



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

VANESSA PAULINO BENTO

**OS HOMENS PROCURAM ATENDIMENTO MÉDICO?
Crenças acerca dos fatores motivacionais e impeditivos**

**CAMPINA GRANDE - PB
DEZEMBRO - 2012**

VANESSA PAULINO BENTO

OS HOMENS PROCURAM ATENDIMENTO MÉDICO?

Crenças acerca dos fatores motivacionais e impeditivos

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência parcial para obtenção do grau de psicólogo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE - PB

DEZEMBRO - 2012

B478h Bento, Vanessa Paulino.
Os homens procuram atendimento médico? Crenças acerca dos fatores motivacionais e impeditivos [manuscrito] / Vanessa Paulino Bento. – 2012.

5 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof^ª. Dra. Josevânia da Silva, Departamento de Psicologia”.

1. Saúde Masculina. 2. Determinantes. 3. Serviços de Saúde.
4. Vulnerabilidade. I. Título.

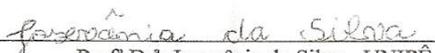
21. ed. CDD 150

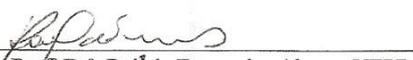
VANESSA PAULINO BENTO

**OS HOMENS PROCURAM ATENDIMENTO MÉDICO?
Crenças acerca dos fatores motivacionais e impeditivos**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência parcial para obtenção do grau de psicólogo. Apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

APROVADA EM: 10/12/2012.


Profª Drª. Josevânia da Silva - UNIPÊ
(Orientadora)


Profª Drª. Raílda Fernandes Alves - UEPB
(Examinadora)


Profª Drª. Jaílma Souto Oliveira da Silva - UEPB
(Examinadora)

CAMPINA GRANDE - PB

DEZEMBRO - 2012

Aos meus pais, José Bento e Luciene Paulino por todo o carinho e investimento financeiro e emocional depositados em mim e em minha formação, à minha orientadora Josevânia da Silva, pela confiança, amizade e credibilidade no meu trabalho e à minha irmã Eliângela Paulino Bento, pelo magnífico exemplo enquanto acadêmica, com todo amor e agradecimento, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por todas as conquistas e vitórias alcançadas e pela vida abençoada com a qual me presenteou.

À toda minha família, responsável pela minha primeira formação humana e intelectual.

Aos pesquisadores, que se empenharam em fazer desta pesquisa um grandioso estudo.

À minha amada mãe, Luciene Paulino, pelo amor, incentivo e presença em todos os momentos.

Ao meu pai, José Bento, por acreditar em mim enquanto profissional mais do que em qualquer outra pessoa.

Aos queridos professores que me acompanharam ao longo destes cinco anos de vida acadêmica, em especial às professoras Jailma Souto, por todo cuidado, atenção, puxões de orelha, carinho e ensinamentos fundamentais para muitas tomadas de decisões importantes em minha vida e Railda Fernandes, pela amizade “Centrada na Pessoa” e oportunidade de aprender, desfrutando de sua convivência, a ser mais humana, autêntica e congruente.

À minha orientadora e amiga Josevânia da Silva, pela disposição, dedicação, confiança e brilhante orientação para a realização e concretização deste trabalho.

À minha irmã querida Eliângela Paulino, pela constante presença, mesmo distante fisicamente, pelos ensinamentos, encorajamento e principalmente exemplo de aluna, filha, mulher.

Aos amigos do peito, conquistados e conquistadores, pelas lágrimas derramadas, gargalhadas, momentos de descontração e felicidade que tornaram este período de minha vida muito mais leve.

Ao meu amor, Roger Brito, por todos esses meses de dedicação, paciência, orações, broncas na hora certa, por cuidar de mim, pelas noites mal dormidas, pelos milhares de beijos e sorrisos que me deram força para continuar quando a vontade de desistir surgia.

À todos vocês, que fazem parte da minha história e acreditaram mais em mim do que eu mesma, meu muito obrigada.

“[...] , tomando-se em particular as questões da prevenção e promoção, pode-se perceber que a inclusão dos homens no debate sobre saúde não se restringe à saúde masculina, mas consegue ganhos para a saúde feminina em temas que só avançam na medida em que se consegue a participação masculina em seu enfrentamento.” (COUTO,M.T.; SCHRAIBER, L.B.2011, p. 175-199).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Aspectos considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidade	26
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Frequências e Percentuais referentes ao perfil dos participantes.....	33
TABELA 2- Classe temática, categorias e subcategorias suscitadas.....	35
TABELA 3- Fatores Impeditivos da procura masculina por atendimento médico.....	36
TABELA 4- Fatores motivadores da procura masculina por atendimento médico.....	41
TABELA 5- Frequências e percentuais referentes a quem influencia o homem a procurar atendimento médico.....	44

Resumo

OS HOMENS PROCURAM ATENDIMENTO MÉDICO?

Crenças acerca dos fatores motivacionais e impeditivos

Por Vanessa Paulino Bento

Quais as crenças masculinas acerca da procura por atendimento médico? Quais os fatores que motivam ou impedem a procura masculina pelos serviços de saúde? Esta monografia teve por objetivo analisar os determinantes impeditivos ou motivadores da procura masculina pelos serviços de saúde e suas implicações para a vulnerabilidade em saúde. Tratou-se de um estudo de caráter transversal onde foi possível traçar um perfil da amostra no que concerne aos cuidados em saúde. A amostra dessa pesquisa foi constituída por 218 homens residentes na cidade de João Pessoa e área metropolitana da cidade, na faixa etária de 25 a 59 anos. Foi utilizado um questionário sócio demográfico e entrevista estruturada que buscou identificar os fatores impeditivos e motivadores da procura pelos serviços de saúde. Para a análise dos dados sócio demográficos utilizou-se a estatística descritiva, e em relação à análise das entrevistas, utilizou-se a análise categorial temática. A partir dos resultados obtidos, verificou-se que a maioria dos participantes são casados (64%), possuem ensino médio (31%), não possuem plano de saúde (76%) e o local de última consulta de 40% da amostra foi em consultório particular. Tais dados remetem ao fato de mesmo a maioria não ter apresentado plano de saúde, boa parte dos entrevistados preferiram ir até o consultório particular em detrimento da busca pelo serviço público de saúde. Em relação aos fatores impeditivos da busca dos homens pelos serviços, observou-se que a maiorias dos sujeitos relataram como fator impeditivo as falhas no sistema, como a inadequação do horário de atendimento e a demora no atendimento corroborando com outros estudos que também verificaram que falhas no sistema público podem inibir a população masculina de realizar o autocuidado, contribuindo para uma maior vulnerabilidade ao HIV/AIDS. No tocante aos fatores motivadores, a maioria dos participantes relatou que a presença de alguma doença é o que os motivaria a buscar um serviço de saúde. Outras respostas que também emergiram de forma significativa foi a influência da esposa e da mãe na busca de um acompanhamento médico, sugerindo o papel feminino no cuidado em saúde por parte da população masculina.

Palavras-chave: Saúde masculina, Determinantes, Serviços de Saúde, Vulnerabilidade.

Abstract

MEN SEEK MEDICAL ATTENTION? Beliefs about the motivational factors and impediments By Vanessa Paulino Bento

What are the male beliefs about demand for medical care? What motivational and impeditive factors to the male demand for health services? This monograph analyzed the impeditive or motivates determinants of the male demand for health services and their implications for the health vulnerability. This was a transversal study where it was possible to draw a profile of the sample concerning to health care. The sample of this research consisted of 218 men living in the city of João Pessoa and metropolitan area, aged 25 to 59 years. Was used a socio-demographic questionnaire and structured interview that sought to identify the impediments and motivates factors to the demand for health services. To the analysis of the socio-demographic data was used descriptive statistics, and in relation to the interviews analysis, was used the thematic category analysis. From the results obtained, was found that the most of the participants are married (64%), possess high school (31%), did not have health plan (76%) and the last consultation place of 40% of the sample was in private practices. These findings reflect the fact that even the most do not presented health plan, a significant part of the interviewed preferred to go to private practice instead of look for public health service. Regarding to the impeditive factors of the men to demand for health services, was observed that the majority of the interviewed reported as a impeditive factor the flaws in the system, such as inadequate opening hours and the delay in care corroborating with other studies that also found flaws in the public system that can inhibit the male population to perform self-care with the health, contributing to a increase vulnerability to HIV / AIDS. Regarding to the motivates factors, the most of the participants reported that the presence of some disease is what would motivate them to looking for a health service. Other answers that also emerged with significant form was the influence of the wife and mother in seeking medical monitoring, suggesting the female role in health care by the male population itself.

