



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SAÚDE DO HOMEM: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde

FÁTIMA ROSÂNGELA DA SILVA DIAS

**CAJAZEIRAS – PB
2010**

FÁTIMA ROSÂNGELA DA SILVA DIAS

SAÚDE DO HOMEM: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas



FÁTIMA ROSÂNGELA DA SILVA DIAS

SAÚDE DO HOMEM: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Esp. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Professora da Universidade Federal de Campina Grande
(Orientadora – UFCG)

Prof^ª. Roberta Henriques de Miranda Freire
Professora da Universidade Federal de Campina Grande
(Membro – UFCG)

Prof^º. Welington Bezerra de Sousa
Professor da Universidade Federal de Campina Grande
(Membro - UFCG)

Ao mestre da vida, Jesus Cristo, aos meus amados pais, Zilmá e Francisco e as minhas inestimáveis, Tia Santhia e mãe Celeste (amada vizinha).

Agradecimentos

Depois de trilhada mais uma importante etapa da minha vida, depois dos risos e das lágrimas, das esperanças e dos medos, dos momentos imprescindíveis de reclusão e das horas em que um abraço era tão necessário, é chegado o momento de agradecer a tantos que fizeram parte desta conquista. Talvez palavras não sejam capazes de descrever o real sentimento agora, mas o sentimento de gratidão é o que mais pode traduzir este algo tão pulsante dentro de mim.

Ao bom Deus, por todas as maravilhas que Ele realiza em minha vida e em especial por ter permitido, em sua infinita bondade, que mais esta conquista fosse alcançada;

Aos meus amados pais Zilmá e Francisco, pelo encorajamento, apoio e amor que sempre me dedicaram;

À minha tia Santhia, por ser uma segunda mãe, sendo seu incentivo fundamental em todo esse tempo;

Aos meus queridos irmãos Rejane e Rivanilson pelo incentivo e por estarem sempre do meu lado;

Aos meus adoráveis sobrinhos Ian, Miguel e Maria Laura, por me mostrarem por detrás de seus inocentes e travessos sorrisos o valor que tem as coisas simples;

Ao meu namorado Allex, por ser, acima de tudo, um grande amigo, alguém com quem sempre pude contar mesmo nas horas mais difíceis...

Aos meus cunhados Anusca e Giuseppe por ser como verdadeiros irmãos;

Aos meus estimados amigos, Micéya, Elba, Raphael, Angleib, Sheyla e em especial aos meus grandes companheiros, Hugo e Chiara, por estarem presentes em minha vida de uma forma tão significativa;

À minha querida orientadora Rosimery por acreditar que podia dar certo e por me ajudar a trilhar esse caminho;

À Karla Duarte, que por algum tempo foi minha co-orientadora, não podendo ir até o final nesse projeto, no entanto, sua ajuda foi de fundamental importância;

Aos meus colegas de turma por me ensinarem o valor da tolerância;

Enfim a todos, que direta ou indiretamente contribuíram para o sonho pudesse ser realizado, o meu muito obrigado...

É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder. Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver.

Martin Luther King

RESUMO

DIAS, Fátima Rosângela da Silva. **Saúde do homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde**. 2010. 63p. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2010.

Estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas nas principais causas de morte. A política nacional de saúde do homem traz uma nova concepção de assistência para o grupo masculino, e deve ser inserida na Estratégia de Saúde da Família, que além de ter um caráter de assistência universal tem o potencial de estimular a organização comunitária e a autonomia do homem, visando aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, no entanto homens não se reconhecem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas se dirigir em quase que exclusivamente para mulheres. Trata-se de um estudo exploratório, de campo, com abordagem quantitativa, realizada no município de cajazeiras, com homens abordados na área de abrangência de uma determinada Unidade Básica de Saúde, Na faixa etária dos 18 aos 65 anos de idade não importando se estes eram usuários dos serviços de saúde públicos ou privados, que teve como objetivos investigar os determinantes que influenciam os homens na adesão aos serviços de saúde; analisar o comportamento masculino diante do processo saúde-doença, bem como descobrir as causas da pouca procura aos serviços de saúde pela população masculina. Os resultados demonstraram que 64% dos homens procuram ajuda médica apenas diante de situações críticas, apesar de 99% afirmarem que homens devem se cuidar tanto quanto mulheres porque estão igualmente susceptíveis à doenças, não buscam ações preventivas por achar que não há necessidade, e escolhem como serviço de saúde o hospital (57,3%) pela rapidez e facilidade de acesso. Avaliam o serviço de saúde como 66% precisarem ser adequados a saúde do homem, pois não atendem as suas reais necessidades. Apresentam como principais causas de adoecimento as doenças infecciosas com 46,9%, 24,1% para as respiratórias e como serviços ofertados que os levariam a buscar mais as instituições de saúde foi elencado 39,4% para campanhas de conscientização, 20,4% para profissionais mais qualificados, e 15,5 % para melhoria na qualidade dos serviços. Diante dos resultados evidencia-se a necessidade de serviços mais estruturados para atender a população masculina que ofereça um espaço adequado para suprir suas necessidades em saúde, reorganização na estrutura de atendimento, investimento na qualificação dos profissionais, e intensificação nas atividades educativas e preventivas, desta forma o homem passaria a ver com outro olhar esses serviços e com certeza, a buscá-los mais.

Palavras-chave: saúde do homem; serviços de saúde; acesso e avaliação

ABSTRACT

DIAS, Fátima Rosângela da Silva. **The man's health: habits and masculine practices in the everyday health services**. 2010. 63 p. Monograph - Academic unit of Sciences of the Life, Course of bachelor's degree in Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2010.

Studies verify that the men, in general, suffer more of severe and chronic conditions of health than the women and they also die more than they in the principal death causes. The national politics of the man's health brings a new conception of attendance for the masculine group, and it should be inserted in the Strategy of Health of the Family, that besides having a character of universal attendance, it has the potential of stimulating to the community organization and the man's autonomy, seeking to increase the participation of the subjects and of the collectivity in the modification of the determinant of the process health-disease, due to preventive actions to go in almost that exclusively for women. It is an exploratory study, of field, with quantitative approach, accomplished in the Cajazeiras municipal district, with men approached in the area of inclusion of a certain Basic Unit of Health, In the age group of the 18 to the 65 years of age not caring these was users of the services of health public or private, that had as objectives to investigate the determinant that influence the men in the adhesion to the services of health; to analyze the masculine behavior before the process health-disease, as well as to discover the causes of the little search to the services of health for the masculine population. The results demonstrated that 64% of the men just seek medical help due to critical situations, in spite of 99% they claim that men should take care if so much as women because they are equally exposed to diseases, don't look for preventive actions for thinking there is not need, and they choose as service of health the hospital (57, 3%) for the speed and access easiness. They evaluate the service of health as 66% need to be appropriate the man's health, because it doesn't assist his real needs. It is present as principal causes of falling the infectious diseases with 46,9%, 24,1% for the breathing ones and as services presented that would take them to look for more the institutions of health were destined 39,4% for awareness campaigns, 20,4% for more qualified professionals, and 15,5% for improvement in the quality of the services. Before the results the need of services is evidenced more structured to assist the masculine population that they offers an appropriate space to supply your needs in health, reorganization in the attendance structure, investment in the professionals' qualification and intensification in the educational and preventive activities this way the man would pass to see to with other glance those services and with certainty, to look for them more.

Key words: the man's health; services of health; access and evaluation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA – Hipertensão e Diabetes

PAISM – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNAISH – Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo faixa etária, escolaridade e profissão _____	35
Tabela 02. Distribuição dos entrevistados na avaliação e justificativa sobre o homem cuidar da sua saúde como as mulheres _____	39
Tabela 03. Serviços ofertados que levariam os homens a procurar mais os serviços de saúde na opinião dos participantes _____	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Freqüência com que os homens procuram os serviços de saúde _	38
Gráfico 02. Principal motivo que leva aos homens a pouco buscar os serviços de saúde _____	40
Gráfico 03. Tipos de doenças predominantes nos participantes _____	41
Gráfico 04. Serviços de saúde mais utilizados pelos homens participantes ____	42
Gráfico 05. Motivos para a escolha dos serviços de saúde citados pelos homens _____	43
Gráfico 06. Avaliação dos participantes sobre os serviços para atender a saúde dos homens _____	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3 APORTE TEÓRICO	18
3.1 Das concepções sobre sexo à abordagem de gênero	19
3.2 Masculinidade e saúde	20
3.3 Políticas públicas de saúde	23
3.4 Política nacional de atenção integral a saúde do homem	27
4 METODOLOGIA	30
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Local da pesquisa	31
4.3 População e amostra	32
4.4 Coleta de dados	32
4.5 Posicionamento ético do pesquisador	33
4.6 Análise dos dados	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 Dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa	35
5.2 Dados relativos à temática	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	
ANEXOS	

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

1 INTRODUÇÃO

Homens e mulheres são o foco principal das políticas públicas de saúde, independente da faixa etária, porém quando pensamos no homem como adolescente/adulto, encontramos uma grande fragilidade na assistência à saúde, fato que não acontece com o grupo feminino, que tem políticas que atendam a saúde da mulher, desde 1984. Percebendo estas arestas apenas em 2008 foi criada a política nacional de atenção integral a saúde do homem e desta forma a população masculina passa então a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas: além das mulheres, adolescentes e jovens, idosos, pessoas com deficiência, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos privados de liberdade.

