHO, Maria da Penha de Lima. A Técnica de Associação Livre de Palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. (org.). **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 50-66.

NOLASCO, Sócrates. Um “homem de verdade. In: CALDAS, Dário (org). **Homens**: Comportamento Sexualidade Mudança, São Paulo: Editora SENAC. 1997. p. 15-29.

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1999.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 55, jun. 2004.

OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de; ROMANELLI, Geraldo. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan-mar. 1998. p. 51-60.

OLIVEIRA, D. C; GOMES, A. M. T; MARQUES, S. C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das Representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: MENIN, M. S. S; SHIMIZU, A. M. (org.). **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**, São Paulo: Casado Psicólogo, 2005. p. 157-200.

ORTIZ, Renato. Introdução. In: ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu / Sociologia**. Coleção Grandes Cientistas Sociais. Trad.: Paula Monteiro. 2. ed. São Paulo: Ática, 1994, p. 14-25.

PARRINI, Rodrigo. **Falos Interdictos: Cuerpo, Masculinidad y Ley Nómadas** (Col), núm. 38, abril. Colombia: Universidad Centra IBogotá. 2013.

PASSOS, Elizete. A construção da identidade de gênero. In: **PALCOSEPLATÉIAS: as representações do gênero na Faculdade de Filosofia, Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher: UFBA**. 1999. p. 91-125.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; SILVA, Máguida Gomes da; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de; CAETANO, Joselany Áfio. Análise de Gênero para o Adoecimento do Carcinoma de Pele. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 8, n. 4, abr. 2014. p. 872-878.

PINTO, Bruna Knob et al. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, de z. 2014.

QUIVY, Raymon de CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais. Trajectos**. 6. ed. Tradução: MARQUES, João Minhoto; MENDES, Maria; CARVALHO, Maria. Lisboa: Ed. Gradiva, 2013.

REINERT, M. Alceste: **Alcesteanálise de dado stextuais. manualdo usuário**. Toulouse: IMAGE. 1998.

RIBEIRO, Cristiane G.; COUTINHO, Maria da Penha L.; SALDANHA, Ana Alayde W.. Estudo das Representações sociais sobre a AIDS por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para HIV. **DST – Jbrás Doenças Sex Transm**, v. 16, n. 4. 2004. p. 14-18.

RIBEIRO, Jucélia Santos Bispo. Brinca de iras de meninas e de meninos: socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 26, jun. 2006.

RIBEIRO, M. O. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, de z. 1999. p. 358-363.

ROHDEN, Fabíola. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10. 2012.

RUI, Taniele Cristina. Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. **Tese [Doutorado]**. Campinas, SP: Unicamp. 2012.

SABAT, Ruth. Gênero ES exualidade para consumo. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodre (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

SALDANHA, Rafael Araújo. A primeira faz tchan.. . a segunda faz tchun.. . Masculinidades em disputa nas representações dos anúncios da Gillette. **Fazendo Gênero 8-Corpo, Violência e Poder**. 2008.

SALIH, Sara. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

COUTINHO, Maria Penha Lima. Representações sociais da Depressão: idosos em contexto institucional. IN: COUTINHO, Maria Penha Lima; SALDANHA, Ana Alay de Werba (org.). **Representação Social e Práticas de Pesquisa**. João Pessoa: Ed. Universitária, UFPB, 2005. p. 107-134.

SANTANA, Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do (org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010. 203p.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul. / de z. 1995.

SECCHI, Kenny; CAMARGO, Brigido Vizeu; BERTOLDO, Raquel Bohn. Percepção da Imagem Corporal e Representações sociais o Corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, abr-jun. 2009. p. 229-236.

SILVA, L. C. A. da; ALBERTINI, P. L. C. A. da. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. **Rev. Dep. Psicol.** UFF, v. 19, n. 1, p. 37-48. 2007.

SILVA, Patricia Alves dos Santos; FURTADO, Monique de Sousa; GUILHON, Aline Borges; Souza; NORMA, Valéria Dantas de Oliveira; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, 2012.