Keywords: Men's Health, Determinants, Health Services, Vulnerability.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 SAÚDE DO HOMEM.....	16
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	16
2.2 PROCURA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E IMPLICAÇÕES PARA À VULNERABILIDADE.....	17
2.3 SAÚDE MASCULINA E SUAS RELAÇÕES COM AS QUESTÕES DE GÊNERO.....	18
3 APORTE TEÓRICO E OBJETIVOS	21
3.1 TEORIA DA VULNERABILIDADE.....	22
3.2 OBJETIVOS.....	27
3.2.1. Objetivo Geral	27
3.2.2. Objetivos Específicos	27
4 MÉTODO	28
4.1 Delineamento	29
4.2 Participantes.....	29
4.3 Instrumentos.....	29
4.4 Procedimentos.....	29
4.5 Análise dos dados.....	30
4.6 Aspectos Éticos.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
7 REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE.....	52
ANEXOS.....	54

1. INTRODUÇÃO

Quais as crenças masculinas acerca da procura por atendimento médico? Quais os fatores motivacionais e impeditivos para a procura masculina pelos serviços de saúde e sua relação com a vulnerabilidade em saúde?

Nas últimas décadas, estudos em diversas áreas do saber, têm procurado analisar e entender as especificidades da saúde, adoecimento e morte de homens e mulheres (AQUINO, 2006). Assim, abordar a temática da masculinidade e sua relação com as práticas de cuidados em saúde sugere adentrar em campo de produção científica multidisciplinar, ou seja, implica lidar com os diversos modos de abordagem da problemática em questão.

Os estudos de gênero, por exemplo, contribuíram para as pesquisas sobre masculinidade a partir da década de 1980, cuja prática de pesquisa até então privilegiava estudos mais qualitativos e interpretativos e estavam mais presentes no campo das Ciências Sociais (FIGUEIREDO, 2008). Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005), quando se considera uma perspectiva histórica, verificam-se, dentre outros aspectos, duas contribuições das Ciências Sociais: (1) o caráter social do adoecimento em geral; e (2) a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade. Assim, os estudos têm trazido contribuições importantes ao problematizar aspectos sobre a saúde e as relações de gênero como, por exemplo, o impacto da crença do “homem macho e dominante” para as práticas de saúde e o autocuidado.

Já na área da saúde, os estudos sobre masculinidade e cuidados em saúde estão situados na esfera das Ciências Médicas e da Saúde Pública, o que está caracterizado por uma produção de conhecimento que objetiva a intervenção técnica, isto é, a busca por fundamentações científicas voltadas para uma aplicabilidade aos danos à saúde (FIGUEIREDO, 2008). Assim, considerando a importância de tais abordagens, se faz necessário empreender uma discussão que perpassa a articulação desses campos de saber, uma vez que estratégias tecnológicas direcionadas para a intervenção em saúde pública são imprescindíveis, bem como a adoção de uma abordagem que considere a relação existente entre comportamento e variáveis socioculturais. Sobre este aspecto, de um modo geral, as pesquisas têm apontado idiosincrasias que diferenciam homens e mulheres quanto ao risco de adoecimento e morte, o que aponta para a relação desses adoecimentos com seus papéis sociais.

Diversos fatores contribuem para a não distribuição uniforme das doenças na população em geral, tais como: características biológicas, ambientais, religiosas, psicológicas, entre outras. Desse modo, verifica-se a determinação social da doença uma vez que tais características não participam, isoladamente, na determinação/manutenção da saúde. Tais aspectos ficam mais evidentes quando se considera a distribuição das doenças entre homens e mulheres.

A acessibilidade, ou o acesso, a ações e serviços de saúde tem sido considerada como um dos componentes principais da qualidade da atenção em saúde (SOMERS,1971; VUORI,1988; DONABEDIAN, 1990b). Pode ser conceituada como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. Não obstante, o estudo da acessibilidade a cuidados e serviços de saúde, buscando caracterizar barreiras financeiras, organizacionais, ecológicas, socioculturais e de condutas, ainda não se constitui em foco de avaliação no Brasil. Além disso, este quadro se agrava quando se trata da procura e acesso masculino aos Serviços de Saúde.

Ademais, a pesquisa conclui que procura por serviços de saúde se encontra intimamente relacionada ao que se entende por ser homem, ou seja, a busca pelo desempenho de papéis que ateste a identidade de “ser masculino”.

Este aspecto apresenta-se como uma barreira para que os homens verbalizem as próprias necessidades de saúde, uma vez que isto implicaria – para o modelo de “masculinidade hegemônica” (CONNELL, 1995b) – em demonstrar certa fragilidade perante os outros, comportamento atribuído como característico das mulheres.

Em sua maioria, os homens não buscam os serviços de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

Quando procura um serviço de saúde, o homem o faz de forma tardia, sendo tal busca caracterizada pelos serviços especializados, serviços de urgência e de emergência, ou seja, busca-se os serviços de saúde no momento em que as patologias já estão instaladas, quando deveria fazê-lo de forma muito mais precoce. Ademais, os homens temem que o profissional de saúde descubra alguma patologia, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade.

Consoante com a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, este estudo considera importante verificar os determinantes da procura pelos

serviços de saúde da população masculina, uma vez que a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais podem contribuir para a implementação de medidas estratégicas, que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária em saúde. Considera-se, ainda, que pensar a baixa procura pelos serviços de saúde como sendo uma característica da “identidade masculina” ou mesmo uma desvalorização do autocuidado, seria limitar o fenômeno em questão, principalmente quando se considera os processos de socialização dessa categoria social. Até porque, os homens preferem utilizar outros serviços, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas, uma vez que nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (FIGUEIREDO, 2005). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2008, p.6), “grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino”.

O estudo da relação entre masculinidades e vulnerabilidades em saúde compreende uma problemática multifacetada, necessitando de estudos sobre os quais as variáveis psicológicas, socioculturais e econômicas estão envolvidas.

Sobre este aspecto, o presente estudo será pautado na Teoria da Vulnerabilidade, destacando-se, ainda, a perspectiva de Gênero. Desse modo, busca-se considerar os determinantes sociais que favorecem a vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, visto que as normas tradicionais de gênero sobre a masculinidade contribuem para a reduzida procura espontânea dessa categoria social aos serviços de saúde, bem como repercutem na busca por informações adequadas junto aos profissionais desta área.

Trata-se ainda, do aprofundamento destes aspectos acerca da busca do homem por atendimento médico, baseado em dados de um estudo maior em pesquisa da Saúde do Homem realizado em João Pessoa pela professora Dr^a. Josevânia da Silva e colaboradores para a Universidade Federal da Paraíba.

Ante o exposto, a primeira parte desta monografia versa sobre o objeto de estudo, ou seja, a saúde masculina. Depois, é apresentada a perspectiva teórica que embasa o estudo, seguindo-se as considerações acerca dos aspectos metodológicos. Por sua vez, os resultados e discussão são apresentados. E, por fim, são feitas as considerações finais.

DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2. A SAÚDE DO HOMEM

2 SAÚDE DO HOMEM

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

É recente o interesse progressivo acadêmico por pesquisas relacionadas à saúde masculina, onde se busca uma perspectiva que ultrapasse o determinismo biológico, reconhecendo assim aspectos socioculturais que envolvem tal temática (Nascimento, 2011). Nos últimos anos, pesquisas em diversos setores do saber têm buscado a análise de especificidades no processo de saúde, adoecimento e mortalidade em homens e mulheres (AQUINO, 2005).

De acordo com indicadores de saúde no Brasil, pode-se observar uma maior mortalidade masculina em quase todas as faixas etárias, de maneira que a proporção de idosos homens é menor (RIPSA, 2008). Vários estudos (STILLION, 1995; LAURENTI, JORGE & GOTLIEB, 2005; GOMES, NASCIMENTO & ARAÚJO, 2007) mostram, através de indicadores, condições de saúde desfavoráveis da população masculina quando comparado com os índices alcançados pelas mulheres, como a esperança de vida e os padrões de mortalidade.