O Programa Saúde da Família representa uma estratégia para reverter a forma atual de prestação da assistência à saúde. Trata-se, pois, de uma busca pela reorganização do Sistema Único de Saúde – SUS, com ênfase na Atenção Básica, porta de entrada do referido sistema. Alinhada a esta, foi instituída, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com intuito de promover, entre outros aspectos, ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, visando estimular o auto-cuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais, as noções de gênero e de masculinidade, é importante para as proposições estratégicas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção à saúde, a fim de resguardar a prevenção de doenças e a promoção da saúde como eixos necessários e fundamentais de intervenção numa perspectiva do seu *empowerment*.

De acordo com Campos e Wendhausen (2007) o *empowerment* significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, implica que os indivíduos ampliem o controle sobre as próprias vidas através da participação, na busca de transformações em sua realidade social e política.

Discutir acerca da saúde do homem é algo que nos remete a análise da percepção das diferenças de gênero, masculinidade e de que modo esta interfere na saúde desta população específica, os homens. Papéis sociais construídos historicamente atribuem à mulher a tarefa de cuidadora, de sua saúde e de sua

família, ao homem cabe o papel de provedor e, mesmo, de superior e, portanto, incapaz de demonstrar fraquezas, tornando este um dos principais fatores que os levam a procurar menos ou mais tardiamente os serviços de saúde.

Vários estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar das taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A despeito de uma maior vulnerabilidade masculina com relação ao processo do adoecimento, o que se configura por um número maior das taxas de morbimortalidade, o que se pode afirmar é que a maioria dos homens relega a último plano o cuidado com a saúde e quando o fazem geralmente apresentam uma menor adesão ao esquema terapêutico quando este exige mudanças de hábito ou disponibilidade de tempo.

A menor sobrevida masculina foi, ou ainda é quase sempre aceita sem muita discussão e vista como resultado somente de fatores biológicos. Acresce-se a isso o fato de ser continuamente mencionado que nascem e, em todas as idades, morrem mais homens, obtendo-se, assim, o equilíbrio entre os sexos. É inegável a existência do fator biológico, porém, o enfoque de gênero não pode deixar de ser considerado quando se deseja caracterizar e analisar a saúde do homem (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

De acordo com Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), várias doenças acometem mais os homens, traduzindo-se por maior mortalidade desse sexo, sendo essa uma questão que precisa ser levada em conta quando se pensa em saúde da família e, por extensão, em uma comunidade saudável.

O interesse pela pesquisa deu-se através da observação no cotidiano dos atendimentos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Cajazeiras – PB, onde foi realizado o estágio supervisionado, quando constatou-se que a busca pelos serviços de saúde não é algo que faz parte da rotina da maioria dos homens, e a ida a UBS geralmente dava-se para apanhar medicamentos, quando estes já se encontravam cadastrados no HIPERDIA (programa de controle da hipertensão e diabetes), ou mesmo para realizar procedimentos ambulatoriais, como curativos.

Quer seja por preconceitos, quer seja por questões culturais, o que se percebe é que apenas uma minoria da população masculina está preocupada em fazer uma avaliação contínua do seu estado de saúde. Muitas vezes o homem tem dificuldade em reconhecer suas necessidades e seu machismo faz com que rejeite a possibilidade de adoecer, esquecendo os riscos a que está exposto.

A partir desta percepção, surgiu o interesse em pesquisar o real motivo que leva os homens, na sua maioria, a não procurarem, ou se afastarem, dos serviços de saúde, privilegiando a atenção especializada em detrimento à prevenção dos agravos que podem ser evitáveis, caracterizando um maior custo aos cofres públicos. Será por uma questão de preconceito? Um pensamento de invulnerabilidade? Ou será porque esta atitude pode significar uma demonstração de fraqueza?

Nessa perspectiva, este trabalho pretende contribuir com as discussões acerca da temática em foco, adesão dos homens aos serviços de atenção à saúde, visto que, embora haja um aumento significativo na abordagem do assunto, ainda existe uma insuficiência de estudos sobre as práticas masculinas voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde. Entende-se que, dentre outros aspectos, se faz necessário realizar uma escuta qualificada acerca da percepção masculina sobre suas necessidades de saúde, uma vez que os homens têm demonstrado dificuldade de verbalizá-las, para que a partir das contribuições deles, gestores, profissionais de saúde e a sociedade possam melhor compreender as questões envolvidas na pouca adesão aos serviços de saúde.

Socialmente este estudo terá como relevância a possibilidade de trazer uma proposta aos gestores em saúde quanto à busca de melhorias na qualidade de vida da população masculina, por meio do acesso facilitado a ações e serviços de assistência integral, a fim de promover uma diminuição da morbimortalidade dessa população.

Aos homens o presente estudo pretende trazer uma compreensão acerca da construção de sua masculinidade, procurando desmistificar essa identidade de superioridade e invulnerabilidade que foi sendo construída ao longo dos tempos, ao mesmo tempo em que procura lhe trazer uma reflexão sobre a importância do cuidado com saúde, ressaltando a prevenção como o melhor caminho para viver mais e com melhor qualidade de vida.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Investigar os determinantes que influenciam os homens na adesão aos serviços de saúde.

2.2 Específicos:

- Analisar o comportamento masculino diante do processo saúde/doença;
- Descobrir as causas da pouca procura aos serviços de saúde pela população masculina;

3.1 Das concepções sobre sexo à abordagem de Gênero

De acordo com Pinheiro e Couto (2008), as concepções ocidentais sobre o sexo das pessoas remontam à cultura grega e são retratadas em construções filosóficas da Antiguidade.

Em *O Banquete*, texto de Platão (1989), em meio aos discursos acerca do amor, apresenta um mito que explica a origem das duas formas de se conceber socialmente o sexo. De acordo com esse mito, os seres eram classificados em três tipos: os puramente masculinos, os puramente femininos e os andróginos, que possuíam metade masculina e metade feminina. O mito conta que tais seres se voltaram contra os deuses e, em castigo, foram divididos ao meio dando origem aos homens e às mulheres.

Segundo Laqueur (2001) apud Aquino (2006), a noção de dois sexos biológicos surgiu somente no século XVIII, quando os órgãos reprodutivos foram distinguidos em termos lingüísticos e ganharam centralidade absoluta na definição das diferenças entre homens e mulheres. Estas seriam seres de maior fragilidade e sua vulnerabilidade a todo tipo de influências, seja física, moral ou intelectual seria resultado de sua suposta sensibilidade, fato que as tornaria prioritariamente aptas à maternidade.

Os seres humanos nascem machos ou fêmeas, e é por meio da educação que recebem que se tornam homens ou mulheres. A identidade sexual é, portanto, socialmente construída. Nota-se que neste conjunto de características atribuídas ao que é “ser homem” e o que é “ser mulher”, surgiram estruturas binárias dicotômicas em que o masculino é a extremidade tomada como positiva (TAVARES, 2010).

Gênero é um conceito das ciências sociais que, grosso modo, se refere à construção social do sexo. Significa dizer que, no jargão da análise sociológica, a palavra sexo designa agora a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e, no máximo, a atividade sexual propriamente dita. O conceito de gênero ambiciona, portanto, distinguir entre o fato do dimorfismo sexual da espécie humana e a caracterização de masculino e feminino que acompanham nas culturas a presença de dois sexos na natureza. Este raciocínio apóia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é condição realizada pela cultura (HEILBORN, 1994).

A noção de gênero é um conceito amplo que envolve concepções históricas e culturais, dessa forma, as características do masculino e do feminino são marcadas pelo contexto social e cultural em que os indivíduos estão inseridos.

Helena Confortin (2003, p. 109) aponta que:

O conceito tem o objetivo de chamar a atenção sobre a construção social dos sexos, sobre a produção do feminino e do masculino, não como algo dado e pronto no momento do nascimento, mas como um processo que se dá ao longo de toda a vida e vai fazendo com que as pessoas, os sujeitos, se tornem homens e mulheres de formas muito diversificadas, sempre de acordo com o que aquela sociedade, aquele momento histórico, a sua cultura, as suas relações étnicas, religiosas, de classe consideram, permitem e possibilitam. Nessa visão, concebe-se a produção do masculino e do feminino, simultaneamente.

Trabalhar com a perspectiva de gênero possibilita que se considerem as condições que caracterizam as construções sociais acerca dos sexos, de forma que se configura como uma forma mais abrangente e crítica de abordar as relações entre homem e mulher (PINHEIRO; COUTO, 2008). Essa abordagem implica que os gêneros são atributos socialmente construídos em função de cada cultura; os modelos de gênero se constroem numa perspectiva reacional, de modo que a concepção de masculino se desenvolve a partir da de feminino e vice-versa; e o âmbito de gênero é o primeiro campo em que o poder se articula nas relações humanas (SCOTT, 1990 apud PINHEIRO; COUTO, 2008).