SOARES, Maria de Fátima. Impacto da Úlcera de Perna na Vida da Família: um estudo de caso. **[Dissertação]**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

STAMBASSI, Grazielle. Processo de Trabalho em Enfermagem: cuidado a Pessoas com Feridas Crônicas Na Atenção Primária À Saude. 135f. **Mestrado [Dissertação]**. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015

TRINCA, Walter. O desenho livre com o estímulo de a percepção temática [Free Drawing as a Thematic Apperception Stimulus]. **Tese de Doutorado**. SãoPaulo (SP), Instituto de Psicologia da USP. 1972.

TRIVIÑOS, Augusto. N. S.. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

WIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ROCHA, Sheila Cristina; CORREA, Juliana Landi; BRISCHILIARI, Adriano; MARCON, Sonia Silva. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-9, out-dez. 2011.

ZIMMERMANN, Tânia Regina. Representações de Masculinidade e Feminilidade no Romance *Diva* de José Alencar. **Rev. Historiæ**, Rio Grande, v. 3, n. 2. 2012. p. 228-245.

ZOBOLI, Fabio; LAMAR, Adolfo Ramos. O lugar do corpo na escola: uma leitura a partir de Bourdieu e Foucault. **Fronteiras da Educação**, Recife, v. 1, n. 1, jun. 2013.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevista n°: _____

Data e local da entrevista: _____

Iniciais do nome: _____

Idade: _____ sexo: _____ orientação sexual: _____

Nacionalidade: _____ (tempo de imigração, se estrangeiro)

Naturalidade: _____ procedência: _____

Escolaridade (estudou até que série): _____

Profissão: _____ ocupação: _____

Renda familiar: _____

Cor da pele autorreferida: preta [] parda [] branca [] amarela [] vermelha []
 outra _____

Estado civil: solteiro [] casado [] união estável [] viúvo [] separado/divorciado []
 outro _____

Tempo de união _____

Religião: Católica [] Protestante [] Espírita [] Candomblé [] Nenhuma []

Outra: _____

Há quanto tempo possui a ferida: _____

TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Quando eu falo “...” o que lhe vem à mente?

Escreva ou fale até cinco palavras ou expressões para cada estímulo dito:

Estímulo 1	Estímulo 2	Estímulo 3	Estímulo 4	Estímulo 5
(sexo)	(sexualidade)	(corpo de homem)	(corpo de homem ferido)	(sexo com o corpo ferido)

DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA

- 1- Faça um desenho que expresse a vida sexual de um homem que vive com uma ferida.
- 2- Olhe para seu desenho e conte uma história sobre ele com início, meio e fim.

Leia sua história e dê um título ao seu desenho estória.

ENTREVISTA

- Fale sobre como ficou sua vida depois da ferida.
 - E seu corpo? Como você o vê depois da ferida?
 - E a sexualidade?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Você está sendo convidado a participar do estudo “**Representações Sociais de Homens com Feridas Crônicas sobre Corpo e Sexualidade**” com os objetivos de apreender as representações sociais de homens que vivem com feridas crônicas sobre seu corpo e sexualidade; discutir como a ferida crônica afeta a vida sexual desses homens. Este estudo está sendo realizado no O Núcleo de Atenção a Pessoas com Feridas (NAPF), localizado na cidade de Feira de Santana, no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA). Serão entrevistados homens que possuem uma ferida a mais de três semanas. Os dados serão coletados também através de desenhos com história, teste de associação livre de palavras (citar palavras sobre esse assunto) e entrevista sobre o tema da pesquisa. As entrevistas serão gravadas em um gravador digital, e ao final, se você desejar, poderá ouvir a gravação, retirar ou acrescentar qualquer informação. O material de gravação será guardado pelo GEM (Centro de Estudos sobre a Saúde da Mulher), localizado na Escola de Enfermagem da UFBA, por um período de cinco anos e após esse período será destruído. Esta pesquisa não lhe oferece riscos físicos, mas poderá causar-lhe constrangimento ou sentimento de vergonha ao relatar fatos de sua vida particular, ou sentir sua privacidade invadida com a presença e perguntas da pesquisadora. Visando reduzir esses riscos, seu depoimento será coletado em ambiente privativo, sem interrupções de pessoas estranhas. Você não será identificado. A você será garantido o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, sem nenhum prejuízo. Os resultados deste estudo serão publicados em dissertação e artigos científicos e apresentados em Congressos.