A esperança de vida é um dos indicadores de desenvolvimento social das populações e diz respeito à esperança de vida ao nascer ou média de vida. Segundo o estudo desenvolvido por Stillion (1995) sobre a esperança de vida para homens e mulheres de 18 países, foi verificada uma correlação existente entre condições socioeconômicas e esperanças de vida, sendo as esperanças de vida dos homens menores que as das mulheres, embora vivendo sob as mesmas condições socioeconômicas.

No Brasil, as desigualdades se repetem uma vez que, segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2004 (BRASIL, 2005), a esperança de vida dos homens foi de 68,04 anos e a das mulheres de 75,62 anos. Ainda segundo o mesmo Ministério, essa diferença é percebida em todas as regiões do país e nos diferentes anos analisados. Já a diferença no padrão de mortalidade entre homens e mulheres também é observada em diferentes países (Figueiredo, 2008). Segundo Laurenti, Jorge & Gotlieb (2005) as maiores taxas de mortalidade masculina ocorrem tanto em números absolutos, quanto em relação às causas. Segundo esses autores, o Brasil segue o panorama atual encontrado em outros países,

apresentando uma taxa de mortalidade masculina 50% maior que a taxa verificada entre as mulheres. Quando se considera a faixa etária, a maior razão de sexo acontece no grupo etário de 20 a 39 anos, sendo três mortes masculinas para cada uma feminina. Na distribuição segundo causas, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório seguidas por aquelas relativas a acidentes e violências (LAURENTI, JORGE & GOTLIEB, 2005). Assim, embora se constate na literatura que os homens apresentam maiores índices em relação aos indicadores de morbimortalidade, quando se verifica a procura pelos serviços de saúde destacam, de uma maneira geral, maior frequência para as mulheres.

2.2 PROCURA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E IMPLICAÇÕES PARA A VULNERABILIDADE EM SAÚDE

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI et al, 2007; COURTENAY, 2007; IDB, 2006 LAURENTI et al, 2005; LUCK et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al, 2002), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

A consideração de determinantes sociais sobre a saúde do homem prima pelo desenho de estratégias preventivas e de promoção da saúde, mas o reconhecimento das barreiras e da precariedade do acesso de homens aos serviços de atenção primária à saúde, implica na necessidade de definição estratégica de linhas de ação com foco na atenção especializada de média e alta complexidade.

Quando se considera a baixa frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a procura por estes serviços, Figueiredo (2005) ressaltou alguns aspectos: a crença generalizada de que as UBS são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos e as dificuldades que estes homens encontram para o atendimento, seja em decorrência do tempo de espera, o que implicaria em ausência no emprego, seja por

considerarem as UBS como um espaço feminilizado e composto por profissionais, em sua maioria, também mulheres.

A baixa procura masculina pelos serviços de saúde também ocorre em relação aos serviços privados de saúde. Estudo realizado por Gomes et al. (2007), no qual entrevistou homens de baixa escolaridade e homens com ensino superior, demonstrou que todos os entrevistados concordaram com a afirmação de que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, embora alguns deles considerarem importantes tais práticas, independentemente do sexo.

A pesquisa apontou, ainda, que os entrevistados apresentaram algumas diferenças nos discursos em relação à justificativa para a baixa procura. Para os homens de baixa escolaridade, a precariedade dos serviços públicos de saúde e os horários de funcionamento não atendem a sua demanda, uma vez que “ao procurarem o serviço de saúde para uma consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a "perder" o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta” (Gomes et al., 2007, p. 569).

Já entre homens com ensino superior esse discurso não ocorreu, o que, para Gomes et al. (2007), pode estar relacionado com o fato de haver neste grupo um maior poder aquisitivo por parte de seus membros, possibilitando-os a ter planos de saúde ou acessarem serviços privados. Assim, embora os homens com ensino superior e com plano de saúde também estivessem preocupados com o trabalho, tal preocupação segue uma lógica distinta da dos homens com baixa escolaridade, pois esta se caracteriza pela ascensão e sucesso de carreira que atrapalhariam ou interromperiam o cuidado com a saúde, justificando, assim, a baixa procura (Gomes et al., 2007). O quadro assim delineado certamente exigirá do poder público crescentes esforços visando à prevenção e o controle da doença.

2.3 SAÚDE MASCULINA E SUAS RELAÇÕES COM AS QUESTÕES DE GÊNERO

A utilização do termo gênero como forma de diferenciação de homens e mulheres remota a década de 1955 (Gomariz, 1992). Mas é na década de 1970, sobretudo, que este conceito começa a ganhar força com os movimentos feministas, que tiveram entre outros objetivos compreender e explicar a condição de subordinação das mulheres. A origem do conceito tem, assim, estreita relação com os estudos de mulheres, havendo, algumas vezes, confusão entre os termos “estudos de mulheres” e “estudos de gênero” (Figueiredo, 2008).

A partir do crescente movimento feminista norte-americano dessa época, algumas estudiosas procuraram demonstrar que as diferenças baseadas no sexo tinham uma fundamentação eminentemente social, evitando, assim, o determinismo biológico. Para Gomariz (1992), sexo se refere ao fato biológico relacionado à reprodução da espécie humana por meio da diferenciação sexual, ao passo que gênero está relacionado com os significados que a sociedade atribui a tal fato. Todavia, para Couto (2001), gênero não se resume a uma mera atribuição social/cultural a um dado biológico (diferença anatômica), mas compreenderia uma complexa rede de práticas sociais baseada na interação das mulheres entre si, dos homens entre si e entre homens e mulheres, constituindo relações de e entre gêneros (Figueiredo, 2008).

No presente estudo a categoria *gênero* é entendida como uma construção social de atributos e funções que configuram diferenças e inter-relações entre os sexos, as quais incluem a dimensão biológica, mas não se limita a ela. Assim, gênero inclui a própria vivência subjetiva do corpo e as relações sociais entre os corpos, ou seja, é perpassado pelas interseções existentes nas relações sociais: a classe social, a religião, a geração, entre outras. Segundo Saffioti (2004, p.15), como gênero é relacional, quer enquanto categoria analítica quer enquanto processo social “o conceito deve ser capaz de captar a trama das relações sociais, bem como as transformações historicamente por elas sofridas através dos mais distintos processos sociais, trama essa na qual as relações de gênero têm lugar”.

No que se refere, mais especificamente, a construção da noção de masculinidade, Connel (1995a; 1997; 2000) foi um dos precursores no estudo dessa temática. Para esse autor, a masculinidade pode ser entendida como uma configuração de práticas em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero (Connel, 1995a), conceito este adotado neste estudo. Para esse autor, como coexistem mais de uma configuração, torna-se mais adequado falar sobre masculinidades, no plural, em lugar de uma única.

Há que se considerar ainda, que as masculinidades são construídas simultaneamente em duas esferas inter-relacionadas de relações de poder – nas relações de homem com mulheres (desigualdade de gênero) e nas relações dos homens com outros homens (desigualdades baseadas em etnicidade, sexualidade, idade, etc.).

Na esfera da saúde pública, a produção teórica neste campo considera que a adesão às normas tradicionais de gênero suscita comportamentos danosos à saúde do homem, o que colabora para a consideração do gênero como categoria importante na caracterização dos padrões de morbimortalidade masculina. Para Korin (2001) e Courtenay (2000), a construção

de gênero interfere não apenas nos comportamentos assumidos pelos homens em relação à sua saúde, mas também na construção da percepção desses homens em relação aos seus corpos.

Tendo por base a noção de masculinidades múltiplas, se faz necessário compreender gênero “como categoria que atravessa o tecido social e se articula à classe, raça/etnia e geração, recriando formas de subordinação e opressão” (Aquino, 2005, p.20). Assim, a consideração de determinantes sociais sobre a saúde do homem, prima não só pelo desenvolvimento de estratégias preventivas e de promoção da saúde, mas também no reconhecimento das barreiras socioculturais que limitam a procura dos homens aos serviços de atenção primária, o que os põe em condições de vulnerabilidade.

APORTE TEÓRICO E OBJETIVOS DO ESTUDO

3. TEORIA DA VULNERABILIDADE

3.1 A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO

Existe uma possível contradição entre os dados epidemiológicos (que veem o homem como mais vulnerável do que as mulheres) e o senso comum (que vê o homem como mais invulnerável). Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), esse fato pode subsidiar o debate no sentido de revelar que essas idéias, aparentemente contraditórias, se complementam. Ou seja, os homens por se sentirem invulneráveis se expõem mais e acabam ficando vulneráveis. Mas o que vem a ser vulnerabilidade?