3.2 Masculinidade e saúde

Ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para homens e mulheres (SCHRAIBER; GOMES, 2005). Em grande parte dos estudos é feita uma constatação da influência de certas construções da masculinidade em condutas que não promovem a saúde dos homens, já que expor-se a riscos e até crer em uma certa invencibilidade são características tidas como naturais para a maioria dos seres deste sexo.

A década de 70 do século XX é considerada como o marco dos estudos norte-americanos acerca da temática "homem e saúde". Esses estudos traduziam

um pensamento exploratório tangenciado pela teoria e política feministas e conceitualmente pressupunham que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde (COURTENAY, 2000; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005 apud GOMES; NASCIMENTO, 2005).

Nos anos 80, tal perspectiva avança de forma mais consistente, observando-se, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades (COUTENAY, 2000 apud SCHRAIBER, GOMES, 2005).

Segundo Schraiber et al (2005), os anos 90 consolidam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando-as a outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens.

Pinheiro e Couto (2008) dizem que no campo das relações homem-saúde tem-se que vários dos comportamentos danosos à saúde podem ser caracterizados na perspectiva das construções sociais das masculinidades. Portanto, pode-se afirmar que os preceitos acerca do que é ser homem e, por conseguinte, do masculino, não influenciam apenas os comportamentos individuais ou adotados socialmente, mas determinam sobremaneira a forma como os homens percebem e lidam com seus corpos.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorrem também devido as barreiras socioculturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino (BRASIL, 2008). O menino cresce e é educado para ser forte e proteger. Isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica já que não pode admitir que pode ser frágil ou que possa adoecer, o que o torna susceptível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitada. O processo de adoecimento é considerado como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Segundo Connell (1995) apud Costa-Junior e Maia (2009), diferentes expressões do masculino são explicitadas num mesmo contexto social. Um conjunto dessas expressões representa um modelo hegemônico e estereotipado de masculinidade que revela e mantém características comportamentais em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Por exemplo, maior

atividade, desempenho, resistência e independência de homens em relação às mulheres. As características não enquadradas nesse padrão são, em geral, avaliadas negativamente entre os membros de nossa sociedade, uma vez que podem ser consideradas não masculinas tipicamente femininas ou relativas a homossexuais efeminados.

Segundo Courtenay (2000) apud Figueiredo e Schraiber (s.d), aspectos como poder e iniquidade social devem ser ressaltados para entender os contextos dos comportamentos não saudáveis adotados pelos homens. De acordo com o autor, os homens usam práticas e comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade que os estabelecem como homens. Assim, reprimem suas necessidades de saúde e recusam admitir dor ou sofrimento, negam fraquezas ou vulnerabilidades, sustentam o controle físico e emocional, têm uma disposição incessante para o sexo e um comportamento agressivo.

De acordo com Figueiredo (2005, p. 107):

Nesses modelos de masculinidade idealizada estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco como valores da cultura masculina. Associadas a isso encontram-se fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a idéia de feminilização associada aos cuidados de saúde.

Gomes (2003) analisa que o modelo hegemônico de constituição do masculino tem trazido conseqüências para a saúde e a vida dos homens. Uma delas é a dificuldade diante de medidas preventivas de saúde como o exame contra o câncer de próstata que desperta angústia e medo da homossexualidade e da impotência, sendo este um dos motivos que os levam a procurar os serviços de saúde somente quando os problemas se agravam.

Alguns comportamentos dos homens no que diz respeito aos cuidados a sua saúde corporal estão intimamente relacionados ao modelo de masculinidade, o resultado disso é a omissão ou ocultação sobre as necessidades dos cuidados em saúde e conseqüente diminuição de procura por auxílio médico.

Embora esse modelo hegemônico de masculinidade construído a partir de valores patriarcais e machistas já tenha sido amplamente criticado e mesmo que em época recente ele conviva com outros modelos, ainda prepondera a noção de que

existe associação entre essa masculinidade viril, competição e violência (SOUZA, 2005). Fatores que acarretam conseqüências na saúde e na vida dos homens, implicando num aumento dos índices de morbimortalidade masculina.

Determinados processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica (BRASIL, 2008).

3.3 Políticas Públicas de Saúde

Saúde é muito mais que ausência de doença, é o resultado das condições, objetivas e subjetivas, que propiciam uma vida digna. Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto das políticas públicas, as quais procuram trazer um conjunto de melhorias que visem atender as necessidades de cada setor da população. (BRASIL, 2007).

Durante décadas, as políticas públicas de saúde tiveram como objetivo propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessária à reprodução social do capital. Ao mesmo tempo, o setor saúde era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde. A saúde não era considerada um direito, mas tão-somente um benefício da previdência social, como a aposentadoria, o auxílio-doença, a licença-maternidade e outros (BRASIL, 2007). O que se pode constatar é que antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que havia era um atendimento médico-hospitalar voltado para aqueles que possuíam condições financeiras pra pagar um atendimento ou ainda para os que, em função de suas atividades trabalhistas, tinham convênios com algumas empresas de saúde responsáveis pelos atendimentos. O restante da população, ou seja, os pobres ficavam a mercê da sorte ou, como muitos, condenados a uma vida cronicamente enferma.

Assim, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor saúde da época.

Machado et al (2007), amplia este pensamento afirmando que o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania.

Desta forma, a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do SUS como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade (MACHADO et al, 2007).

Historicamente, observa-se uma disparidade na formulação de políticas públicas de saúde voltadas a “populações específicas”. A criação de uma assistência voltada especificamente para o público feminino surgiu no Brasil, já nos anos de 1930, centradas na saúde materno-infantil, culminando com o desenvolvimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 1983. O mesmo, não aconteceu com a atenção específica ao homem, ao menos, na mesma proporção.

A partir do século XXI, esse panorama vem mudando significativamente. De um lado, o aprofundamento da crítica dos movimentos feministas ao machismo tem feito com que os homens percam progressivamente a posição de representantes universais da espécie humana e a relativa invisibilidade que tal posição lhes proporcionava. De outro, a transformação das estruturas familiares e de padrões de masculinidade tem permitido aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços - entre eles os serviços de saúde - antes voltados às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos. Além disso, a constatação de que a resolução de graves problemas de saúde (como a disseminação da AIDS e a reprodução não-planejada) passa necessariamente pela mobilização da população masculina (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Em se tratando de políticas públicas, ao longo dos vinte anos do SUS não se tinha uma política que priorizasse a saúde dos homens, fato visivelmente constatado pela pouca procura do público masculino aos serviços de atenção básica, bem como pela própria falta de conhecimento da maioria destes em relação às atividades desempenhadas em uma UBS.

Desse modo, a falta de assistência voltada especificamente para a população masculina torna-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Com vista a essa realidade, observou-se a necessidade de um olhar direcionado para esta clientela, considerando seus determinantes de morbimortalidade no intuito de sensibilizar este homem para procurar os serviços de atenção primária oferecidos.

Acredita-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de ter um caráter de assistência universal tem o potencial de estimular à organização comunitária e à autonomia do homem, visto que o modelo assistencial proposto é o da promoção da saúde que tem como eixo central o conceito/estratégia de “*empowerment*” (CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007).

A promoção à saúde traduz-se em uma forma de *empowerment*, constituída como uma estratégia mediadora entre o ambiente e a sociedade, visando aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida. O Estado tem a responsabilidade de reduzir as diferenças, assegurando a igualdade de oportunidades e promovendo meios que permitam a todos desenvolverem um melhor controle sobre sua saúde (AYRES, 2004).

Neste sentido, o homem também não se reconhece como sujeito do *empowerment* no exercício da assistência à sua saúde, principalmente o que se refere atenção preventiva.

Estudos apontam o fato de homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas se dirigir quase que exclusivamente para mulheres (SCHRAIBER, 2005). Assim os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres, e composto em sua maioria por uma equipe profissional do sexo feminino. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade verifica-se a existência de barreiras institucionais e socioculturais como fator de resistência masculina na atenção de sua saúde. Os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (Figueiredo, 2005), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como conseqüência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

Segundo Gomes (2008), mesmo com o direito de acesso garantido a atenção primária, a população do sexo masculino não adere ou possui resistência aos poucos programas existentes. Lyra-da-Fonseca et al. (2003) associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina.

A maior presença feminina observada na demanda aos serviços de atenção básica, muito provavelmente, está associada a fatores socioculturais. O fato de caber à mulher, em geral, acompanhar crianças, adolescentes e idosos a esses serviços de saúde, além de, em determinado período de sua vida, freqüentar o pré-natal, faz com que ela se torne, provavelmente, mais predisposta à utilização desses serviços.

Entre outras justificativas, estudos reconhecem as Unidades de Saúde da Família – USF- como sendo elas a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço. Neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência seja por considerarem as USF como um espaço feminilizado, freqüentados principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não-pertencimento àquele espaço. Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as USF porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Enfim, tudo isso indica que parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária, embora sejam escassos estudos sobre essas questões na literatura (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Conseqüentemente reforça-se a associação recorrente entre o cuidado à saúde e o feminino, em contraponto à vinculação da imagem masculina ao não cuidado. Tal associação (re)produz como 'natural' uma construção histórica e culturalmente produzida pela sociedade e que tem como referência legitimadora instituições como as da saúde. Assim, esse imaginário é incorporado e atualizado tanto por profissionais quanto por usuários dos serviços, o que torna desafiador a desconstrução desses valores e a transformação das práticas no concreto das relações entre esses sujeitos (PINHEIRO; COUTO, 2008).