Este documento será assinado em duas vias por você e pela pesquisadora, sendo uma cópia arquivada e a outra lhe será disponibilizada.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

Termo de Consentimento

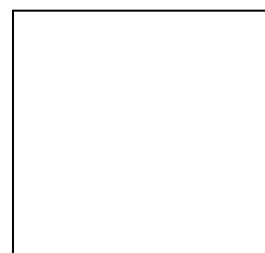
Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações sobre a mesma e, de que todas as informações a meu respeito serão sigilosas. Estou ciente de que não serei exposto a riscos físicos ou morais e que caso sinta desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para mim. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa e terei a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização da mesma.

Assim sendo, autorizo a utilização e divulgação das informações da minha participação nesta pesquisa. Diante do exposto, concordo voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Salvador, ____/____/____

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____



Impressão digital

Pesquisadora: _____


Mestranda: Paula Patrícia Rios

Orientadora: Dra. Mirian Santos Paiva

Co-orientadora: Dra Silvia Lúcia Ferreira

Endereço: Escola de Enfermagem da UFBA. Rua Augusto Viana, s/n. Vale do Canela, 7º andar. Salvador/BA. Tel: 3283-7631.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA




Secretaria Municipal de Saúde
Seção de Capacitação Permanente


Feira de Santana, 08 de Setembro de 2014.

Da: **Seção de Capacitação Permanente SMS**
PARA: CADH
ATT: Dr^a Andreia de Jesus
C/C: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia - UFBA

Informamos que se encontra autorizado a realização do Projeto de Pesquisa de do Programa de Mestrado em saúde coletiva – Mestrado Acadêmico, com o tema: **“Representações sociais de homens com feridas crônicas sobre corpo e sexualidade”** da mestrand: **Paula Patricia Santana Rios**, tendo como objetivo apreender as representações sociais de homens que vivem com feridas crônicas sobre o seu corpo e sexualidade; discutir como a ferida crônica afeta a vida sexual desses homens cadastrados no CADH Centro de atendimento ao Diabético e Hipertenso – Feira de Santana – Ba. Após aprovação do CEP/UFBA a coleta de dados deste projeto será iniciada.

Atenciosamente,


Ariella Karla de O. Covas
Coordenadora da Seção de Cap. Permanente


NPJ 14.043.574/0001-5
Secretaria Municipal de Saúde
Feira de Santana/Bahia

ANEXO B – PARECER DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais de Homens com Feridas Crônicas sobre Corpo e Sexualidade

Pesquisador: Mirian Santos Paiva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37732314.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 907.871

Data da Relatoria: 18/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, que se preocupa em explorar conhecimento prático e do senso comum. Essa opção se deve ao fato do conhecimento elaborado no senso comum pelos indivíduos ser o guia condutor de suas atitudes. Os sujeitos dessa pesquisa serão homens com idade entre 18 e 60 anos, portadores de feridas há mais de um mês que queiram, voluntariamente, participar do estudo e que sejam atendidos no Centro de Atendimento a Diabéticos e Hipertensos de Feira de Santana (CADH) que conta com um ambulatório de atendimento a pessoas com feridas. Diante da complexidade que envolve o tema, já que remete à subjetividade do homem portador de ferida e na intenção de compreender melhor este fenômeno, será utilizada uma triangulação de técnicas de coleta de dados. Assim, para coleta de dados, serão aplicadas as técnicas do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema e a Entrevista em profundidade. Os estímulos que serão usados para o TALP serão sexo, sexualidade, corpo de homem, corpo de homem ferido, sexo com o corpo ferido. Para o desenho-estória pediremos para os homens fazer um desenho que expresse a vida sexual de um homem que vive com o corpo ferido, posteriormente será pedido que o/le para o desenho, conte uma história sobre ele com início, meio e fim e que dê um título à história.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 5º Andar

Bairro: Camela

CEP: 41.115-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7815

Fax: (71)3283-7815

E-mail: cepes.ufba@ufba.br