O conceito de vulnerabilidade está relacionado com história de compreensão do HIV/AIDS. No início da epidemia, a primeira modalidade de classificação dos indivíduos com a AIDS foi a denominação de grupos de risco (Ayres, 2002). Nesta abordagem, a característica principal era a doença enquanto realidade dos “outros” que, na época, trazia esses “outros” relacionados aos homossexuais, às prostitutas ou usuários de drogas injetáveis. Todavia, com o passar do tempo, os índices de notificações aumentaram significativamente, acometendo indivíduos “fora” dos chamados grupos de risco.

A modalidade seguinte de relação com a AIDS, fruto em especial da reivindicação do movimento gay e de amplas campanhas das organizações não governamentais de luta contra a AIDS, foi a designação de “comportamentos de risco” ou atitudes de risco (Ayres, 2002). No entanto, o conceito de comportamentos de risco não avançou, em relação ao conceito anterior, para compreensão ampla acerca do HIV/AIDS e seus determinantes, uma vez que continuou numa perspectiva de análise individualista e culpabilizante. Assim, subjacente ao conceito de grupo de risco estavam as práticas de isolamento das pessoas que conviviam com a doença, ao passo que no conceito de comportamento de risco as estratégias de enfrentamento tinham por foco o “adestramento” individual. É nesse contexto que Mann, Tarantola e Netter (1993) passaram a utilizar o conceito de vulnerabilidade e a elaborar indicadores para avaliar o grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Segundo os autores, o comportamento individual seria o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justificaria focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia (Mann, Tarantola & Netter, 1993). Deste modo, os autores propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social.

O primeiro refere-se à auto avaliação, através de perguntas, para se verificar o conhecimento, os comportamentos, o *status* social e o acesso à informação, avaliando-se como pode ocorrer a transmissão da doença. A vulnerabilidade coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas.

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann et al. (1993), Ayres (2002), no Brasil, aponta que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade, esses planos seriam: a) vulnerabilidade individual; b) vulnerabilidade social; e c) vulnerabilidade programática ou institucional. Busca-se a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate às doenças. Nesse sentido, a Teoria da Vulnerabilidade pode servir para subsidiar a compreensão dos diversos processos de saúde doença, não só o HIV/AIDS.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se às susceptibilidades de indivíduos e coletividades ao adoecimento e morte, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os colocam em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como *locus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (Ayres, 2002).

O conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como “(...) *chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais*” (Ayres, França Jr., Calazans e Salletti Filho, 2003, p. 123) que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção.

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados (o individual, o social e o programático ou institucional), os quais remetem às seguintes questões

de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?

3.2 DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE

3.2.1 Vulnerabilidade Individual

Os aspectos da vulnerabilidade individual que têm sido pontuados pelos estudiosos do tema são, fundamentalmente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (Ayres, França Jr., Calazans e Salletti Filho, 2003). Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são explicados, nesse quadro conceitual, como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los. Todavia, embora a explicação do comportamento não esteja limitada à vontade da pessoa que realiza, muitos comportamentos que tornam as pessoas vulneráveis ao adoecimento são volitivos como, por exemplo, ir à consulta médica de forma preventiva.

Quando se considera o plano individual, todas as pessoas são, em algum grau, vulneráveis ao adoecimento e suas consequências, embora essa vulnerabilidade varie ao longo do tempo em função de valores e recursos que lhes permitam ou não obter meios para se proteger (Ayres et al. 1997). Nesse aspecto, a vulnerabilidade individual está relacionada a comportamentos e práticas de risco, que podem ou não, deixar os indivíduos suscetíveis ao agravo em saúde.

3.2.2 Vulnerabilidade Social

Já no plano social, segundo Ayres et al. (1997), a vulnerabilidade refere-se à avaliação de aspectos relacionados à coletividade – acesso à informação, investimento do Estado em saúde, acesso aos serviços de saúde, aos aspectos sociopolíticos e culturais, entre outros. Busca-se avaliar a dimensão social do adoecimento, utilizando-se indicadores capazes de

revelar o perfil da população no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde, entre outros aspectos.

3.2.3 Vulnerabilidade Institucional ou programática

O componente institucional ou programático da vulnerabilidade articula os componentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso.

A dimensão programática sugere situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, articulando as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante levar em consideração elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando "*a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço*" (Ayres, França Jr., Calazans e Salletti Filho, 2003, p. 127).

Desse modo, considera-se na análise dos estudos o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde. As condições de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos homens podem ser pensadas como parte dos aspectos que compõem a vulnerabilidade programática, uma vez que possibilita ou não o acesso aos recursos necessários para fazer frente a seus problemas salutaros. Entretanto, a vulnerabilidade no acesso e uso de serviços de saúde relaciona-se também com as outras dimensões de vulnerabilidade, visto que as características demográficas e sociais são determinantes do uso destes serviços, pelo lado da demanda.

3.2.4 A articulação entre os planos individual, social e programático

As especificações referentes aos itens a serem avaliados nas dimensões da vulnerabilidade podem ser observadas no Quadro 1:

Quadro 1. Aspectos a serem considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidade

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA (ÊNFASE NO SETOR SAÚDE)
Valores	Normas sociais	Compromisso político dos governos
Interesses	Referências culturais	Definição de políticas específicas
Crenças	Relações de gênero	Planejamento e avaliação das políticas
Credos	Relações de raça/etnia	Participação social no planejamento e avaliação
Desejos	Relações entre gerações	Recursos humanos e materiais para as políticas
Conhecimentos	Normas e crenças religiosas	Governabilidade
Atitudes	Estigma e discriminação	Controle social
Comportamentos	Emprego	Sustentabilidade política, institucional e material da política
Relações familiares	Salários	Articulação multissetorial das ações
Relações de amizade	Suporte social	Atividades intersetoriais
Relações afetivo-sexuais	Acesso a saúde	Organização do setor saúde
Relações profissionais	Acesso a educação	Acesso aos serviços
Situação material	Acesso a justiça	Qualidade dos serviços
Situação psico-emocional	Acesso a cultura, lazer, esporte	Integralidade da atenção
Situação física	Liberdade de pensamento e expressão	Equidade das ações
Redes e suportes sociais	Participação política	Equipes multidisciplinares
	Cidadania	Enfoques interdisciplinares
		Integração entre prevenção, promoção e assistência
		Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes
		Compromisso e responsabilidade dos profissionais
		Respeito, proteção e promoção de direitos humanos
		Participação comunitária na gestão dos serviços
		Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
		Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Adaptado de Ayres et al., 2006.

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que *as pessoas não são*, em si, vulneráveis, mas *podem estar* vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da AIDS, fenômeno a partir do qual foram impulsionados os estudos acerca da vulnerabilidade. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões

que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade.

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 Objetivo Geral

- Analisar os determinantes impeditivos ou motivadores da procura masculina pelos serviços de saúde e suas implicações para a vulnerabilidade nesta área.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os participantes em seus aspectos sócio demográficos;
- Identificar os fatores impeditivos da procura por atendimento médico;
- Identificar os fatores motivadores da procura pelos serviços de saúde;

MÉTODO

4. MÉTODO

4.1 DELIENAMENTO

Trata-se de um estudo transversal, podendo ser considerado como um estudo epidemiológico e descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. Esta pesquisa faz parte de outro estudo em Saúde do Homem mais abrangente realizado em João Pessoa pela professora Dr^a Josevânia da Silva no Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, tendo sido aprofundado aqui a análise dos dados e avaliação dos resultados para apontamentos futuros.

4.2 PARTICIPANTES

A amostra deste estudo foi constituída por 218 homens residentes na cidade de João Pessoa e área metropolitana, na faixa etária de 25 a 59 anos. Este recorte etário fundamentou-se nas Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. Os participantes eram voluntários escolhidos aleatoriamente em locais cotidianos, como praças, ruas, centros de saúde, etc. o número final de 218 homens foi resultado encontrado igualmente espontâneo ao término da coleta de dados, porém considerado significativo.

4.3 INSTRUMENTOS

Foi utilizado um questionário sócio demográfico, o qual versava sobre questões como estado civil, escolaridade, presença de doença e procura pelos serviços de saúde. A pesquisa também contou com uma entrevista estruturada que buscou identificar os fatores impeditivos e motivadores da procura pelos serviços de saúde, bem como verificar quais as pessoas do meio social dos participantes que os motivariam a buscarem o atendimento médico.