Como afirmam Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) apud Figueiredo (2004), o reconhecimento das necessidades de saúde pelos homens, percebidas principalmente na procura de cuidados pelos usuários, é um aspecto importante para a organização das ações de saúde. Para o universo de assistência aos homens, o reconhecimento das necessidades implica uma dificuldade a mais, em como identificá-las se um dos maiores carecimentos desses indivíduos é justamente a dificuldade na demanda de ações de saúde. Em outras palavras, como desenvolver, na atenção primária, estratégias tanto voltadas para as necessidades tradicionais em saúde, quanto voltadas para novas disposições, como prevenção e promoção da saúde masculina, sem um contexto instaurador/receptor de necessidades são questões merecedoras de soluções.

3.4 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Quase 26 anos depois da implantação do PAISM, foi criada no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem.

O Ministério da Saúde em parceria com gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, implementaram a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) com o propósito de suprir as necessidades do mesmo. Esta política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2008).

Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens. Por outro lado, alguns quando promovem o cuidado de seu corpo apresentam um extremo fisiculturismo, quando o cuidado de si transforma-se em risco de adoecimentos (KEIJZER apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

É a partir dessas concepções e tendo como referência os diagnósticos de saúde dos homens em cada contexto que as USF estão inseridas, que os serviços devem construir as estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens (FIGUEIREDO, 2005).

Desta forma, o Ministério da Saúde visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Fazendo com que esta população acesse o sistema de saúde por meio da atenção primária, que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação, para que a assistência à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva, tal política tem como objetivo:

Promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção. A PNAISH traz como compromisso a busca pelo entendimento do ser homem, considerando toda sua heterogeneidade, já que masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário tanto de homens como de mulheres (BRASIL, 2008).

As diretrizes que regem a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem são focadas na integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações. Nesse sentido, a integralidade pode ser compreendida tanto como o trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, assegurando um cuidado continuado, como também a compreensão do indivíduo em toda sua complexidade, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença. Sobre a

factibilidade foram consideradas a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial de modo a permitir em todo o país, na prática, a implantação das ações delas decorrentes. No que tange a coerência, as diretrizes que serão propostas estão baseadas nos princípios anteriormente enunciados, estando compatível com os princípios do SUS. A viabilidade da implementação desta Política estará diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes (BRASIL, 2008).

No tocante as causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos, apontados na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, observou-se que, em 75% dos casos, os óbitos deve-se às Causas Externas (30%); em segundo lugar, estão as Doenças do Aparelho Circulatório (20%); em terceiro lugar, os tumores (12%); em quarto lugar, as Doenças do Aparelho Digestivo (8%) e, por fim, em quinto lugar, as Doenças do Aparelho Respiratório (5%) (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a política busca evidenciar os principais fatores causadores de morbimortalidade em homens, bem como demonstrar a importância de determinantes sociais na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, ressalta ainda que esta construção do gênero masculino, criada ao longo do tempo, compromete o acesso à atenção integral, repercutindo de modo crítico na forma como essa população se expõe a situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2008).

4.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo exploratório, de campo, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2002), o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só a aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.

Nesse sentido, de acordo com Minayo (2003), uma pesquisa não se restringe à utilização de instrumentos apurados de coleta de informações para dar conta de seus objetivos. Para além dos dados acumulados, o processo de campo nos leva à reformulação dos caminhos da pesquisa, através da descoberta de novas pistas.

A pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente. Suas características principais são: plano pré-estabelecido, com o intuito de enumerar ou medir eventos; confirmação das hipóteses da pesquisa ou descobertas por dedução, observações ou experiências; utilização de dados que representem uma população específica (amostra), a partir da qual os resultados são generalizados, além de utilizar como instrumento para coleta de dados um questionário convencional impresso (NEVES, 1996).

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no alto sertão paraibano, na cidade de Cajazeiras - PB com homens abordados na área de abrangência de uma determinada unidade básica de saúde, não importando se estes eram usuários dos serviços de saúde públicos ou privados. Segundo dados do IBGE (2009), a referida cidade está localizada no extremo oeste do Estado da Paraíba, distante há 477 km de sua capital João Pessoa e com uma população estimada de 57.875 habitantes. O município de Cajazeiras possui um total de 14 UBS em toda sua extensão territorial que se rege pelo modelo Gestão Plena em Saúde, tendo total liberdade de administrar a saúde nos seus diversos aspectos. A USF escolhida está localizada no centro e atende tanto a população urbana como a rural, tendo um total de 1.238 famílias cadastradas.

4.3 População e amostra

A população estudada foi constituída por todos os homens da área de abrangência de uma determinada USF, que compreendessem a faixa etária dos 18 aos 65 anos de idade. A escolha da faixa etária se justificou por nessa fase da vida os homens serem mais independentes e não sofrerem influências externas para a procura dos serviços. A amostra foi constituída por 100 homens do grupo escolhido, selecionados de forma intencional, sem critério de cor, religião, condição econômica ou grau de instrução. Foram utilizados como critérios de inclusão a faixa etária dos entrevistados, que deveria está de acordo com a sugerida, assim como a aceitação em participar da pesquisa, respondendo a todos os questionamentos. Tiveram como critérios de exclusão: incapacidade mental, idade inferior ou superior a sugerida e aqueles que se negarem a responder a qualquer um dos questionamentos.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado contendo 06 perguntas objetivas e 02 subjetivas, elaborado em duas etapas. A primeira contendo os dados sócios demográficos, a fim de conhecer melhor o nível dos participantes e a segunda composta por questões relacionadas ao tema da pesquisa (questões norteadoras). A coleta dos dados foi efetuada no período de novembro de 2010. A abordagem aos homens foi feita na própria USF, com homens que buscaram o serviço, tanto para informação quanto para atendimento, ou como acompanhante, bem como os transeuntes, sem horário definido. A abordagem chegou ao fim tão logo se completou o número da amostra. O instrumento foi respondido de próprio punho, na presença da pesquisadora e conforme fosse da vontade do entrevistado, ou o mesmo fosse analfabeto, a mesma pôde estar respondendo por ele, conforme ela fizesse a leitura e ele a resposta.

4.5 Posicionamento Ético do Pesquisador

A pesquisa foi realizada de acordo com o que preza a Resolução 196/96 do Código de Ética em Pesquisa com seres humanos que, segundo Brasil (1996), garante aos participantes total anonimato e a liberdade de recusa ou retirada do seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. O questionário foi aplicado mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A presente pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria - Cajazeiras – PB, com número 603102010, será utilizada com fins de publicação em revistas científicas que abordem a temática.

4.6 Análise dos dados

Há inúmeros caminhos para refletir-se sobre a produção de um conhecimento de uma área. Neste estudo, a opção foi por uma análise que teve por base a organização das entrevistas, seguida da leitura e interpretação das respostas de cada questão, realizada a partir de uma abordagem de pesquisa quantitativa.

Os dados foram apurados manualmente e em seguida analisados e organizados em gráficos e tabelas de frequência absoluta e relativa, utilizando o programa Microsoft EXCEL e analisados sob a luz da literatura pertinente à temática estudada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo encontra-se disposta uma abordagem dos dados coletados na pesquisa, cujos resultados foram agrupados e organizados em gráficos e tabelas. A interpretação destes resultados se deu através de duas etapas, sendo a primeira referente à caracterização dos sujeitos da pesquisa e a segunda relativas às questões da temática estudada. Posteriormente, os mesmos foram analisados e comparados a luz da literatura pertinente.

5.1 Dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa

Tabela 01. Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo faixa etária, escolaridade e profissão.

Variável	Nº	%
FAIXA ETÁRIA		
18 – 30	44	44
31 – 43	28	28
44 – 56	15	15
57 – 65	13	13
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	03	3
1º grau incompleto	18	18
1º grau completo	11	11
2º grau incompleto	06	6
2º grau completo	27	27
Ensino superior	35	35
PROFISSÃO		
Estudante	18	18
Autônomo	31	31
Funcionário público	36	36
Funcionário privado	03	3
Aposentado	05	5
Agricultor	07	7
TOTAL	100	100

Na composição desta amostra verificou-se que a faixa etária de maior predominância entre os pesquisados foi de adultos jovens dos 18 aos 30 anos de idade, representando 44% do total, sendo a de menor predominância os homens com idade entre 57 e 65 anos de idade.

De acordo com a idade que predominou entre os participantes, observa-se que são homens em idade economicamente ativa, que trabalham em sua grande maioria, e que, por estarem no papel de provedor familiar, muitas vezes com dois turnos de jornada de trabalho e precisarem está presente em seu ambiente laboral, onde sua ausência resulta em falta e desconto salarial, apontam como causa principal para estarem afastados dos serviços de saúde, o fato de estes funcionarem no mesmo horário que seu trabalho.

Segundo Brasil (2008) não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. A nível de comparação, ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, destaca-se que grande parte das mulheres, de várias categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

De acordo com o grau de escolaridade pode-se observar que 35% dos participantes possuem ensino superior, 27% possuem ensino médio completo (2º grau), 18% o ensino fundamental incompleto (1º grau), 11% ensino fundamental completo, sendo os analfabetos aqueles cuja percentagem foi a menor, representando 3% do total.

Segundo Fígoli (2006), entre 1970 e 2000, pôde ser observada uma melhoria no nível de educação concluída em todas as faixas-etárias e gêneros da população. Durante esses 30 anos, ocorreu uma redução significativa na proporção de pessoas analfabetas, em todos os grupos etários no país. No entanto, os índices de baixa escolaridade ainda são elevados, principalmente nos grupos etários mais jovens.

A educação é algo que pode mudar de forma significativa a maneira como as pessoas lidam com o cuidado a saúde, isto porque se pressupõe que o aumento da escolaridade traz consigo aumento na aquisição de informações organizadas e, por conseguinte mudanças nas percepções com relação à saúde. Entretanto, o que ficou evidenciado ao término da pesquisa foi que o nível de instrução dos

participantes não influenciou as respostas com a relação a frequência pela procura dos serviços de saúde.

Com relação à profissão/ocupação notou-se que as três categorias mais evidenciadas são aqueles com encargos referidos como públicos (36%), seguido por autônomos (31%), estudantes (18%) e os demais (agricultores, aposentados e funcionários particulares) representando 15% do total.

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005) a falta de trabalho (e impossibilidade de prover materialmente a família) é aspecto importante relacionado aos riscos de saúde dos homens. Por outro lado, quando se trata de cuidado com a saúde, o trabalho tem sido considerado como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos já estabelecidos.

Muitas vezes o homem usa o trabalho como desculpa para não buscar um serviço de saúde, tanto porque tal atitude demandaria disponibilidade de tempo, como também pelo medo da descoberta de algum problema de saúde, que além de expor sua fragilidade como ser humano, iria desencadear a necessidade de investigação do problema, estabelecimento do tratamento e carência de acompanhamento, o que acabaria por exigir ausência do seu ambiente de trabalho e conseqüente geração do medo de perder o emprego.

Keijzer (2003), Luck, Bamford, Williamson (2000) apud Gomes e Nascimento (2006) afirmam que devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem comprometer o bem-estar masculino e até mesmo contribuir para o suicídio de jovens.

5.2 Dados relativos à temática

Para se tomar conhecimento dos dados relativos à temática, inicialmente os homens foram abordados sobre a frequência com que eles procuram os serviços de saúde. Pôde-se observar que 64% procuram os serviços de saúde apenas quando surge algum problema de saúde, 21% raramente o fazem, enquanto que 15% responderam que procuram sempre, mesmo sem sintomas aparentes de alguma doença.

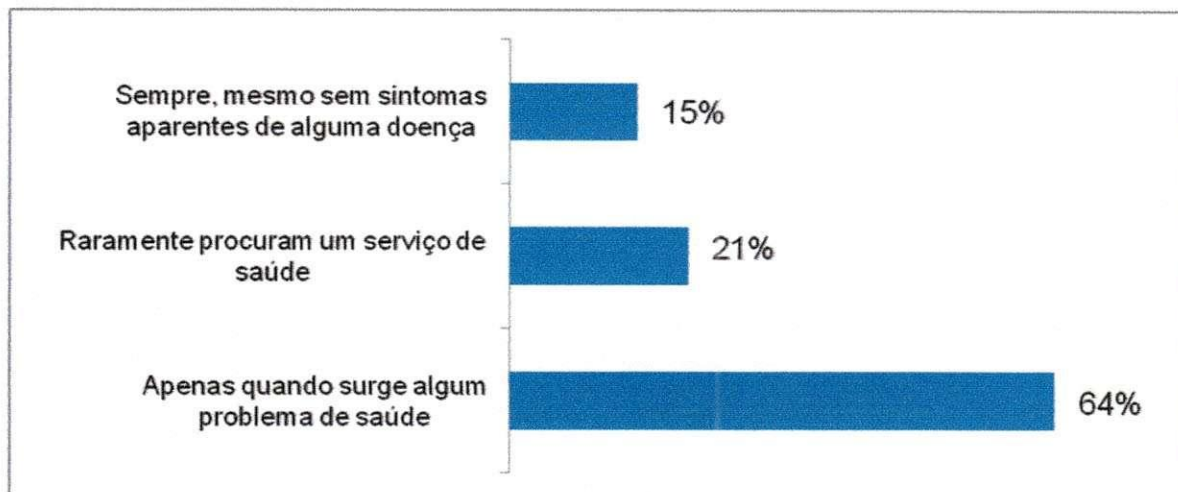


Gráfico 01. Freqüência com que os homens procuram os serviços de saúde.

A partir dos dados percebe-se que a maioria dos homens busca por um serviço de saúde apenas quando está com sintomas de alguma doença e que ele já não pode deixar de dar atenção, ou quando o problema já está em fase crítica, uma situação bem diferente das mulheres, que focando o lado preventivo, buscam continuamente os serviços de saúde. Entende-se que este quadro é gerado por diversos motivos, entre eles preconceito, mitos e tabus, que são fortalecidos pela cultura em que se encontra inserido, e até mesmo pela falta de incentivo da mídia, cujas campanhas só focam a saúde feminina.

Segundo Costa-júnior e Maia (2005), parece claro que os valores próprios da cultura masculina refletem entre os homens maior noção de invulnerabilidade, levando esses indivíduos a emitirem comportamentos de risco e poucas práticas preventivas. Figueiredo (2005) corrobora afirmando que associadas a isso encontram-se fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas pode significar uma possível demonstração de fraqueza, ocasionando, dessa forma, conseqüente diminuição de procura por assistências médicas.

No tocante a avaliação que os participantes fazem sobre se os homens devem se cuidar como as mulheres, 99% responderam que sim, e deste total, 55% justificaram dizendo que problemas de saúde acometem a todos, independente do sexo; 19% que os homens não buscam a prevenção das doenças; 17% que as mulheres cuidam melhor da saúde do que os homens e 8% para ter melhor qualidade de vida. 1% respondeu que não, que os homens não devem se cuidar como as mulheres e justificou dizendo que os homens não adoecem como estas.

Tabela 02. Distribuição dos entrevistados na avaliação e justificativa sobre o homem cuidar da sua saúde como as mulheres.

Respostas	Justificativa	Nº	%
Sim	Problemas de saúde acometem a todos, independente do sexo	55	55
	As mulheres cuidam melhor da saúde do que os homens	17	17
	Os homens não buscam a prevenção das doenças	19	19
Não	Para ter melhor qualidade de vida	08	8
	Os homens não adoecem como as mulheres	01	1
Total		100	100

Embora a maioria dos participantes tenha admitido no questionamento anterior que a busca por um serviço de saúde só aconteça mediante o surgimento de algum sintoma de doença, relegando a segundo plano o aspecto preventivo, 99% destes concordam que homens devem se cuidar mais, a exemplo das mulheres, justificando pelo motivo de que agravantes a saúde não escolhe o sexo, admitindo que as mulheres se cuidam mais e por conseguinte citando que a busca por prevenção é algo incomum entre eles.

O corpo masculino ainda é tido na nossa sociedade como algo resistente, capaz de enfrentar dificuldades e superar cansativas jornadas de trabalho em nome da manutenção da família. Nesse cenário, de acordo com Travassos, Viacava, Pinheiro e Brito, 2002, Verbrugge, 1989 apud Costa-júnior e Maia, 2009, a necessidade em cuidar da saúde revela-se como uma demanda predominantemente feminina que se distancia do cotidiano masculino, especialmente quando são considerados homens de menor poder aquisitivo e que não sofrem de doenças crônicas.

Apenas um participante deu resposta contrária aos demais, justificando que os homens não adoecem como as mulheres. De acordo com Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), ainda que os indicadores de mortalidade evidenciem situações desfavoráveis para os homens, os referentes à morbidade, medidos pela demanda

aos serviços e por inquéritos populacionais, destacam, de maneira geral, maior frequência para as mulheres.

O gráfico 02 aborda as respostas dos homens no que diz respeito ao principal motivo que os levam a pouco buscar os serviços de saúde. Como mostrado a seguir, 56% afirmaram não ver necessidade de buscar um serviço de saúde; 15% responderam que sua pouca procura se deve ao medo de descobrir alguma doença; 11% vergonha de se expor e 18% responderam outros motivos.