4.4 PROCEDIMENTOS

Após a autorização do comitê de ética, foi iniciada a fase de coleta de dados, em que os participantes da pesquisa foram informados, previamente, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Portanto, foi solicitado aos participantes que lessem e assinassem um Termo de Consentimento Informado, cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Quando os participantes não sabiam ler, o

investigador teve a responsabilidade de ler e explicar o Termo de Consentimento Informado, de forma a deixar claras as suas intenções ao realizar a pesquisa. Depois do prévio consentimento, os participantes responderam aos instrumentos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Em relação à análise das entrevistas, estas foram realizadas com base em categorias determinadas a partir dos temas suscitados e processado em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993).

Os dados sócios demográficos foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude).

O banco de dados foi construído a partir de digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS.for Windows - versão 18. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando identificar eventuais omissões de respostas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba – CEP SES/PB.

Foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996).

Este documento se constitui da solicitação aos pacientes para participação no estudo, após serem informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e obtida a aquiescência – escrita e assinada - para participação, além de ser assegurado o anonimato. Foram informados, ainda, que este consentimento garantia ao entrevistado o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Participaram desse estudo de forma não probabilística e acidental, 218 homens, com idade variando de 25 a 59 anos ($M=40$; $DP=10$), distribuídos entre as zonas sul, zona norte, zona leste, zona oeste e áreas metropolitanas da cidade de João Pessoa. Dentre as áreas supracitadas, observa-se uma maior abrangência na zona sul com uma porcentagem de 32,6 dos participantes, seguido da zona norte com 22,0%, zona leste com 21,1 %, a zona oeste com uma porcentagem de 20,3% e área metropolitana com 4,0%. Demais características sociodemográficas podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 Frequências e percentuais referentes ao perfil dos participantes

Variável	%	
Área Geográfica	Sul	32,6
	Norte	22,0
	Leste	21,1
	Oeste	20,3
	Área metropolitana	4,0
Estado Civil	Casado/Convivente	64,3
	Solteiro	26,0
	Divorciado	9,3
	Viúvo	0,4
Escolaridade	Sem grau de escolaridade	4,4
	Ens.Fundamental Incompleto	21,6
	Ens.Fundamental Completo	10,6
	Ens. Médio Incompleto	7,9
	Ensino Médio Completo	31,7
	Superior	9,3
	Superior Incompleto	9,7
	Pós-Graduação	4,8
Assistência Médica	Pública	77
	Particular	23
Possui plano de saúde	Sim	24,2
	Não	75,7
Última consulta médica	Menos de 1 ano	66,9
	1 a 2 anos	10,6
	3 a 4 anos	6,6
	Mais que 5 anos	10,6
	Nunca foi	4
	Não lembra	1,3
Local da última consulta	UBS/Posto de Saúde	26
	Consultório particular	40
	Urgência/Emergência de Hospital	18
	Ambulatório de Hospital	14
	Não lembra	2

Conforme demonstrado na Tabela 1, 64,3% dos participantes declaram-se casados/conviventes, com o ensino médio completo (31,7%), e 9,3% possui o nível superior, podendo-se afirmar que possuem bom nível de escolaridade.

No que diz respeito à assistência médica, por não serem possuidores do plano de saúde particular 77% dos participantes disseram se utilizar dos serviços públicos de saúde, contudo a busca por atendimento médico no último ano foi afirmada por 66,9% dos participantes, sendo 40% em consultórios particulares e 26% em UBS/posto de saúde. O fato da maioria dos participantes terem procurado consultório particular em sua última consulta, ao invés dos serviços da rede pública de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que 75,7% não possuía plano de saúde, pode ratificar a idéia de que estes serviços são destinados quase que exclusivamente à mulheres, crianças e idosos (Figueiredo, 2005). Por outro lado, também pode indicar uma falta de confiança nos profissionais da rede pública de saúde ou um descontentamento com a precarização do serviço público, como foi constatado em uma pesquisa realizada por Gomes, Nascimento e Araujo (2007).

Ressalta-se ainda que 32% dos homens participantes procuraram por pronto atendimento (urgência/emergência e ambulatórios de hospitais). Demonstrando assim a procura por serviços emergenciais, uma vez que nestes estabelecimentos os homens poderiam expor mais facilmente seus problemas e serem atendidos com mais rapidez (Figueiredo, 2005).

5.2 DETERMINANTES DA PROCURA MASCULINA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Após a análise categorial temática, emergiram uma classe temática, duas categorias e suas respectivas subcategorias, conforme demonstradas na Tabela 2:

Tabela 2 Classe temática, categorias e subcategorias suscitadas

Classe Temática	Categorias	Subcategorias
Procura masculina pelos serviços de saúde	Fatores Impeditivos	Insatisfação com o sistema de saúde
		Inadequação do horário de funcionamento
		Ausência de doença/sintoma
		Nada
		Falta de tempo/trabalho
		Acomodação
		Medo do diagnóstico
		Demora no atendimento
		Automedicação
		Doença
	Doença grave (muito doente)	
	Fatores Motivadores	Prevenção
		Emergência – Urgência
		Exame de Rotina
		Sintomas
Dor		

5.2.1 Fatores impeditivos da procura masculina por atendimento médico

No que se refere à categoria “Fatores Impeditivos” foram consideradas, dentre as 294 unidades temáticas, apenas aquelas cujas subcategorias constituíram-se por similitude das respostas com frequência (f) mínima de 5% do total, ou seja, N=15. Desta feita, verificou-se a presença de sete subcategorias, conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3 Fatores impeditivos da procura masculina por atendimento médico

Fatores impeditivos	f	Unidades temáticas
Insatisfação com o sistema de saúde	50	“O médico não deixa nem eu falar.” “Não gosto de ir ao médico, mal olha, só passa medicamento.”
Inadequação do horário de funcionamento	33	“O médico não funciona nos finais de semana.”
Ausência de doença/sintoma	40	“Por que ir se não estou doente?” “Só vou se eu tiver necessidade de um diagnóstico de doença.”
Nada	37	“Nada me impede de ir.”
Falta de tempo/trabalho	28	“Não tenho tempo devido ao trabalho.”
Acomodação	23	“Relaxamento por não apresentar um problema grave.” “Falta de interesse mesmo.”
Medo do diagnóstico	17	“Tenho medo de ir.” “Não vou atrás de doença.”
Demora no atendimento	16	“Não tenho paciência para esperar.” “A demora em ser atendido.” “Não vou por causa das filas.”
Automedicação	15	“Quando preciso vou à farmácia e compro um remédio.”

No que concerne aos fatores que impedem a busca dos homens do estudo pelo sistema de saúde, a presente pesquisa verificou que a subcategoria que emergiu com maior frequência foi a “Insatisfação com o sistema de saúde” conforme se observa na tabela acima. Os participantes afirmaram que falhas no atendimento médico bem como nos serviços em geral são barreiras que os impedem de buscarem os serviços médico, de maneira que tais falhas na instituição de saúde podem dificultar a adoção de práticas preventivas por esses homens. Sobre tais resultados Figueiredo (2005) vem afirmar que, em muitos casos, os homens se sentem desmotivados em procurarem o atendimento médico por considerarem o espaço dos serviços básicos de saúde locais inadequados para suas demandas, isto é, essas inadequações geram insatisfações em muitos homens que preferem, caso sintam algum sintoma, recorrer a medidas mais fáceis e de rápida resolução como por meio da automedicação, medida esta que também foi encontrada neste estudo. O autor ainda sugere que, de acordo com tais resultados, pode-se pensar a ausência dos indivíduos do sexo masculino da atenção básica à saúde não apenas como uma falta de responsabilidade desse gênero para com a sua saúde, mas falhas na organização do modelo atual de saúde também podem causar a menor frequência dessa subcategoria se comparada, por exemplo, com os públicos feminino, idoso e infantil.

Dentre as insatisfações trazidas por esses homens, uma que vale ressaltar é no tocante ao comportamento do médico em relação ao paciente durante a consulta, ou seja, alguns homens afirmaram que o tempo rápido da consulta não os permite falar sobre suas vivências em relação à saúde, sobre seus medos e supostas dúvidas, sendo assim, parte da amostra confessou não procurar os serviços de saúde com maior frequência por tal atendimento não atingir suas necessidades. No que diz respeito a tal problemática tão presente nos serviços de saúde, Figueiredo (2005) enfatiza a importância de uma maior sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para lidar com as interações entre as concepções de gênero bem como as demandas trazidas pela subcategoria masculina nos serviços de saúde.