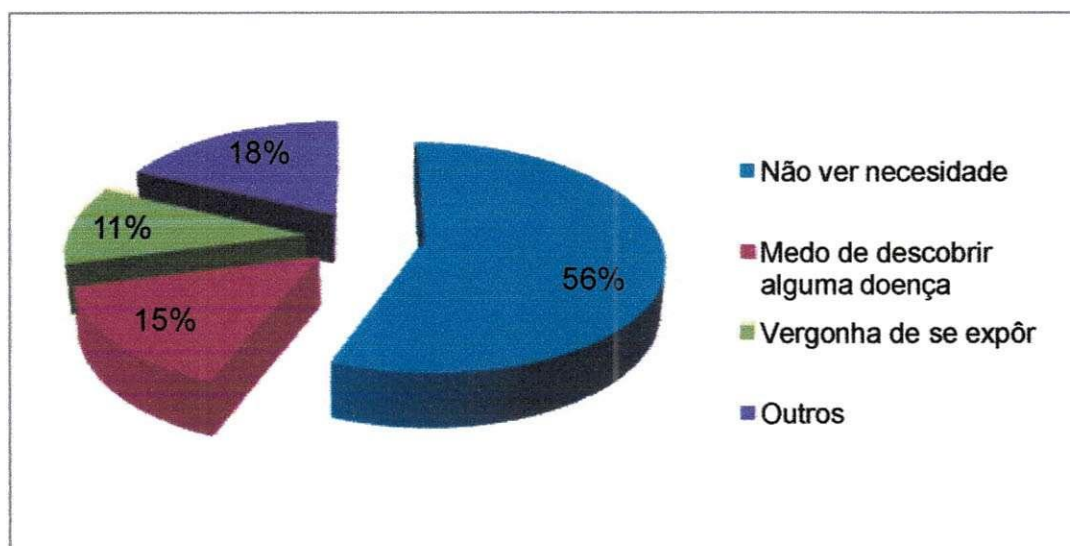


Gráfico 02. Principal motivo que leva aos homens a pouco buscar os serviços de saúde

De acordo com Pinheiro e Couto (2008), os homens usam práticas e comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade que os estabelecem como homens. Com isso os homens, para manter o poder, reprimem suas necessidades de saúde, recusam admitir dor ou sofrimento, negam fraquezas ou vulnerabilidades, mantêm o controle emocional (...).

Pode-se perceber que o padrão inadequado de cuidados da saúde masculina relaciona-se a falsa sensação de invulnerabilidade masculina cultivada em nossa sociedade e a uma pressão social que impõe aos homens posturas e atitudes que os impedem de cuidar da saúde com mais propriedade.

Quando foram questionados sobre quais as doenças que já tiveram ou têm, os homens abordados emitiram respostas as mais variadas possíveis e por este motivo foram agrupadas de acordo com as similaridades para melhor efeito de organização e análise. Foram encontradas 46,9% de respostas para as doenças

infecciosas, entre elas catapora, caxumba, sarampo e dengue; 24,1% de doenças respiratórias como gripe, pneumonia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); 7,6% para doenças crônicas como hipertensão e diabetes; 7,6% para doenças do trato gastrintestinal como gastrites e infecções intestinais, e 13,8% afirmaram não ter e nem nunca terem tido doença alguma.

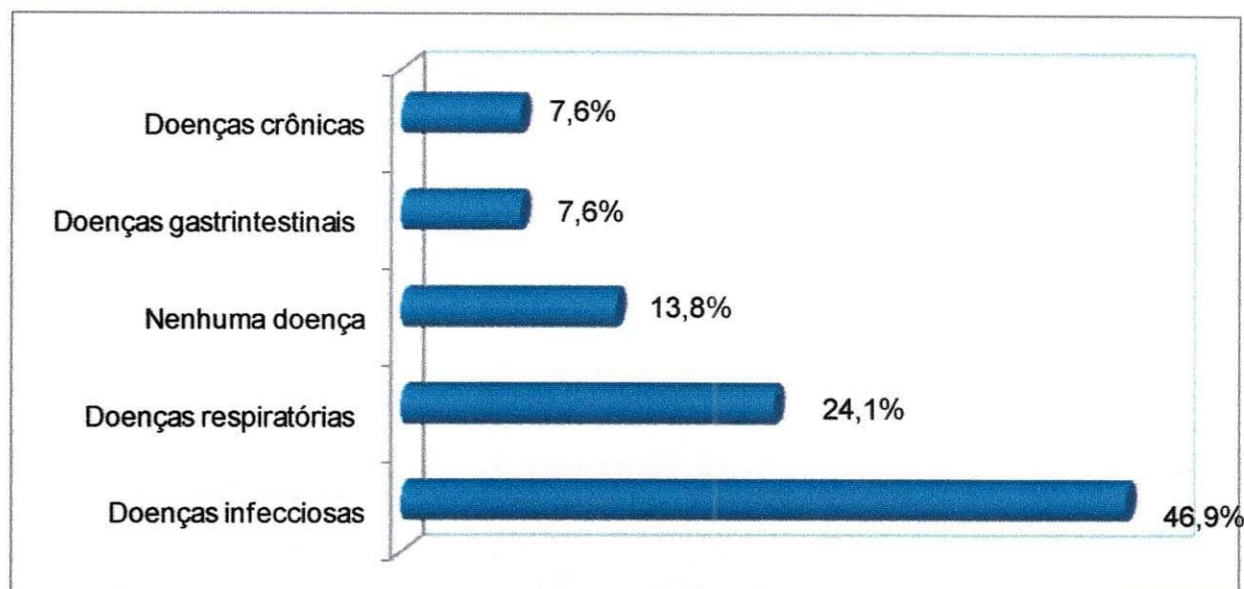


Gráfico 03. Tipos de doenças predominantes nos participantes.

De acordo com os achados deste item da pesquisa, pode-se observar que a classe de doenças mais citadas pelos homens são principalmente aquelas que predominam durante a infância a exemplo de catapora e sarampo, além de doenças mais comuns em determinadas épocas do ano, caso da dengue que ressurgem em períodos chuvosos. Esses achados podem ser justificados pelo fato da faixa-etária predominante entre os participantes ser de adultos bem jovens, com um quadro de saúde relativamente bom.

Segundo Pinheiro et al (2002), as diferenças de gênero no risco de adoecer variam de acordo com o estilo de vida (fumo, álcool, estresse, trabalho), fatores genéticos ou hormonais, como também com a biologia (maior vulnerabilidade masculina, mesmo na fase intra-uterina).

Corroborando com a afirmativa, Brasil (2008) relata a constatação de que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos da população adulta masculina está concentrada, sobretudo, em cinco grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. O alcoolismo e o

tabagismo, vícios que são mais freqüentes entre homens acarretam uma maior vulnerabilidade destes à doenças crônicas, como problemas cardiovasculares, câncer, DPOC, doenças bucais e outras relacionadas ao uso regular do cigarro, bem como a cirrose hepática associada ao alcoolismo, que segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (2007) é oitava causa de mortes entre os homens,

No tocante ao questionamento sobre a procura de serviços de saúde quando estes sentem necessidade, os mesmos poderiam optar por até quatro alternativas, que foram as ofertadas no instrumento de coleta. Na figura 04 obteve-se que 57,3% procuram o hospital; 20,4% os postos de saúde; 14% as farmácias e 8,3% as clínicas particulares. Diante do exposto nota-se que os homens preferem comodidade, rapidez e resposta imediata a sua solicitação, por isso justifica-se sua procura pelo hospital, que tem apostos profissionais 24hs.

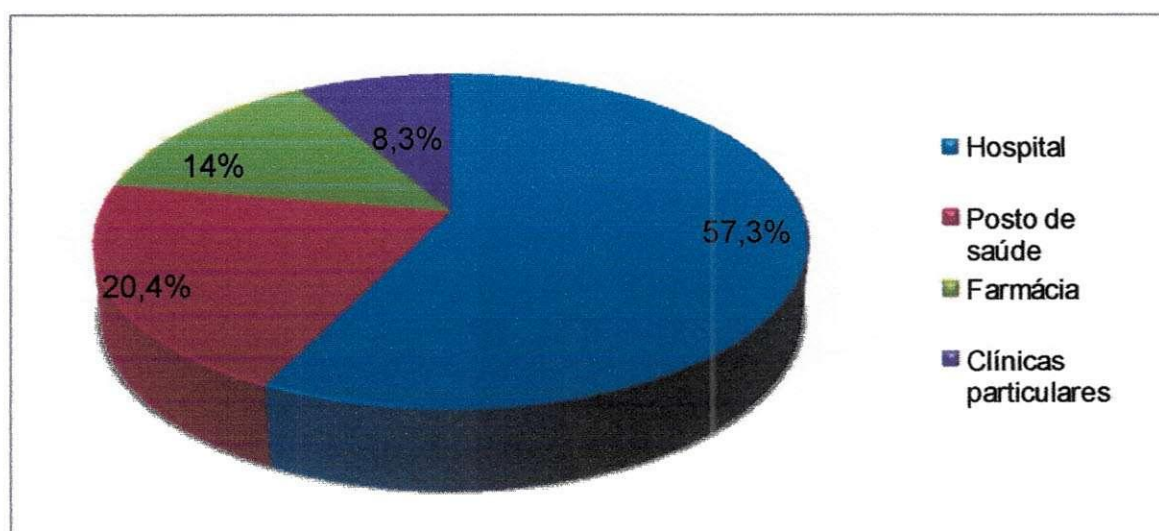


Gráfico 04. Serviços de saúde mais utilizados pelos homens participantes

Homens preferem utilizar serviços de saúde como farmácias ou prontos socorros, ainda que tais serviços sejam limitados às demandas emergenciais; nesses locais os homens seriam atendidos mais rapidamente e poderiam revelar, de forma breve e superficial, seus problemas de saúde (BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005), no entanto, como afirmam Couto et al (2010), já se chama atenção para a importante presença dos homens nos serviços de atenção primária em saúde, mesmo que seja dentro do aspecto curativo.