Ainda em relação às falhas do sistema de saúde enquanto impeditivos da busca dos homens pelo atendimento em saúde, Gomes (2007) também verificou tal fator em estudo realizado com homens da cidade do Rio de Janeiro. O autor pôde observar que a precarização dos serviços públicos de saúde esteve presente enquanto fatores que dificultam a busca dos homens da pesquisa pelos serviços básicos desta categoria. No que tange ao presente estudo, as falhas apontadas por essa amostra também dizem respeito ao sistema público de saúde, afinal, conforme verificada na Tabela 3 acima.

Diante de tais relatos, pode-se observar o aumento da vulnerabilidade nessa amostra em razão das falhas do sistema de saúde, em especial o sistema público. Como sugere Ayres (2002) o conceito de vulnerabilidade abarca os componentes individual, social e programático de maneira que tais aspectos se colocam de forma interdependentes. De acordo com os resultados relatados acima se percebe o aspecto programático desse conceito colocando tais indivíduos em situação de vulnerabilidade, ou seja, o componente programático da vulnerabilidade envolve o grau de compromisso, recursos, monitoramento e gerência dos programas nacionais, regionais e locais a fim de otimizar seu uso. Sendo assim, observa-se que as falhas no sistema (vulnerabilidade programática) levam os sujeitos a não adesão de comportamentos em benefício da saúde.

Outra subcategoria que também emergiu de maneira significativa foi a inadequação de horário de funcionamento dos serviços de saúde, impedindo assim, a presença desses homens em tais serviços. Nesse contexto, parte da amostra relatou que o horário que facilitaria a sua ida aos serviços de saúde vai de encontro ao funcionamento dos serviços de caráter básico em saúde. Resultado similar foi encontrado nas pesquisas de Gomes (2007) ao verificar que os horários de funcionamento das UBS não atendiam às demandas dos homens pelo fato de coincidir com a carga horária do trabalho. Essa questão do trabalho também foi verificada nos resultados da presente pesquisa, onde alguns sujeitos afirmaram não buscarem o sistema de saúde pela falta de tempo por causa do trabalho. A bibliografia afirma que as questões laborativas são prioridade no gênero masculino, de maneira que o trabalho vem em primeiro lugar na lista de preocupações dos homens, portanto, a maioria dos homens prioriza o trabalho em detrimento do cuidado com a saúde (Gomes, 2007). Tal questão pode estar relacionada com o modelo de masculinidade já citado, ou seja, a virilidade do homem pode estar ligada a sua força e empenho para o mercado de trabalho (Connell, 1995). Ainda em relação à inadequação do horário de funcionamento desses serviços, Gomes (2007) ressalta a importância de um horário de funcionamento que facilite a adesão desses homens aos serviços básicos de saúde, pois muitos deixam de adotar práticas preventivas por temerem faltar ao emprego para se dirigirem ao atendimento médico.

A bibliografia vem demonstrar que a incompatibilidade do horário de funcionamento das instituições de saúde, com a jornada de trabalho dos indivíduos inseridos no mercado formal, desestimula o acesso dos homens a estes serviços, por temerem o prejuízo que possam vir a sofrer em decorrência de se ausentarem de seus trabalhos devido à busca por atendimentos médicos (Brito, Santos e Maciel, 2010). Todavia, o Ministério da Saúde (2008)

salienta que grande parte das mulheres, das mais diversas categorias socioeconômicas, também está inserida no mercado de trabalho formal, porém, o trabalho não tem impedido que grande parte do público feminino procure os serviços de saúde. Ressalta-se, porém, que a organização do sistema de saúde, historicamente, desenhou-se a partir do cuidado à saúde da mulher e da criança, tanto no meio profissional quanto social (Gomes et al, 2007).

Outro ponto que vale analisar é a “Ausência de doença ou sintoma” enquanto fator impeditivo da busca pelos serviços de saúde pelo sexo masculino, essa subcategoria foi relatada por 40 homens da amostra. Tais dados corroboram com as pesquisas realizadas por Gomes (2007) onde também se verificou a ausência de doença como determinante para que os participantes não procurem os serviços de saúde. A partir de tais resultados se observa uma problemática que pode dificultar comportamentos de prevenção por parte desses homens, afinal, esses indivíduos só vão à busca do cuidado médico quando a doença já se faz presente. Segundo Gomes (2007) a identidade masculina coloca muitos homens em uma percepção de invulnerabilidade, de maneira que a procura pelos serviços de saúde com a finalidade de realizar prevenção pode ser sinal de fraqueza ou insegurança, por isso, muitos homens só buscam os serviços médicos em último caso, como em situações de adoecimento, conforme verificado por alguns homens desta pesquisa. Tais questões podem explicar o fato de os homens apresentarem maior vulnerabilidade às doenças crônicas bem como maior mortalidade se comparados às mulheres (Nardi, 2007; Courtenay, 2007).

Ainda em relação a não busca pelos serviços de saúde pela ausência de alguma doença ou sintoma, é importante destacar que nem todos os homens procuram ajuda nos serviços de saúde quando sentem algum desconforto, isto é, conforme verificado na tabela acima, embora de maneira idiossincrática, vale citar que alguns sujeitos relataram a prática da automedicação quando sentem algum sintoma ou dor. Tal medida pode ser preferencial pelo fato de ser mais pontual, fazendo com que os homens não percam tempo em filas de hospitais ou na demora pelo atendimento médico (Gomes, 2007). O autor ainda enfatiza o papel que a farmácia possui enquanto instância “semiprofissional”, de maneira que tal ambiente possibilita a obtenção de um conselho médico sem precisar enfrentar filas ou marcação de consultas (Gomes, 2007). Tais medidas podem colocar esses homens em posição de vulnerabilidade, pois as práticas de prevenção em saúde não se fazem presentes, facilitando assim, o surgimento de doenças e até mesmo de morbimortalidade no sexo masculino.

Em contrapartida aos resultados até aqui explorados, 37 dos indivíduos entrevistados afirmaram que nada os impede de buscarem os serviços de saúde. Todavia, faz-se relevante

analisar esse dado com cautela, pois os resultados também demonstraram que tal afirmação não significa, necessariamente, que esses homens busquem estes serviços. Há circunstâncias nas quais os homens acomodam-se quanto aos cuidados com a saúde, observado na subcategoria “acomodação”, contendo falas como: “Tenho falta de interesse mesmo”, ou seja, por mais que eles não percebam nenhum fator impeditivo, a acomodação contribui para que haja ausência desses homens nos serviços de saúde. Neste sentido, deve-se considerar também, conforme demonstra Figueiredo e Schraiber (2011), que em alguns casos os homens reprimem suas necessidades e problemáticas relacionadas à saúde, havendo dificuldades para expressá-las. Esta problemática foi observada por Mendonça, Menandro e Trindade (2011), vindo a apresentar características nas quais os homens justificam a falta de um olhar mais atento para à sua saúde, o que aumenta a vulnerabilidade aos mais diversos riscos que podem estar sujeitos.

Outra explicação para a não procura dos homens pelos serviços de saúde diz respeito ao medo do diagnóstico, ou seja, alguns participantes relataram que o medo de descobrir alguma doença grave faz com que os mesmos não busquem atendimento médico. Gomes (2007) relata que os indivíduos possuem receio de, ao procurarem os serviços básicos de saúde com a finalidade de verificar se está tudo bem, descobrirem alguma doença grave e ter de passar por um possível tratamento. A questão do medo de um possível diagnóstico de doença também pode estar atrelada ao modelo hegemônico de masculinidade construído socialmente, ou seja, esse modelo envolve a pouca valorização do cuidado com a saúde bem como a supressão de comportamentos de debilitação ou enfermidade (Luizaga, 2010). Korin (2001) também vem afirmar que os homens aprenderam a não utilizarem determinados comportamentos por serem específicos do sexo feminino, como por exemplo, comportamentos de passividade, de debilitação e estados de emoção e de enfermidade. Sendo assim, a descoberta de um diagnóstico de doença pode colocar esse homem em posição de fragilidade, o que dificulta a execução desse modelo de masculinidade.