Complementando a pergunta feita anteriormente foi pedido aos participantes que justificassem o motivo que os levava a procurar os serviços de saúde citados

por eles como os mais utilizados. 56% responderam que a escolha por determinado serviço se dava pela facilidade de acesso; 25,3% pela rapidez do serviço escolhido e 18,7% pela qualidade do serviço escolhido.

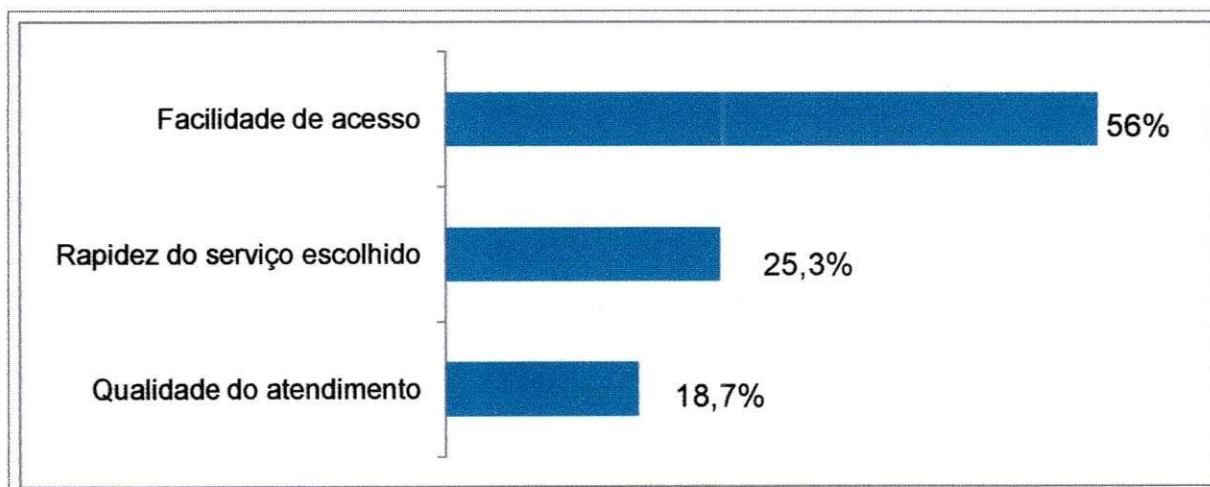


Gráfico 05. Motivos para a escolha dos serviços de saúde citados pelos homens

Como já foi discutido, os homens responderam de acordo com o que diz a literatura, ou seja, que a escolha por determinados serviços de saúde acontece, principalmente pelo fator facilidade de acesso que está diretamente relacionado com rapidez do atendimento.

Quando solicitados a fazer uma avaliação dos serviços existentes para atender a saúde do homem, 66% dos participantes disseram que estes serviços precisam ser mais adequados; 23% que não atendem as necessidades e 11% acham que os serviços destinados a atender o público masculino são organizados.

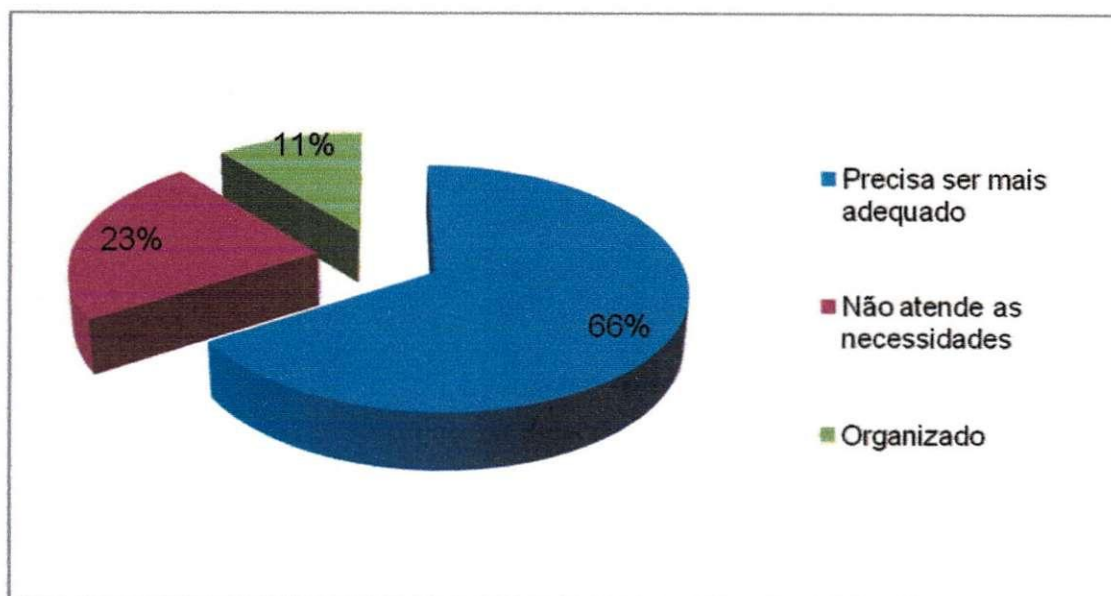


Gráfico 06. Avaliação dos participantes sobre os serviços para atender a saúde dos homens

De acordo com Couterney (2000) apud Couto et al (2010), os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres.

Percebe-se através dos dados que, tanto o homem como a mulher, quando buscam os serviços de saúde, eles estão indo em busca de atender suas necessidades, e quando estas não são atendidas, torna-se um grande motivo para que eles não retornem, pois o serviço que deveria constituir-se um espaço social de acolhimento e de suporte, torna-se apenas mais um espaço cuja procura acaba sendo uma perda de tempo, o que para os homens, como já expresso anteriormente, é um fator fundamental na sua vida. Ainda dentro da avaliação dos mesmos quando eles destacam a necessidade de ser mais adequado, abordam uma necessidade de adequabilidade profissional, ou seja, profissionais que estejam preparados para o atendimento masculino, bem como de uma organização de serviço, cujo cronograma possa estar oferecendo tipos e horários específicos ao grupo masculino.

Por último foram solicitados a citar os tipos de serviços que eles acham que deveriam ser ofertados para estimular a população masculina a procurar mais as unidades de saúde. No total 142 respostas foram obtidas, na seqüência estas foram agrupadas por nível de semelhança, como demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 03. Serviços ofertados que levariam os homens a procurar mais os serviços de saúde na opinião dos participantes.

Resposta dos participantes	Nº	%
Campanhas de conscientização	56	39,4%
Disponibilizar um maior número de profissionais qualificados para atender a saúde dos homens	26	18,4%
Políticas exclusivas que atendam as necessidades dos homens	29	20,4%
Melhoria na qualidade dos serviços	22	15,5%
Não souberam responder	09	6,3%
TOTAL	142	100

O que ficou evidenciado a partir dessas respostas dos homens, é que eles esperam que os serviços de saúde sejam mais adequados as características masculinas, que haja maior igualdade na promoção da saúde, inclusive com relação à criação de políticas exclusivas para atender as necessidades masculinas, deixando claro a partir dessa frase o pouco conhecimento sobre a implantação da PNAISH.

Como bem explica Pinheiro e Couto (2008) e Figueiredo (2005), com relação aos serviços públicos de assistência a saúde, percebe-se que o espaço destinado aos homens é ínfimo, o que se contrapõe aos dados revelados a respeito da saúde da população masculina. Acrescente-se a isto o exemplo das ações programáticas em atenção primária, onde os programas disponibilizados nesses espaços oferecem à mulher uma cobertura de atendimentos em todas as fases da vida, o que não ocorre ao homem que, principalmente na fase adulta, tem limitadas vias de entrada e acolhimento nos serviços.

A construção desse trabalho permitiu evidenciar que o comportamento masculino diante do processo saúde/doença está ligado a práticas curativas, distanciadas de uma busca pela prevenção no cuidado com a saúde. A influência dos padrões de masculinidade presente em nossa sociedade propicia aos homens a falsa sensação de invulnerabilidade, provocando nestes um distanciamento dos serviços de saúde, nos quais a procura pelos mesmos só acontece mediante situações críticas, onde o enfrentamento da doença torna-se inevitável.

A partir dos dados sócio-demográficos percebeu-se que a maioria dos homens estudados mantém um perfil de trabalho que ocupa grande parte de seu tempo, visto que estes são tidos como provedores da família, favorecendo o que a literatura expressa quanto à centralidade que as atividades laborais exercem na vida de um homem e até mesmo no tocante deste ser um fator, usado por eles, como agravante a pouca busca pelos serviços de saúde, em detrimento a falta de tempo que o trabalho lhes ocasiona.

Pôde-se averiguar, a partir da procura que eles fazem aos serviços, que as buscas acontecem mediante ao aparecimento de sintomas e/ou principalmente quando a doença já está em fase crítica, causando problemas que já não dar para esconder. Apesar disso, ficou claro a necessidade que eles têm de cuidar da saúde, assim como as mulheres cuidam da delas, mesmo que suas atitudes não sejam condizentes com suas ações.