Vale salientar, ainda no tocante à explicitação das falhas dos serviços de saúde, a demora no atendimento enquanto barreira para a procura dos homens pelo atendimento médico. Diante de tal dado se percebe que falhas no atendimento médico podem dificultar o autocuidado em saúde nesse grupo. Segundo pesquisas realizadas na cidade de São Paulo com homens de classe econômica desfavorável, pôde-se observar que grande parte dos participantes relatou dificuldade no acesso aos serviços de saúde, isto é, esses homens dependiam dos serviços médicos públicos e se queixavam da escassez e inadequação no

atendimento médico (Kalckmann, 2005). Assim como na pesquisa realizada por Kalckmann (2005), a maioria dos participantes desta pesquisa é usuária dos serviços públicos de saúde, de forma que é possível identificar o componente programático da vulnerabilidade na população estudada.

5.2.2 Fatores motivadores da procura masculina pelos serviços de saúde

No que se refere à categoria “Fatores Motivadores” foram consideradas, dentre as 353 unidades temáticas, apenas aquelas cujas subcategorias constituíram-se por similitude das respostas com frequência (f) mínima de 5% do total, ou seja, N=17. Desta feita, verificou-se a presença de sete subcategorias, conforme observado na Tabela 4.

Tabela 4 Fatores motivadores da procura masculina por atendimento médico

Fatores motivadores	f	Unidade Temáticas
Doença	82	<i>“Qualquer doença”</i>
Doença grave (muito doente)	34	<i>Doença grave, algo muito forte que o remédio não funcione”.</i>
Prevenção	28	“Para me prevenir”
Emergência – Urgência	26	“se tivesse uma emergência muito grande”; “só nas últimas, passando mal”
Exame de Rotina	23	“se precisasse fazer exame de rotina”
Sintomas	23	Quando eu sentisse alguma coisa, um sintoma”
Dor	20	“Quando aparece alguma dor, ou dor desconhecida”

A partir da Tabela 4 constatou-se que a subcategoria “Doença” foi a que prevaleceu como fator motivador da procura masculina por atendimento médico, estando na sequência à subcategoria “Doença grave”, conforme podem ser observados, respectivamente, nos discursos: Estes dados corroboram com demais estudos (Brito, Santos e Maciel, 2010; Mendonça, Menandro & Trindade, 2010) cujos resultados indicaram que os homens geralmente buscam um serviço médico na presença de uma patologia já instalada, e quando

não conseguem suportar mais os sintomas, entretanto procuram evitar este estágio de adoecimento por meio de medidas alternativas, como a automedicação. Neste panorama, embora a subcategoria “Dor” tenha apresentado uma frequência mais baixa, nota-se igualmente a sua relevância. Segundo Brito, Santos e Maciel (2010), a busca da população masculina por tratamento médico, comumente, advém por não suportarem mais a dor ou ficarem impossibilitados de exercerem as suas atividades laborativas.

Estes dados podem estar relacionados às concepções que os homens têm sobre a própria masculinidade, dentro de padrões hegemônicos que reprimem suas necessidades de saúde, negando fraquezas ou vulnerabilidades que seriam esperadas e aceitas para as mulheres, e levando-os a procurarem os serviços nos casos de adoecimento e dor considerados insuportáveis, que podem ser sinais de uma patologia num estágio já avançado, comprometendo as chances de cura. Constata-se também a busca por soluções consideradas paliativas, como a automedicação, que embora proporcionem, em alguns casos, o alívio mais rápido de certas dores ou sintomatologias, podem comprometer a eficácia no tratamento das reais causas do adoecimento, uma vez que não se teve um diagnóstico profissional.

Tal circunstância remete a vulnerabilidade individual por parte do homem, o qual corre o risco de adentrar nos serviços de saúde com intercorrências graves, fato este que foi verificado nos resultados do presente estudo, os quais indicaram a emergência/urgência ($f=26$) como um fator motivador da procura masculina por atendimentos de saúde, corroborando com os dados observados por Gomes et al. (2011). A procura pelo serviço de saúde apenas quando a doença está instalada ou em casos de risco de vida ultrapassam o caráter preventivo em saúde, de maneira que esses aspectos podem aumentar os riscos de agravos e de mortalidade. Observa-se assim a valorização da medicina curativa, ou seja, há uma procura efetiva dos serviços de saúde por parte do público masculino quando já há uma doença instalada.

Todavia, as respostas dos entrevistados também denotaram cuidados que os mesmos estão tendo quanto à sua saúde, o que pode ser visto na subcategoria “Prevenção”, a qual contém respostas do tipo: “*Fui mais para prevenção*”. Este resultado está correlacionado a demais discursos mencionados pelos participantes, presentes nas subcategorias “Exames de Rotina” e “Sintomas”. Assim, verifica-se que para alguns dos entrevistados não necessariamente uma doença já instalada é o único motivador da procura por atendimento médico.

Um estudo realizado por Mendonça, Menandro e Trindade (2011) revelou um indicativo da preocupação dos próprios homens com a saúde e o cuidado para não

enfrentarem um processo de adoecimento. Deste modo, como nos dados encontrados no presente trabalho, os homens já manifestam preocupações quanto ao estado de saúde e têm intensificado a busca por assistências médicas para prevenção e controle de doenças.

Destarte, os resultados indicaram que os homens entendem a prevenção como fator motivador à procura por atendimentos médicos. No entanto este autocuidado destaca-se em casos de agravos à saúde, ou seja, quando se quer evitar a manifestação ou o progresso de uma patologia mais grave, como por exemplo câncer de próstata ou problemas cardiovasculares. Logo a prevenção liga-se, sobremaneira, a uma ação focal e antecipada com o intuito de se evitar determinada doença. Diferenciando-se da promoção da saúde, a qual consiste em medidas destinadas ao bem-estar geral e o aumento da saúde da população (Czeresnia, 2004, em BRITO, 2010). Logo a prioridade ainda encontra-se na doença, em detrimento dos aspectos relacionados a comportamentos e compreensões que englobam a saúde.

5.2.3 Pessoas que influenciam na busca masculina pelo atendimento médico

Ao ser perguntado “*Quem faria esse homem ir ao médico*”, 26% dos entrevistados afirmaram que ninguém os faria ir, e 13% declarou que só ele mesmo o levaria a procurar por atendimento médico. É possível fazer uma reflexão acerca destas respostas, as quais possivelmente estejam ancoradas em questões de gênero. Os entrevistados, ao afirmarem que ninguém ou apenas ele mesmo o faria buscar atendimento médico, tende expressar sua independência ou mostrar que é um ser não influenciável, corroborando com o modelo socialmente construído e compartilhado universalmente do que é ser homem (Korin, 2001). Pode-se afirmar, baseado nesses dados e na literatura, que o modelo hegemônico de masculinidade acaba influenciando negativamente nas práticas de saúde dos homens, uma vez que, quando adultos, não são mais levados pelas mães aos serviços médicos, como se costuma fazer quando são crianças e também por dependerem apenas deles mesmos, acabam deixando a saúde em segundo plano, seja por não ter tempo em decorrência do trabalho, ou por não possuir práticas preventivas em saúde, ao contrário do que ocorre com as mulheres, em decorrência disso, a classe masculina acaba ficando vulnerável aos diversos acometimentos, como os diversos estudos (Stillion, 1995; Laurenti, Melo, Prado & Gotlieb, 2005; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007) mostram, através de indicadores, que as condições de saúde da população masculina são desfavoráveis quando comparado com os índices alcançados pelas mulheres, como a esperança de vida e os padrões de mortalidade.

Além disso, a esposa e a mãe também foram citadas como responsáveis por influenciar a busca deles por auxílio médico, 24% e 14%, respectivamente. Os filhos (06%) também foram citados como responsáveis pela procura ao sistema de saúde dos participantes dessa pesquisa, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 5 Frequências e percentuais referentes a quem influencia o homem a procurar atendimento médico

Quem te faria ir ao médico	f	%
Ninguém	71	26
Esposa	66	24
Mãe	39	14
Eu mesmo	38	13
Filhos	16	06

Observa-se que a esposa tem um papel de suma importância no tocante à saúde masculina. Não se pode negar a relevância da presença feminina na vida de um homem, uma vez que a grande responsável por levar os filhos ao médico quando criança deve-se à mãe, entretanto, quando adulto essa responsabilidade acaba se estendendo à esposa. Em decorrência disso, é lícito pensar em políticas de autoconscientização para a classe masculina, objetivando elevar as práticas preventivas em saúde; e ainda em programas que envolvam o casal, bem como a família, uma vez que, além dele mesmo, a mulher e os filhos são o elo entre o homem e os serviços de saúde.

Quanto à pergunta: *Onde você já ouviu falar sobre a importância de ir ao médico?* Foram constatadas 34 evocações para mídia, sendo esta compreendida como outdoor, rádio, jornal; no entanto, 76 frequências foram relacionadas apenas à TV. Observa-se que informações sobre saúde têm chegado à população, contudo, é preciso investir mais em programas de prevenção veiculando-os na TV, já que é um meio de comunicação que tem grande alcance social, inserindo-se em todas as classes socioeconômicas. Em estudo realizado por Taberner, Leite, Cutait, Takada, Mansur e Caramelli (2007), tais pesquisadores demonstraram o impacto que a mídia causa nos serviços de saúde ao constatar as modificações na procura por atendimento num grande pronto-socorro cardiológico no período subsequente à morte por infarto de um grande personagem da mídia.

Além disso, outras medidas devem ser tomadas, já que algumas pessoas afirmaram nunca ter ouvido falar a respeito da importância em buscar serviços de saúde, revelando que a TV e a mídia em geral não supre toda a lacuna existente entre a população e o acesso aos serviços de saúde, corroborando com teoria da vulnerabilidade social a que propõe Ayres (2003), relacionando a complexa interação entre a predisposição individual à vulnerabilidade, o meio vivenciado e a presença/ausência de estrutura social.

Outra reflexão que se faz, vem desde a infância, à educação acerca dessa questão desde cedo, pois lembrando que quando criança, os meninos são levados ao médico por suas mães, em que momento eles deixam de ir ao médico? Portanto, é lícito propor uma educação continuada, acreditando que, desta forma, os índices de morbidade e mortalidade masculina possa diminuir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada e análise dos resultados, foi possível compreender, no alcance dos objetivos desta, que os cuidados com a saúde masculina estão diretamente ligados ao meio social e cultural em que o indivíduo se insere e questões de diferenciação de gênero, fatores estes que influenciarão positiva ou negativamente na busca por cuidados médicos de acordo com estes parâmetros.

As questões de gênero são ainda um dos maiores fatores determinantes no que diz respeito à busca por atendimento médico e serviços de saúde por parte da população masculina, já que a representação social/cultural de se portar sempre como o sexo-forte, faz com que os homens neguem toda e qualquer necessidade que venham a ter, tornando-se assim mais vulneráveis no que diz respeito à saúde do que as mulheres.

Como possibilidade de melhoramentos posteriores, sugere-se a ampliação e aprofundamento do conceito de vulnerabilidade em saúde, almejando melhorias significativas nas políticas de saúde e saúde pública visando a coletividade, bem como atividades nos centros de atenção básica, liderados por homens falando para homens através do trabalho de conscientização e implementação de palestras educativas.

A criação de debates nas escolas, torna-se também importante ferramenta no processo de modificação da educação para a saúde.

Como contribuição social, esta pesquisa abre questionamentos importantes para a elaboração e discussão de futuros estudos acerca também da saúde da mulher, que apesar de buscar com maior frequência os serviços oferecidos, tende a negligenciar a própria saúde, por motivos, em alguns casos, semelhantes aos masculinos, como por exemplo a comodidade e disseminação da automedicação, além do aprofundamento das questões de gênero e sua ainda grande influência no tocante aos cuidados relativos à saúde de homens e mulheres.

7.REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. (2005). *Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade?* Ciência e Saúde Coletiva, Salvador, v. 10, n 1, p. 18-34.

AQUINO, E. M. L. *Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil*. Rev. Saúde Pública,40(1), 121-132, 2006.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, J.I; CALAZANS, G.J.; SALETTI-FILHO, H.C.. *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

AYRES, J. R. C. M., FRANÇA JR., I., & CALAZANS, G. J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. *II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS - IMS/UERJ - ABIA*,1997. 20-37.

AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 2002.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Indicadores e Dados Básicos – IDB – 2004*. Brasília: Ministério da Saúde/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

Brasil. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4(2):15-25.

Brasil, Ministério da Saúde. (2008). *Boletim Epidemiológico DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde.

CONNELL, R. W. “Políticas da Masculinidade”. *Educação & Realidade*, 20 (2), 1995b. 185-206.

CONNELL, R. W. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press, 1995.

CONNELL, R. W. *The Men and The Boys*. Berkeley, CA: University of California Press. 200

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(1), 2000. 1385-1401.

COUTO, M. T. *Pluralismo religioso em famílias. populares: poder, gênero e reprodução. 2001*. Tese de Doutorado não publicada, Recife: UFPE.

BRITO, R. S., SANTOS, D. L. A & MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. *Rev. RENE*, Fortaleza, 2010. v. 11, n. 4, p. 135-142.

FIGUEIREDO, M. A. C. (1993). *Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial*. Medicina (Ribeirão Preto), 26(3), 393-407.

FIGUEIREDO WS; SCHRAIBER LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), 2011. v. 16, p. 935-944.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005. 10(1): 105-109.

FIGUEIREDO, W. S. (2008). *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária*. Tese de Doutorado (não publicada), faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo: USP/FM/SBD.

GOMÁRIZ, E. *Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas*. Ediciones de las mujeres, Santiago: Isis International, nº 17, p. 83-110, 1992.

GOMES, R. (Org.). *SAÚDE DO HOMEM EM DEBATE*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, 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*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, , Mar. 2007. v. 23, n. 3.

KALCKMANN, S., BATISTA, L. E. *Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual*. Edusp, São Paulo, 2005. p. 199-217.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de genero en salud. *Adolescência Latinoamericana*, 2(1), 2001. 67-79.

LAURENTI, R., JORGE, M. H. P. M., & GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(1), 2005. 35-46.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON P. *Men's health: perspectives, diversity and paradox*. London: Blackwell Sciences; 2000.

LUIZAGA, C. T. M. Mortalidade masculina no tempo e no espaço. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

MENDONÇA, V. S. ; MENANDRO, M. C. S. ; TRINDADE, Z. A. *Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde*. Revista de Estudios Sociales, 2010. v. 38, p. 155-164.

NASCIMENTO, A. R. A., TRINDADE, Z. A. & NASCIMENTO, I. F. G. *Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença*. Psico-USF, Belo Horizonte, 2011. v. 16, n.2, p. 203-213.

NARDI, H. C., NARVAZ, M. *Problematizações feministas à obra de Michel Foucault*. Rev. Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza, 2007. v. 7, n. 1, p.45-70.

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2002, 7:687-707.

RIPSA-Rede Interagencial de Informações para a Saúde. (2008). Brasília. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/idb>

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde Coletiva*, 2005. 10(1): 7-17.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. – (Coleção Brasil Urgente).

SOMERS, A. R. *Health Care in Transition: Directions for the Future*. Chicago: Hospital Research and Educational Trust, 1971.

STILLION, J. *Death and the sexes: An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping skills*. New York: Hemisphere Publishing. 1995.

TABERNER JS, LEITE PC, CUTAIT MM, TAKADA J, MANSUR AP, CARAMELLI B. A influência da mídia nos atendimentos cardiológicos de urgência: O caso Bussunda. *Rev Assoc Med Bras*. 2007. 53(4):335-7.

VUORI, H. *Strategies for Improving the Quality of Health Care*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 1990b . 114(1),1115-1118.

APÊNDICE

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**OS HOMENS PROCURAM ATENDIMENTO MÉDICO? Crenças acerca dos fatores motivacionais e impeditivos**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho “*OS HOMENS PROCURAM ATENDIMENTO MÉDICO? Crenças acerca dos fatores motivacionais e impeditivos*” terá como objetivo geral analisar as crenças de homens acerca da saúde-doença e sua percepção de vulnerabilidade ao HIV/AIDS em comparação com as crenças elaboradas pelas mulheres.
- Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário, associação livre de palavras e entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

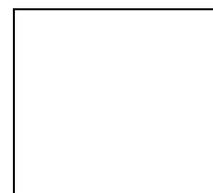
Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora responsável no número (83) **88873-7129** com **JOSEVÂNIA DA SILVA**.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica
(Participante da pesquisa)



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

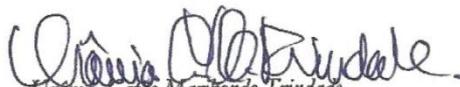
C E R T I D ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 66ª Reunião Ordinária realizada em 25.05.10, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto: **A procura e a acessibilidade masculina aos serviços de saúde: Implicações para a vulnerabilidade à AIDS** da pesquisadora responsável **Josevânia da Silva**.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 28 de agosto de 2011.


Crânio Caio Maribondo Trindade
Coordenadora do CEP-SES/PB