No entanto eles se mantêm afastados dos serviços por que ainda estão ligados ao padrão de masculinidade que foi estabelecido ao longo do tempo, negando suas fraquezas, reprimindo dor ou sofrimento, o que se constitui num importante fator de risco, pois embora estejam conscientes de sua fragilidade em adoecer e aqui merece destaque para os agravos citados por eles, como os relacionados a doenças crônicas, problemas respiratórios e gastrintestinais, o afastamento dos serviços é em grande parte ocasionado pela falta de especificidades de programas públicos voltados aos homens.

No que diz respeito a esta falta de ações específicas, pode-se dizer que é uma das causas que levam aos homens a procurar os serviços de saúde de acordo com a rapidez de acesso, buscando respostas imediatistas, focando sua procura pelos hospitais, uma vez que se apresentam como espaços prestadores de serviço 24 horas. E esta procura ainda recebe respaldo pela análise que eles fazem dos serviços de saúde, visto por eles como espaços inadequados, onde não existem

adequabilidade profissional ao atendimento masculino, além do horário de funcionamento, que coincide com seu trabalho.

Como seres ativos do processo e conscientes da necessidade de transformação dessa realidade, os mesmos apontam como propostas de solução que os serviços de saúde sejam mais adequados as características masculinas, que haja maior igualdade na promoção da saúde, inclusive com relação à criação de políticas exclusivas para atender as necessidades masculinas.

Como forma de transformar esta realidade sugere-se como proposta para fortalecer a PNAISH, capacitação de profissionais para o acolhimento adequado aos homens nos serviços de saúde, a criação de espaços voltados ao público masculino que passem mais tempo abertos e facilitem o acesso depois do expediente de trabalho, bem como o uso da mídia como forma de incentivo para se cuidar da saúde, ressaltando a importância da prevenção para melhorar a qualidade de vida.

Este trabalho não esgota a vontade de continuar as pesquisas referentes ao tema, visto que ainda são poucos os trabalhos que focam a saúde do homem. Espera-se que este trabalho possa contribuir significativamente pelo entendimento do ser homem relacionado à suas práticas em saúde e fomentar a busca por mais informações dentro da temática por outros pesquisadores.

REFERÊNCIAS

AYRES, JR. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000100005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 20/09/10.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 121-132, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf>>. Acesso em 20/09/10.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **In: Manual Operacional para Comitês de Ética e Pesquisa**. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 10/08/10.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2007. Uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAZ, M. A. construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 97-140, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413...sci..>>. Acesso em 20/09/10.

CAMPOS, L. WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia saúde da família. **Rev. texto contexto e enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 271-9, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>>. Acesso em 22/09/10.

CARRARA, S; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312009000300006&script=sci_arttext>. Acesso em 10/08/10.

CONFORTIN, H. Discurso e gênero: a mulher em foco. In M. I. GHILARDI-LUCENA (Org.), **Representações do feminino**, Campinas: Átomo, p. 107-123, 2003.

CONNEL, RW. Políticas da masculinidade. **Rev. Educação e Realidade**, v. 20, n.2, p.185-206, 1995.

COSTA-JUNIOR, FM. MAIA, ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>>. Acesso em 20/08/10

COUTO, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Rev. Interface - comunicação, saúde e educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832010000200003&script=sci_arttext> Acesso em 10/11/10.

FÍGOLI, MGB. Evolução da educação no Brasil: uma análise das taxas entre 1970 e 2000 segundo o grau da última série concluída. São Paul : **Rev. bras. Est. Pop.**, v. 23, n. 1, p. 129-150, jan./jun. 2006

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>. Acesso em 20/09/10.

FIGUEIREDO, WS. SCHRAIBER, LB. Masculinidades e Saúde: construindo gênero e (des)cuidando da saúde. Disponível em: <www.redmasculinidades.com>. Acesso em 20/08/10.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p. 825-829, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>>. Acesso em 22/08/10.

GOMES, R. Os homens cuidam pouco da saúde. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 74, 2008.

GOMES, R, NASCIMENTO, EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>>. Acesso em 23/08/10.

GOMES, R; NASCIMENTO, EF, ARAÚJO, F. 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. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em 23/08/10.

HEILBORN, ML. **De que gênero estamos falando?** In: Sexualidade, Gênero e Sociedade. Disponível em:< <http://sociologianreapucarana.pbworks.com> >. Acesso em 13/07/10.

LAURENTI, R. JORGE, MHPM. GOTLIEB, SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em 10/08/10.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 2001.

LYRA-DA-FONSECA JLC, et al. Homens e cuidado: uma outra família? In: COSTA AR, Vitale MA, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. **Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, São Paulo, 2003.

MACHADO, MFAS, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva** [on line], Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 335-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000200009&script=sci_abstrat&tlng=p>. Acesso em 12/09/10.

MINAYO, MCS. **Pesquisa social, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NEVES, JL. **Pesquisa quantitativa: características, usos e possibilidades**. Cadernos de Pesquisas em Administração, v.1, n. 3, 2º semestre, 1996.

PLATÃO. **O Banquete**: ou do amor. 4ª ed. São Paulo: Difel, 1989.

PINHEIRO, TF. COUTO, MT. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Rev. Cadernos de História da Ciência**, São Paulo, v.4, n. 1, p. 53-67, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v4n1/a04v4n1.pdf>>. Acesso em 12/09/10.

PINHEIRO et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev. Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.4. p.687-707, 2002.

SCHRAIBER, LB. GOMES, R. COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Rev. Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em:< <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a02v10n1.pdf>>. Acesso em 13/09/10.

SOUZA, ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a06v10n1.pdf>>. Acesso em 13/09/10.

TAVARES, HOR. Gênero: uma categoria do social. **Rev. Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 1, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.sociais.ufu.br/recs/v1n2/49-54.pdf>>. Acesso em 13/10/10.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

APÊNDICES

APÊNDICE A

Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Dados sócio-demográficos

Idade: () 18 a 30 () 31 a 43 () 44 a 56 () 57 a 65

Escolaridade _____

Profissão _____

2. Questões norteadoras

2.1. Com que freqüência o Senhor procura os serviços de saúde?

- () sempre, mesmo sem sintomas aparentes de alguma doença
- () apenas quando surge algum problema de saúde
- () raramente procura um serviço de saúde

2.2 O senhor acha que os homens devem se cuidar como as mulheres?

- () sim () não porque? _____

2.3 Qual o principal motivo que o leva a pouco buscar o serviço de saúde?

- () medo de descobrir alguma doença
- () vergonha de se expor
- () não ver necessidade
- () outra _____

2.4 Quais as doenças que o senhor já teve ou tem?

2.5 Quando sente necessidade, Qual(is) o(s) serviço(s) de saúde mais utilizados pelo senhor?

- () postos de saúde
- () hospital
- () farmácia
- () clínicas particulares

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor,

Eu, **Fátima Rosângela da Silva Dias**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde”**. O objetivo do estudo é Investigar os determinantes que influenciam os homens na adesão aos serviços de saúde.

Para viabilização da investigação proposta, solicito sua colaboração para responder a um questionário e de sua permissão para utilizar os registros dos dados. A pesquisa constará de questões relacionadas à saúde do homem, principalmente no tocante a participação masculina nos serviços de saúde. Gostaria de deixar claro que sua participação é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. Sua participação será de grande valia para o meu estudo, uma vez que estará contribuindo para o enriquecimento do meu trabalho, bem como das pesquisas que envolvem este mesmo tema. Gostaria de requerer também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido por este estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Vale ressaltar que a pesquisadora levará em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa

envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, empírica e de disseminação do processo de pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste termo.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Profª. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas (Docente/ Universidade Federal de Campina Grande – UFCG) Tel.: (83) 99221129, Rua Abílio Diniz, nº04, Jardim Oásis, Cajazeiras - PB; Fátima Rosângela da Silva Dias (Discente da Graduação em Enfermagem - UFCG), Rua Ernesto Rolim, 230, Centro, Cajazeiras - PB, Tel.: (83) 99346268.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

Eu, **Rosimery Cruz de Oliveira Dantas**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da aluna Fátima Rosângela da Silva Dias, do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde”** e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE

Eu, **Fátima Rosângela da Silva Dias**, aluna do Curso de Graduação em **Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande**, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde**” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com minha orientadora, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Participante



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Ofício 143-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 08 de dezembro de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

À: Ilma Sra. Luciana Abreu
Secretária de Saúde do Município de Cajazeiras-PB

Solicitamos a V. Sa, autorização para a aluna **FÁTIMA ROSÂNGELA DA SILVA DIAS** matrícula **50622148** aluno matriculada no Curso Bacharelado em Enfermagem coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulada: **SAÚDE DO HOMEM: HÁBITOS E PRÁTICAS MASCULINAS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE** sob a orientação da professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas .Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem



FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
BR 230, KM 504, Cristo Rei, CEP 58900-000
Cajazeiras – PB

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Saúde do Homem: Hábitos e práticas masculinas**, protocolo 603102010 da pesquisadora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, foi aprovado, em reunião realizada no dia 11/11/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 11 de novembro de 2010.

Joselito Santos
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa