



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GUILHERME OLIVEIRA DE ARRUDA**

**SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR:  
COMPORTAMENTOS, NECESSIDADES E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE**

**MARINGÁ  
2013**

**GUILHERME OLIVEIRA DE ARRUDA**

**SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR:  
COMPORTAMENTOS, NECESSIDADES E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e o processo de cuidar.

Linha de Pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon.

**MARINGÁ  
2013**

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A779s	<p>Arruda, Guilherme Oliveira de Saúde do homem no município de Maringá - PR: comportamentos, necessidades e utilização dos serviços de saúde / Guilherme Oliveira de Arruda. -- Maringá, 2013. 179 f. : il. figs., tabs.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Sonia Silva Marcon. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.</p> <p>1. Saúde do homem. 2. Perfil de saúde. Gênero de saúde . I. Marcon, Sonia Silva, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 21.ed.610.73098162</p>
-------	---

GUILHERME OLIVEIRA DE ARRUDA

**SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR:  
COMPORTAMENTOS, NECESSIDADES E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE**

Aprovado em: 12 de dezembro de 2013

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Silva Marcon (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Aurea Christina de Paula Corrêa  
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thais Aidar de Freitas Mathias  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Ao meu pai, à minha mãe, meu irmão e minha namorada que,  
mesmo separados de mim pela distância, foram incondicionalmente presentes e  
companheiros em minha trajetória.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** que me permitiu caminhar e chegar até aqui, e que trilhasse esse caminho com sabedoria e prudência, que me livrou de todo e qualquer mal, que me manteve firme em meu propósito.

Ao meu pai, **João Antonio de Arruda**, e à minha mãe, **Janilda de Oliveira Arruda**, que sempre foram as colunas de minha vida, colunas sólidas de um templo no qual eu sempre pude buscar palavras de apoio, exemplos de vida e de perseverança, o “templo da minha **família**”, o que há de mais valor em minha vida. **Amo vocês!**

Ao meu irmão **Gustavo de Oliveira Arruda**, por ser meu braço direito, um homem de bem que admiro e que espero ter por companheiro para a vida toda.

À minha namorada **Letícia Souza de Moura**, por ter surgido em minha vida há seis anos e três meses e por ter despertado em mim o amor; pela compreensão, pela espera de dias sem nos vermos, pela confiança, por acreditar na construção de um futuro juntos que já começou.

À minha tia **Débora Cristina de Arruda** e ao meu tio **José Roberto Martinhago**, além dos meus primos **Afonso, Laura e Maicon**, que nunca mediram esforços para me ajudar no que fosse preciso, por me acolherem em Maringá quando aqui cheguei, por me proporcionarem momentos de alegria quando a solidão pesava.

Aos **meus familiares** que, em sua maioria, residem aqui no Paraná (Paranavaí, Santa Cruz do Monte Castelo, Tamboara, Guairaçá) por abrirem suas casas quando busquei muito mais do que artigos e livros, busquei ar novo para respirar, busquei energia para continuar traçando meu caminho. Agradeço em especial à figura de minha avó **Sebastiana Dias de Oliveira** que, com sua simplicidade, seu coração e braços sempre abertos também abriu as portas de seu “rancho”, como ela mesma diz, para me acolher e cuidar de mim.

Aos meus avôs paternos **Valdomiro de Arruda** (*in memorian*) e **João Pedro de Oliveira** (*in memorian*), à minha avó paterna **Aparecida Abreu de Arruda** (*in memorian*), minha irmã **Cintia de Oliveira Arruda** (*in memorian*) e a minha prima **Adriana Dambros de Arruda** (*in memorian*), que se fizeram seres de luz, iluminaram meu caminho, me protegeram e me transferiram energias positivas.

À **Professora Doutora Sonia Silva Marcon** que me permitiu ser orientado por ela, que me recebeu de braços abertos, que acreditou em mim e dedicou parte de seu trabalho a

me orientar e ensinar, e é, hoje, para mim, sinônimo de superação, força, garra, capacidade, determinação e liderança.

A todos os **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá** que, de alguma forma, colaboraram para meu crescimento enquanto futuro mestre, pesquisador e docente.

A todos os **colegas do núcleo de pesquisas e da minha turma do mestrado**, que sempre me ensinaram muito com seus exemplos, que me ajudaram a conhecer a pós-graduação na perspectiva do pós-graduando, que também me acolheram quando aqui cheguei.

À **Professora Doutora Aurea Christina de Paula Corrêa** e à **Professora Doutora Thais Aidar de Freitas Mathias** por terem contribuído para o aperfeiçoamento deste trabalho, desde o Exame de Qualificação Geral até a Defesa Pública. Muito Obrigado!

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e à **Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná**, pela cessão das bolsas de apoio financeiro.

Ao **Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM)** por ter reconhecido o mérito ético e científico deste trabalho e com isso, autorizado seu desenvolvimento dentro do que postula a legislação de ética em pesquisa.

Ao **Observatório das Metrópoles – Núcleo Regional de Maringá**, na pessoa de sua **Coordenadora e Professora Doutora Ana Lúcia Rodrigues**, por me fornecerem informações sobre a divisão do Município de Maringá conforme a tipologia socioespacial, que foram indispensáveis para a seleção dos indivíduos que participaram deste estudo.

Ao acadêmico da Graduação em Enfermagem da UEM, **Diogo do Nascimento Franco**, que colaborou com a coleta de dados desta pesquisa.

Aos **421 homens** que aceitaram participar desta pesquisa e que acabaram por contribuir para o avanço da Enfermagem em Saúde do Homem, para a qualificação profissional de mais um enfermeiro e para o meu crescimento também enquanto pessoa, com suas histórias de vida, das quais pude tirar breves ensinamentos.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo, o meu muito obrigado!

É coisa preciosa a saúde, e a única em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injuriosa

(Michel Eyquem de Montaigne, 1533-1592).

ARRUDA, G. O. **Saúde do homem no Município de Maringá-PR**: comportamentos, necessidades e utilização dos serviços de saúde. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon. Maringá, 2013.

## RESUMO

No presente estudo, realizado em Maringá-PR, teve-se por objetivo principal analisar os comportamentos, necessidades e utilização dos serviços de saúde entre homens adultos. Trata-se de estudo com duas vertentes metodológicas, uma quantitativa, de corte transversal e de base populacional (inquérito domiciliar) com 421 homens residentes na área urbana do município, com idades entre 20 e 59 anos, e outra qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com dez homens. Os dados quantitativos foram coletados entre janeiro e julho de 2013 por meio de instrumento estruturado e analisados com o uso de estatística descritiva e inferencial (Qui-quadrado e regressão logística). Os dados qualitativos foram coletados entre setembro e novembro de 2013, por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à Análise de Conteúdo, modalidade temática. Os resultados mostraram que os homens com maior renda e plano de saúde relataram, com frequência, o consumo abusivo de álcool e o fumar apresentou associação com não ter religião e menor nível de escolaridade. A faixa etária de 30 a 39 anos e o trabalho mostraram-se associados à atividade física insuficiente, e a classe econômica C à dieta inadequada. Ausência de companheira e classe econômica D mostraram-se associadas à situação vacinal inadequada e a não realização de exames preventivos. A não realização de atividades de lazer predominou entre homens com mais de 50 anos e da classe econômica C. A prevalência de utilização dos serviços de saúde nos últimos três meses foi de 42,8% e as variáveis associadas foram: “status ocupacional”, “plano de saúde”, “tipo de gestão do serviço”, “internação no último ano” e “morbidade referida”. Quanto à utilização de serviços públicos de saúde verificou-se: prevalência de 56,3%, sendo maior entre homens com nível fundamental de escolaridade, sem plano de saúde e sem companheira, que tiveram maior contato com enfermeiros e outros profissionais; buscaram os serviços mais frequentemente por doença; relataram morbidade, enfrentaram dificuldades para atendimento, classificaram os serviços como regulares e consideraram a atenção e a prontidão os aspectos mais importantes no atendimento à saúde. Na análise quantitativa dos indicadores de necessidades de saúde constatou-se que a faixa etária e o status ocupacional mostraram-se associados à autopercepção da saúde regular/ruim e à morbidade referida. Na análise qualitativa foi possível compreender que as necessidades de saúde incluem boa alimentação, prática de atividade física, realização de exames periódicos, exercício da religiosidade/espiritualidade, ter um trabalho e manter boas relações interpessoais, além da situação econômica, do local onde mora e o acesso a serviços de saúde. Verificou-se que os homens procuraram os hospitais, principalmente para atender suas necessidades de natureza clínica e que a atenção a estas deve envolver articulação política intersetorial e postura respeitosa dos profissionais de saúde. As percepções masculinas são perpassadas por questões de gênero e o modo como os homens pensam sua saúde é influenciado pela mulher, seja ela sua esposa ou mãe. Os achados do presente estudo reforçam que as variáveis socioeconômicas e demográficas são importantes, pois se mostraram associadas aos comportamentos em saúde. A prevalência de utilização dos serviços de saúde mostrou-se semelhante à de outros estudos, e verificou-se que outras variáveis, além das

socioeconômicas e demográficas, devem focalizar as ações de prevenção na saúde do homem como a internação recente, a presença de morbidade e até mesmo o tipo de gestão do serviço de saúde. Quanto à utilização dos serviços públicos de saúde constatou-se que o atendimento ao homem requer atenção, prontidão e ainda carece de melhorias. As necessidades de saúde puderam ser analisadas sob diferentes aspectos, o que possibilita que o enfermeiro amplie seu olhar sobre as necessidades dos homens, identificando variáveis que possam indicá-las, além dos fatores associados e as percepções masculinas acerca delas.

**Palavras-chave:** Saúde do homem. Perfil de saúde. Serviços de saúde. Gênero e Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Enfermagem.

ARRUDA, G. O. **Men's health in the city of Maringá, Paraná, Brazil:** behaviors, needs and use of health services. 179 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon. Maringá, 2013.

## ABSTRACT

The main purpose of the present study, conducted in the city of Maringá, state of Paraná, Brazil, was to analyze behaviors, needs and use of health services among adult men. This research is constituted of two methodological approaches: one quantitative, cross-sectional and population-based (household survey), counting with the participation of 421 men living in the urban area of the city, aged between 20 and 59 years old, and another one qualitative, descriptive and exploratory, conducted with 10 men. Quantitative data was collected between January and July 2013, through structured instrument, and analyzed through descriptive and inferential statistics (chi-square test and logistic regression). Qualitative data was collected between September and November 2013 through semi-structured interviews and subjected to Content Analysis, a thematic modality. The results show that men with higher income and a health plan often reported abusive alcohol consumption, and smoking habit presented association with not having a religion and lower level of educational attainment. The age group from 30 to 39 years old and the job were linked to insufficient physical activity, and the economic class C to inadequate diet. Absence of a partner and the economic class D were associated with inadequate immunization status and neglect of preventive health exams. Absence of leisure activities was predominant among men over 50 years old and among those of the economic class C. The prevalence of use of health services in the last three months was of 42.8%, and associated variables were "occupational status", "health plan", "management type of the service", "hospitalization in the last year" and "reported morbidity". Regarding use of public health services, a prevalence of 56.3% was observed, being higher among men with elementary education, without health plan and without a partner, who had a greater contact with nurses and other professionals, searched for the services often due to illness, reported morbidity, were faced with difficulties regarding assistance, classified the services as regular, and judged attention and promptness as the most important aspects in healthcare. In the quantitative analysis of health needs indicators, age group and occupational status were associated with self-perception of regular/poor health and reported morbidity. In the qualitative analysis, it was possible to understand that health needs include good diet, practice of physical activity, performance of periodic exams, exercise of religiosity/spirituality, having a job and maintaining good interpersonal relationships, besides economic status, place of residence and access to health services. It was observed that men look for hospitals mainly to meet their needs of clinical nature, and that attention to these needs should involve political intersectorial articulation and respectful attitude from health professionals. Male perceptions are crossed by questions of gender, and the way men think about their health is influenced by women, whether their spouses or mothers. The findings of the present study reinforce that socioeconomic and demographic variables are important, because they were associated with health-related behaviors. The prevalence of use of health services were similar to that of other studies, and other variables, besides socioeconomic and demographic, should be focused on prevention actions for men's health, such as recent hospitalization, presence of morbidity and even the management type of the health service. As for the use of public health services, assistance

to men requires attention, promptness and improvements. Health needs could be analyzed under different approaches, which allows nurses to expand their view over the needs of men, identifying variables that can indicate them, associated factors and male perceptions on them.

**Keywords:** Men's health; Health profile; Health services; Gender and Health; Needs and Demands of Health Services; Nursing.

ARRUDA, G. O. **Salud del hombre en el Municipio de Maringá-PR**: comportamientos, necesidades y utilización de los servicios de salud. 179 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá. Líder: Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon. Maringá, 2013.

## RESUMEN

El presente estudio, realizado en Maringá-PR, tuvo por objetivo principal analizar los comportamientos, las necesidades y la utilización de los servicios de salud entre hombres adultos. Se trata de un estudio con dos vertientes metodológicas, una cuantitativa, de cohorte transversal y de base poblacional (averiguación domiciliaria) con 421 hombres residentes en el área urbana del municipio, con edades entre 20 y 59 años, y otra cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada junto a diez hombres. Los datos cuantitativos fueron recolectados entre enero y julio de 2013 por medio de instrumento estructurado, y analizados con el uso de estadística descriptiva e inferencial (ji-cuadrado y regresión logística). Los datos cualitativos fueron recolectados entre septiembre y noviembre de 2013, por medio de entrevista semiestructurada y sometidos al Análisis de Contenido, modalidad temática. Los resultados muestran que, los hombres con mayor renta y plan de salud refirieron con frecuencia el consumo abusivo de alcohol y el fumar presentó asociación con no tener religión y menor nivel de escolaridad. La franja de edad de 30 a 39 años y el trabajo se mostraron asociados a la actividad física insuficiente, y la clase económica C a la dieta inadecuada. Ausencia de compañera y clase económica D se mostraron asociadas a la situación de vacuna inadecuada y la no-realización de exámenes preventivos. La no-realización de actividades de ocio predominó entre hombres con más de 50 años y de la clase económica C. La prevalencia de utilización de los servicios de salud en los últimos tres meses fue de 42,8% y las variables asociadas fueron: “estatus ocupacional”, “plan de salud”, “tipo de gestión del servicio”, “internación en el último año” y “morbilidad referida”. En cuanto a la utilización de servicios públicos de salud se verificó prevalencia de un 56,3%, siendo mayor entre hombres con nivel fundamental de escolaridad, sin plan de salud y sin compañera, que tuvieron mayor contacto con enfermeros y otros profesionales, buscaron los servicios más frecuentemente por enfermedad, refirieron morbilidad, enfrentaron dificultades para la atención, clasificaron los servicios como regulares y que juzgaron la atención y la prontitud como los aspectos más importantes en la atención a la salud. En el análisis cuantitativo de los indicadores de necesidades de salud, se constató que la franja de edad y el estatus ocupacional se mostraron asociados a la autopercepción de la salud regular/mala y a la morbilidad referida. En el análisis cualitativo, fue posible comprender que las necesidades de salud incluyen buena alimentación, práctica de actividad física, realización de exámenes periódicos, ejercicio de la religiosidad/espiritualidad, tener un trabajo y mantener buenas relaciones interpersonales, además de la situación económica, el local donde vive y el acceso a servicios de salud. Se verificó que los hombres buscan los hospitales, principalmente, para atender sus necesidades de naturaleza clínica y la atención a estas debe, aun, involucrar articulación política intersectorial y postura respetuosa de los profesionales de salud. Las percepciones masculinas van más allá de las cuestiones de género y el modo como los hombres piensan su salud es influenciado por la mujer, sea ella su esposa o madre. Los hallazgos del presente estudio refuerzan que las variables socioeconómicas y demográficas son importantes, pues se mostraron asociadas con los

comportamientos en salud. La prevalencia de utilización de los servicios de salud se mostró semejante a la de otros estudios, y aun se verificó que otras variables, además de las socioeconómicas y demográficas, deben ser enfocadas en las acciones de prevención en la salud del hombre como la internación reciente, la presencia de morbilidad y hasta mismo el tipo de gestión del servicio de salud. En cuanto a la utilización de los servicios públicos de salud, se constató que la atención al hombre requiere atención, prontitud y aun carece de mejorías. Las necesidades de salud pudieron ser analizadas bajo diferentes abordajes, lo que posibilita que el enfermero amplíe su visión sobre las necesidades de los hombres, identificando variables que las puedan indicar, los factores asociados y las percepciones masculinas acerca de ellas.

**Palabras clave:** Salud del hombre; Perfil de salud; Servicios de salud; Género y Salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Enfermería.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido junto a homens residentes em diferentes áreas do Município de Maringá-PR, e teve por objetivo geral analisar os comportamentos, as necessidades e a utilização dos serviços de saúde por homens adultos no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Os resultados obtidos neste estudo compõem cinco artigos científicos correspondentes aos objetivos específicos propostos no projeto de dissertação.

**Artigo 1: Comportamentos em saúde de homens adultos, segundo características socioeconômicas no Sul do Brasil.** Objetivo: Verificar o perfil do comportamento em saúde de acordo com as características socioeconômicas na população de homens adultos.

**Artigo 2: Utilização dos serviços de saúde por homens adultos em município no Sul do Brasil.** Objetivo: Estimar a prevalência e analisar fatores associados ao uso dos serviços de saúde por homens adultos, segundo as características socioeconômicas, demográficas e a utilização dos serviços de saúde.

**Artigo 3: Fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos no Sul do Brasil.** Objetivo: identificar a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços públicos de saúde por homens adultos.

**Artigo 4: Fatores associados aos indicadores de necessidades em saúde entre homens adultos: estudo transversal.** Objetivo: identificar fatores associados aos indicadores das necessidades de saúde de homens adultos.

**Artigo 5: Compreensão das necessidades de saúde sob a perspectiva de homens adultos: subsídios para a enfermagem.** Objetivo: Compreender as necessidades de saúde na perspectiva de homens adultos.

As demais seções desta dissertação estão estruturadas em Introdução, Objetivos, Justificativa, Quadro Teórico, Metodologia, Considerações Finais, Implicações para a Enfermagem e Referências.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
AP	Área de Ponderação
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COPEP	Conselho Permanente de Ética em Pesquisas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HL	<i>Hosmer and Lemeshow</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INS	Índice de Necessidades de Saúde
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
NEPAAF	Núcleo de Estudos, Pesquisas, Assistência e Apoio à Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pronto Atendimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PR	Paraná
RMM	Região Metropolitana de Maringá
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Apresentação da população de homens com idade entre 20 e 59 anos, por Área de Ponderação (AP) e respectivas subamostras calculadas para a seleção dos indivíduos e sistemática de coleta dos dados .....	53
Figura 1	Mapa simplificado do Município de Maringá, dividido por Áreas de Ponderação .....	55

### ARTIGO 5

Quadro 1	Caracterização dos homens adultos participantes do estudo, Maringá-Paraná, 2013 .....	133
----------	---	-----

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

Tabela 1	Consumo abusivo de álcool e tabagismo, segundo características socioeconômicas em análise univariada, homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	70
Tabela 2	Atividade Física Insuficiente e Padrão Alimentar Inadequado, segundo características socioeconômicas em análise univariada, homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	71
Tabela 3	Situação vacinal inadequada e não realização de exames preventivos de rotina, segundo características socioeconômicas em análise univariada, homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	72
Tabela 4	Automedicação e não prática de lazer, segundo características socioeconômicas, homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	74

### ARTIGO 2

Tabela 1	Descrição, análise univariada e ajustada (modelo de regressão logística múltipla) da utilização dos serviços de saúde por homens adultos nos últimos três meses, segundo características socioeconômicas e demográficas, Maringá, PR, 2013 .....	88
Tabela 2	Descrição, análise bruta e ajustada (modelo de regressão logística múltipla) da utilização dos serviços de saúde por homens adultos nos últimos três meses, segundo variáveis de utilização e de saúde, Maringá, PR, 2013 .....	89

### ARTIGO 3

Tabela 1	Análises univariada e múltipla da associação de características socioeconômicas e demográficas com a utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	105
Tabela 2	Análises univariada e múltipla da associação de variáveis de utilização de serviço de saúde com a utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	106
Tabela 3	Análises univariada e múltipla da associação de variáveis de satisfação com a utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	107

### ARTIGO 4

Tabela 1	Análise logística múltipla das associações entre variáveis socioeconômicas e demográficas com auto percepção da saúde, homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	122
Tabela 2	Análise logística múltipla das associações entre variáveis socioeconômicas e demográficas com morbidade referida, homens adultos, Maringá, PR, 2013 .....	123

## SUMÁRIO

1	<b>APROXIMAÇÃO AO TEMA</b> .....	20
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
3	<b>QUADRO TEÓRICO</b> .....	29
3.1	<b>Perfil epidemiológico da saúde do homem</b> .....	29
3.2	<b>Gênero, masculinidades e comportamentos em saúde</b> .....	33
3.3	<b>Necessidades de saúde e utilização dos serviços</b> .....	38
3.4	<b>O Enfermeiro e a atenção à saúde do homem</b> .....	42
4	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	45
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	47
5.1	<b>Geral</b> .....	47
5.2	<b>Específicos</b> .....	47
6	<b>METODOLOGIA</b> .....	48
6.1	<b>Tipo de Estudo</b> .....	48
6.1.1	<i>Abordagem quantitativa</i> .....	48
6.1.2	<i>Abordagem qualitativa</i> .....	50
6.2	<b>Local de Estudo</b> .....	50
6.3	<b>População do Estudo</b> .....	51
6.4	<b>Amostra e Amostragem</b> .....	52
6.5	<b>Coleta de dados e instrumentos utilizados</b> .....	54
6.5.1.	<i>Coleta dos dados quantitativos</i> .....	55
6.5.2	<i>Coleta dos dados qualitativos</i> .....	58
6.6	<b>Análise dos dados</b> .....	59
6.6.1	<i>Quantitativos</i> .....	59
6.6.2	<i>Qualitativos</i> .....	61
6.7	<b>Aspectos Éticos</b> .....	62
7	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	64
7.1	<b>Artigo 1</b> .....	65
7.2	<b>Artigo 2</b> .....	83
7.3	<b>Artigo 3</b> .....	99
7.4	<b>Artigo 4</b> .....	118

7.5	<b>Artigo 5</b> .....	129
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	145
9	<b>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM</b> .....	149
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	151
	<b>APÊNDICES</b> .....	169
	<b>ANEXOS</b> .....	174

## 1 APROXIMAÇÃO AO TEMA

Aos dezesseis anos de idade, pouca ou nenhuma noção eu tinha do que gostaria de fazer em minha vida profissional. Os questionamentos me instigavam e angustiavam: que carreira seguir? Como encontrar a profissão na qual eu possa me destacar, despertar o melhor que há em mim, me sentir satisfeito e ainda obter retorno financeiro? Onde buscar essa oportunidade? Atender ou não aos anseios familiares e sociais? Na pequena cidade onde fui criado — Amambai — situada ao sul do Estado de Mato Grosso do Sul (MS), eu não conseguia vislumbrar a oportunidade ideal para ingressar na universidade. Certa vez, em conversa com meu pai, ele citou como minha tia Débora sagrou-se vitoriosa em sua vida, sobretudo no aspecto profissional, na condição de enfermeira. Precisou sair da cidade onde morava, enfrentou inúmeras dificuldades, porém, venceu, conquistou seu espaço como profissional da enfermagem, constituiu família, e se fez exemplo a ser seguido.

Inspirado também por minha avó paterna que trabalhou e sustentou por muitos anos sua família, a partir do trabalho na enfermagem, enfrentei vestibulares em duas universidades públicas do MS, nas quais obtive aprovação. Optei por estudar mais perto de casa e por isso passei a morar em Dourados, onde cursei minha graduação em enfermagem, entre os anos de 2008 e 2011. Ao longo de minha experiência acadêmica de graduação entrei em contato com as seguintes atividades: projeto de extensão em educação em saúde com trabalhadores da reciclagem; monitoria acadêmica; iniciação científica; estágio de vivência em extensão popular e eventos científicos. Nas atividades de extensão e monitoria pude exercitar o dom da fala; na vivência em comunidade promovida pelo estágio de vivência aprendi sobre relações humanas; na pesquisa fui motivado a questionar, buscar e entender o “porquê” das coisas.

Em todas as atividades procurei participar, sem saber do que se tratavam, pois queria aprender! No primeiro ano de iniciação científica trabalhei com pesquisa qualitativa sobre uso de medicamentos, junto a homens idosos polimedicados. A princípio me perguntei: por que homens? Porque não incluir mulheres e crianças? Por que excluir estas pessoas? Com a aproximação que tive aos primeiros textos percebi que os sujeitos deste estudo eram, de certa forma, excluídos. Eles falavam sobre seus medicamentos, mas mostravam muito mais do que a posologia ou o efeito desses artifícios. Ao mesmo tempo

em que se mostravam fortes, deixavam escapar a dependência, um lado sensível, que se escondia por trás do corpo velho e surrado pelo tempo.

No segundo ano de iniciação científica (também qualitativa) trabalhei com transplantados renais, entre homens e mulheres, sobre o uso de imunossuppressores, porém, continuei a observar as falas masculinas. No último ano de graduação, após apresentação de meu TCC, comentei com meu orientador que iria cursar o mestrado, mas também faria a residência, pois não tinha um rumo certo traçado em meu pensamento. Ele me encorajou a me enveredar por outros campos de pesquisa, investigar temas diferentes daqueles com os quais trabalhei na graduação. Senti-me desafiado, embora muito inseguro, a buscar outros horizontes, e decidi tentar a seleção do mestrado com um projeto centrado em outro tema: o enfrentamento de familiares de crianças e adolescentes com Aids adquirida por transmissão vertical. Elaborei essa proposta pensando na linha de pesquisa principal da Professora Sonia (Famílias), com a qual entrei em contato solicitando autorização para citá-la como provável orientadora, à semelhança de minha tia que fora orientanda dela no mestrado em Ciências da Saúde na UEM.

Fui aprovado! Grande alegria, porém, eu não poderia seguir com a proposta inicial de pesquisa, pois deveria definir outra proposta que atendesse a uma lacuna maior do conhecimento em saúde. Pesquisei na literatura, em busca de uma temática que fosse instigante e que contribuísse para a atuação da enfermagem, evidenciando cinco artigos de diferentes temas que me chamaram a atenção, dentre os quais, um artigo sobre necessidades em saúde e masculinidades, logo pensei: “gostei muito deste artigo, me interessei pelo tema, mas não vou expandir meus horizontes como sugeriu meu orientador da graduação”. Em uma reunião do grupo de pesquisas apresentei uma síntese de cada artigo, sugerindo pesquisas a serem realizadas sobre cada objeto. Deixei a “ideia da saúde do homem” por último, mas quando cheguei nela percebi que minha orientadora gostou e comprou a ideia comigo. Passei a ler um pouco mais sobre a saúde do homem e percebi que poderia ampliar meu olhar em pesquisas dentro de uma mesma área.

Compreendi que na relação do homem com sua saúde ainda há muitas questões a serem respondidas e que a enfermagem deve, cada vez mais, buscar uma aproximação com esse tema. Percebi que “não estávamos sozinhos” quando a Professora Sonia citou o projeto que estava sendo realizado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, sobre avaliação da implementação da política de saúde do homem

em Cuiabá. Também verifiquei que nos últimos dois anos a publicação de enfermagem sobre a saúde do homem aumentou significativamente, o que considero positivo.

Entre outras razões para minha aproximação ao tema, penso que a própria relação com meu pai colaborou para isso. Embora ele não se cuide como deveria, tenho em meu pai uma referência muito importante como homem, por seus conselhos, comportamento, postura, o próprio papel de pai que tão bem ele cumpre. A história de meu avô paterno que teve sérios problemas com a dependência alcoólica e com o qual eu tive quase nenhuma convivência (mas gostaria de tê-lo conhecido a fundo) também me instigam a investigar e entender que fatores perpassam a relação de um homem com sua saúde. Por outro lado, a convivência mais próxima com meu avô materno também me fez conhecer princípios de um bom homem, digno, íntegro e honesto, mas que sucumbiu frente ao adoecimento (Mal de Alzheimer), à perda da memória e à independência para o autocuidado, o que tão bem fazia quando ainda era capaz.

Talvez minha insegurança também tenha feito com que eu me aproximasse do tema “saúde do homem” por não me sentir imune a tudo, embora muitas vezes me comportasse como se fosse invulnerável. Hoje, pensando sobre o assunto, ensaiei a seguinte reflexão: não pode haver paradoxo mais perfeito do que “ser homem”, e aproximar-se da temática “saúde do homem”, pois, ao mesmo tempo em que me incluo no objeto de estudo enquanto homem também me distancio enquanto “ser em busca de saúde”, que enfrenta barreiras culturais, muitas vezes construídas no imaginário individual e coletivo.

## 2 INTRODUÇÃO

A saúde do homem vem se consagrando como um assunto que tem favorecido a emergência de relevantes discussões, despertando o interesse de profissionais de saúde e pesquisadores. No contexto científico já existe importante corpo de conhecimento produzido acerca dos aspectos que envolvem o homem e sua saúde, sendo que os primeiros estudos realizados passaram a ser desenvolvidos na década de 1970, nos Estados Unidos, quando ressaltavam os déficits em saúde e as diferenças entre os sexos em relação ao comportamento em saúde e ao adoecimento (GOLDBERG, 1976; NATHANSON, 1977; MECHANIC, 1978).

Por meio desses estudos (GOLDBERG, 1976; NATHANSON, 1977; MECHANIC, 1978) evidenciou-se um contexto de dualidade: por um lado, as taxas de morbimortalidade revelavam que os homens estavam em grande desvantagem quando comparados às mulheres; por outro verificava-se que os homens gozavam de maior poder social, sobressaíam no trabalho e se mantinham nos níveis mais elevados das classes econômicas (COURTENAY; KEELING, 2000).

Esse contexto dual motivou fortemente a inclusão da saúde do homem na agenda das pesquisas no mundo todo, as quais avançaram no sentido de não considerar apenas os aspectos biológicos, mas, a partir do rompimento de fronteiras disciplinares, discutirem outras vertentes que melhor explicassem o contexto da saúde do homem de modo integral e ainda que respondessem a questionamentos pertinentes: Em que medida fatores biológicos e sociais impactam a saúde do homem? De que modo cada homem se comporta em relação à sua saúde? (MCKINLAY, 2005).

À época, os estudos, influenciados por teorias e políticas feministas, seguiam uma linha que criticava o modelo biomédico vigente, pautando-se na concepção de que a construção social da masculinidade tradicional refletia-se em déficits na qualidade de vida e saúde dos homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). A prática de um modelo de masculinidade hegemônico continuou influenciando o comportamento masculino em saúde até a atualidade, porém, na década de 1980, as discussões sobre questões relativas à saúde do homem e o exercício da masculinidade ganharam maior consistência à medida que a problematização do tema passou a considerar importante a inclusão de questões relativas à

discussão de gênero, e não mais apenas o papel sexual (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Em decorrência desse avanço nas discussões, outras possibilidades de masculinidade foram reconhecidas e não apenas o modelo considerado tradicional, pois o conjunto de características, valores e condutas que a sociedade espera do homem variam conforme os diferentes grupos em que ele estiver inserido, os quais, por sua vez, divergem no que tange ao aspecto cultural (GOMES, 2010).

Desse modo, além do exercício da masculinidade, outros fatores — o modelo de atenção à saúde, nacionalidade, classe econômica, idade, raça/etnia, orientação sexual, relações geracionais — interferem na forma com que os homens pensam e preservam sua saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006; CUNHA; REBELLO; GOMES, 2012).

Nos anos de 1990 emergiram as noções de poder no processo de saúde, e a partir de tal conceito passou-se a buscar a compreensão da forma como ocorrem os diversos fenômenos que interferem na saúde do homem. Porém, os estudos desenvolvidos até aquele período histórico, em sua maioria produzidos nos Estados Unidos e Europa, já influenciavam os diálogos sobre a saúde do homem no Brasil, a qual entrou na pauta de pesquisas acadêmicas em meados da década de 1980 (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Os estudos brasileiros sobre saúde do homem têm se concentrado em questões como acesso aos serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002), perfil de morbimortalidade (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005), representações sobre saúde e adoecimento em determinados grupos sociais (NARDI, 1988; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; FIGUEIREDO, 2008), além da relação entre o homem e a socialização das suas necessidades de saúde (SCHRAIBER et al., 2010). Tais estudos têm colaborado para o desenvolvimento de iniciativas voltadas à criação de ações integradas de atendimento das necessidades em saúde do homem.

O Ministério da Saúde, ao reconhecer os agravos à saúde relacionados ao sexo masculino - elevadas taxas de internações e mortalidade por causas externas (acidentes de trânsito, agressões e suicídio), transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso abusivo de álcool, doenças dos aparelhos circulatório, digestivo e respiratório, além das neoplasias oriundas principalmente dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário – como problemas de saúde pública, formulou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), aliada à Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,

2009a). Além disso, a saúde do homem foi tomada como prioridade no Pacto pela Saúde, estabelecida pela Portaria 2.669/2009 referente ao biênio 2010-2011 (BRASIL, 2009b).

Entretanto, mesmo diante das intervenções políticas empregadas, algumas questões ainda se fazem pendentes em relação à saúde do homem, possivelmente porque, conforme supõem Carrara, Russo e Faro (2009), a política implantada em nome dos homens não contou com a participação efetiva deles para sua elaboração, descaracterizando qualquer manifestação ou movimento social. Apesar disso, ressaltam-se, no âmago da política, dados que colocam o homem em situação de vulnerabilidade, principalmente em relação às condições crônicas e de maior gravidade (BRASIL, 2009a).

Ressalta-se, ainda, que os homens morrem mais precocemente e que, em sua maioria, adentram no sistema de saúde preferencialmente por meio dos serviços de pronto atendimento e hospitalares, apresentando-se como minoria nos serviços de atenção básica, os quais deveriam ser, por definição, a principal porta de entrada do sistema público de saúde no Brasil (BRASIL, 2009b). Indicadores de saúde mostram que existe um diferencial entre homens e mulheres em relação à mortalidade, sendo que os homens apresentam taxa de mortalidade sempre maior, em todas as idades e para quase a totalidade das causas, o que também se reflete em sua expectativa de vida (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005).

Em revisão de literatura, Gomes e Nascimento (2006) trazem à tona os resultados de estudos relacionados à resistência masculina às práticas de prevenção e promoção da saúde, ressaltando que o poder social dos homens e o senso de masculinidade dificultam a adoção de comportamentos e convicções mais saudáveis. Nessa associação do poder com a masculinidade os homens não se veem atraídos por prevenção, tampouco em buscar os serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Como resultante desse modelo cultural de gênero verificam-se marcadas diferenças nas taxas de mortalidade por causas evitáveis entre homens e mulheres, e que apontam para o maior número de óbitos masculinos, tanto em regiões desenvolvidas quanto naquelas em desenvolvimento, sobretudo entre os mais jovens (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009; SOUZA et al., 2012).

Diferenciais nas características de saúde entre os sexos são bem conhecidos, e determinantes biológicos e questões de gênero impulsionaram amplas discussões nos países americanos (LAURENTI et al., 1998). Fatores como o envelhecimento populacional, aumento da morbimortalidade decorrente da violência, exposição a riscos ambientais, causas associadas ao estilo de vida, comportamentos e alterações das

características das doenças infecciosas influenciaram toda a população, e ainda mais a vida do homem (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005).

De acordo com Laurenti, Mello Jorgeo e Gotlieb (2005), dentre as principais causas de internação entre os homens estão, em primeiro lugar, as doenças do sistema respiratório, seguidas das doenças do sistema circulatório, infecciosas, do sistema digestivo e lesões. Além disso, existem alguns outros agravos importantes associados ao homem: o elevado coeficiente de incidência de Aids, o efeito do alcoolismo sobre a saúde (em suas várias formas), transtornos mentais, cirrose hepática e o estilo de vida que exerce influência sobre as condições de saúde.

Em consonância com essa linha de pensamento, para Chiavegatto Filho e Laurenti (2012) os indivíduos do sexo masculino apresentam maior vulnerabilidade desde o nascimento, trabalhando com a possibilidade da existência de provável vulnerabilidade inata masculina, de caráter biológico. A despeito da questão biológica, Figueiredo e Schraiber (2011) ressaltam que os homens têm dificuldade em expressar suas necessidades de saúde, principalmente nos espaços do serviço de atenção primária à saúde, por ser concebido como um lugar para mulheres e crianças. Outro fator que pode configurar situação de desconforto para o homem, representada pela sensação de não pertencimento ao ambiente, seria a predominância de mulheres na composição da equipe de saúde (COUTO et al., 2010).

As concepções que permeiam o uso dos serviços de saúde derivam de modelos de masculinidade que, por sua vez, repercutem sobre o cuidado em saúde. Essas concepções sofrem influência de significados e representações sobre o trabalho, o corpo, a sexualidade, a contraposição à mulher e às transformações nas relações de gênero (FIGUEIREDO, 2005). O processo identitário masculino envolve questões importantes como o determinismo biológico e os significados e características percebidas no corpo e, por isso, torna-se mais cômodo não crer na construção social e cultural das relações e sim na naturalidade dominante das relações, ou seja, nos determinantes biológicos inatos ao homem (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Esse processo associa-se à própria socialização exercida pelo homem, em que o cuidado não representa uma prática inerente ao sexo masculino, pois ameaça concepções, entre as quais o próprio conceito de masculinidade, a invulnerabilidade, a força e a virilidade que imperam como valores essenciais do “ser homem”. Logo, ao buscar o serviço de saúde, o homem estaria mostrando-se sensível e fraco, movido por medo, ansiedade e insegurança, colocando sua masculinidade em discussão entre seus pares (LYRA-DA-FONSECA et al., 2003).

Os serviços de saúde estão caracterizados de forma em que o próprio ambiente acaba por não favorecer a presença e a permanência dos homens, principalmente no que tange ao serviço de atenção primária à saúde. Os materiais de propaganda em saúde denotam uma essência feminina e que não atrai os homens para o contato com tais conteúdos (aleitamento materno, prevenção de DST e HIV/Aids, pré-natal). Mesmo com alguns sinais sutis de inclusão do gênero masculino, atualmente, nessas abordagens, isso não leva as equipes a implementarem suas ações, no sentido de oferecer maior atenção à saúde masculina (COUTO et al., 2010).

Em consequência, estratégias para colaborar com o enfrentamento da pequena presença masculina no serviço de saúde têm sido empregadas pelo Brasil: alterações no horário de atendimento disponível, oferta de turnos de 24 horas, atendimento em horário de almoço e aos sábados. Nessas experiências percebe-se a presença de homens que acabam de sair do trabalho, reforçando que o mesmo é um fator que, supostamente, restringe a presença de muitos deles nos serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Existem, ainda, atividades que se pautam na abordagem educativa. Em experiência relatada por Bursztyn (2008), o *Projeto Homens Jovens e Saúde* é fundamentado por atividades educativas, visando ao alcance de adolescentes do sexo masculino para sensibilizá-los a procurarem o serviço de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção. Em relação aos profissionais de saúde percebe-se maior engajamento na realização das atividades que contemplem as demandas de saúde de homens jovens. Portanto, busca-se, assim, permitir ao homem que ele acesse o serviço de saúde com maior frequência, que se sensibilize no tocante a expressar suas demandas em saúde, visando a resistir à cumplicidade que ele mantém com a masculinidade hegemônica como expressão de sua dominação sobre as mulheres. No entanto, há que se considerar a hipótese de que a invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária à saúde está também contida nas maneiras como gestores e profissionais de saúde se posicionam nas estratégias e na organização da assistência (COUTO et al., 2010).

Considera-se, ainda, o fato de que os próprios homens reforçam algumas representações de dificuldade em buscar o serviço, embora existam barreiras que o serviço impõe ao acesso do homem (COUTO et al., 2010). Os estudos realizados ainda são escassos, no sentido de abordar o exercício das masculinidades atrelado às necessidades de saúde dos homens (SCHRAIBER et al., 2010). As questões socioculturais do contexto de

cada homem são essenciais para que se conheça, de fato, a gênese de suas necessidades de saúde.

Outras variáveis, além das citadas, atinentes aos homens podem estabelecer relação com os comportamentos, a utilização dos serviços de saúde e as necessidades em saúde desse segmento da população. Cabe ressaltar que a identificação dessas variáveis, enquanto fatores que predispõem o modo como os homens manejam sua saúde e a evidência das suas reais condições de saúde, podem fortalecer o enfrentamento de iniquidades em saúde mediante a facilitação e ampliação do acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, conforme destacam os objetivos da política nacional de atenção à saúde do homem (BRASIL, 2009a).

### 3 QUADRO TEÓRICO

#### 3.1 Perfil epidemiológico da saúde do homem

A princípio, a análise do perfil epidemiológico da população masculina permite um modo de aproximação com a relação de homens com sua saúde. Logo, se faz relevante conhecer a forma com que os homens adoecem e morrem. Entende-se que os padrões de morbimortalidade não são uniformes, pois sofrem influência de diversos fatores, dentre os quais os diferenciais na distribuição das doenças entre homens e mulheres (FIGUEIREDO, 2008).

A expectativa de vida vem aumentando em todo o mundo, principalmente a partir da segunda metade do século XX, devido aos inúmeros avanços de cunho tecnológico que colaboraram para o diagnóstico e tratamento de doenças e, conseqüentemente, para o prolongamento da vida. No entanto, percebe-se que o tempo médio de vida dos homens é sempre menor do que o das mulheres, desde o início do século XX (de quando datam dados referentes à expectativa de vida no Brasil) até os dias atuais (LAURENTI et al., 1998).

Em estudo descritivo, em que foram analisados dados sobre a saúde masculina em países da Região das Américas, Laurenti et al. (1998) ressaltam diferenças no que tange ao perfil socioeconômico e ao suporte disponibilizado pelos serviços de saúde pública nas diferentes áreas do continente americano, em termos de programas e ações específicas, afirmando que tais diferenças influenciam o perfil de saúde dos homens. Nesse mesmo estudo os autores destacaram a queda da mortalidade geral, porém, em menor escala para os homens, fato que reforça a ideia de que o perfil socioeconômico e cultural de uma população tem influência direta nas formas de “andar a vida” dos indivíduos, parafraseando Merhy (2000).

Em relação aos principais grupos de causa de mortalidade nas Américas, Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005) identificaram: neoplasias malignas, doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares, acidentes e a violência. Mais especificamente no Brasil, as principais causas, em 2001, foram doenças do aparelho circulatório, lesões e causas

externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo, considerando-se todas as idades.

No levantamento epidemiológico da saúde do homem adulto no Brasil realizado por Schwarz (2012), esse autor verificou, em relação a dados mais atuais sobre morbidade (ano de 2010), o seguinte perfil: lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas responderam por mais de 30% das internações de homens com idade entre 20 e 29 anos; doenças do aparelho digestivo se destacaram nos homens com idade entre 40 e 49 anos, levando cerca de 15% destas a internações; as doenças do aparelho circulatório aumentaram com a idade, representando 21% das internações entre homens de 50 a 59 anos; doenças do aparelho respiratório também se destacaram entre os homens mais velhos; as internações por transtornos mentais e comportamentais reduziram, no entanto, causaram 10% das internações de homens com idade entre 30 e 39 anos; neoplasias também chegaram a quase 10% das internações, porém para os homens com idade entre 50 e 59 anos.

Quanto à mortalidade, no mesmo estudo o autor levantou dados referentes ao ano de 2009, e constatou que as mesmas causas que levam a internações sobressaem na causalidade dos óbitos masculinos, mas com algumas diferenças: as causas externas (diagnóstico secundário) respondem por volta de 75% dos óbitos de homens com idade entre 20 e 29 anos; os óbitos por neoplasias chegam a quase 20% entre os homens com idade entre 50 e 59 anos; nessa mesma faixa etária destacam-se os óbitos por doenças do aparelho circulatório, com proporção de 30% (SCHWARZ, 2012).

Em um estudo que objetivou analisar os diferenciais de mortalidade por causas evitáveis (excluindo-se várias causas evitáveis por prevenção primária e causas externas – critérios do estudo) nas populações masculina e feminina brasileiras, no período de 1983 a 2005, os autores constataram maior risco de morte para os homens em todos os grupos de causas evitáveis, e aumento desse risco, em comparação às mulheres, com o avanço da idade, especialmente em indivíduos acima dos 45 anos (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009).

Nesse mesmo estudo, os homens apresentaram risco maior do que as mulheres em 14% por causas evitáveis por diagnóstico e tratamento precoce, 30% para melhora no tratamento e na atenção médica e em 117% para as mortes por doenças isquêmicas do coração. Ressalta-se que os autores também constataram maior aumento na expectativa de

vida para os homens (dois anos) quando foram removidas as mortes por causas evitáveis mediante diagnóstico e tratamento precoce (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009).

Ainda quanto à mortalidade masculina foi realizado importante estudo com base em dados de mortalidade do IBGE e de Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde relativos às capitais São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, no qual Luizaga (2010) verificou que: até os 24 anos os óbitos masculinos predominaram nas três capitais, sendo que a partir dessa idade, observou-se aumento dos óbitos femininos e razões entre os sexos cada vez menores; as causas externas destacaram-se como em outros estudos, com coeficientes padronizados ao final da série temporal (2005/2007), por cem mil habitantes, de 165,8 em São Paulo, 336,2 no Rio de Janeiro e de 236,1 em Porto Alegre (LUIZAGA, 2010).

Dentre as causas externas, as agressões influenciam destrutivamente a saúde da população masculina no Brasil, segundo aponta estudo de magnitude nacional, referente ao período de 1996 a 2007, realizado com dados de fontes secundárias sobre agressão (SOUZA et al., 2012). Nesse estudo os autores encontraram relações homem/mulher de acometimento por agressões de 11,6, 4,5 e 2,8 vezes maior para mortalidade, internações e atendimentos em emergências, respectivamente. Entre homens de 15 a 29 anos, a taxa de mortalidade ficou em 92,8/100.000 habitantes. Os autores concluíram que os diferenciais entre os sexos iniciam na adolescência, ganham intensidade na idade adulta jovem e, mesmo perdendo força, mantêm-se até o fim da vida. As diferenças encontradas foram discutidas à luz de modelos culturais de gênero (SOUZA et al., 2012).

Em termos de morbidade hospitalar no Município de Maringá, de acordo com o DATASUS (2013a) verificou-se que, das 10.773 internações de indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, registradas entre agosto de 2012 e agosto de 2013 (excluindo-se internações por gravidez, parto e puerpério, afecções perinatais e diagnóstico secundário de causas externas), 57,8% (6.225) foram de internações masculinas; entre os homens, as causas mais frequentes de internação foram as lesões (29,5%), os transtornos mentais e comportamentais (19,3%) e as doenças do aparelho circulatório (8,7%). Já, entre as mulheres destacaram-se as neoplasias (19,2%), as lesões (13,6%) e as doenças do aparelho geniturinário (12,6%). A relação geral homem/mulher foi de, aproximadamente, 1,4, sendo que para algumas causas a relação homem/mulher sobressaiu como no caso das lesões (2,2) e dos transtornos mentais e comportamentais (1,9).

Em estudo realizado a partir de dados secundários sobre internações hospitalares do SUS, em Maringá, referentes ao período de 2000 a 2011, Arruda et al. (2013) evidenciaram que os grupos de causas de internação mais frequentes entre os homens foram: transtornos mentais, lesões e doenças circulatórias; e, entre as mulheres, destacaram-se: neoplasias, doenças circulatórias e geniturinárias.

Além disso, relatam os autores, as internações masculinas por lesões aumentaram em 68,4% do primeiro ao último triênio do período estudado; o sexo masculino mostrou-se associado significativamente a internações por transtornos mentais e lesões ao longo de todo o período, diferentemente do sexo feminino que esteve associado a causas de neoplasias, doenças circulatórias e geniturinárias; o tempo médio de permanência hospitalar foi maior para os homens durante todo o período; os autores concluíram que as diferenças no perfil de morbidade hospitalar, conforme os sexos, reforçam a necessidade de ações específicas que visem à redução das hospitalizações (ARRUDA et al., 2013).

Sobre a mortalidade em Maringá, dos 291 óbitos de indivíduos com idade entre 20 e 59 anos registrados entre 2012 e 2013, 63,9% (186) foram de homens; as principais causas de óbitos foram as doenças infecciosas e parasitárias (28%), as doenças do aparelho circulatório (17,2%) e as lesões (16,1%). Entre as mulheres foram mais frequentes os óbitos por neoplasias (29,5%), por doenças infecciosas e parasitárias (24,8%) e as doenças do aparelho respiratório (13,3%). A relação geral homem/mulher para mortalidade foi de 1,8; e, em causas específicas, as lesões atingiram 2,8, e as doenças do aparelho digestivo, 2,3 (DATASUS, 2013b).

Estabelecendo um paralelo entre esses dados e os relativos ao período de 1996 e 1998, as principais causas de óbito de homens foram doenças circulatórias, doenças respiratórias, neoplasias, causas externas e doenças digestivas (MATHIAS; MELLO JORGE, 2005). Em análise dos coeficientes de mortalidade em idosos, no período de 1979 a 2001, Mathias e Aidar (2010) também destacaram as doenças do aparelho circulatório como uma das principais causas de morte entre homens. Em outro estudo, também realizado em Maringá, os autores analisaram óbitos de residentes em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), ocasionados por doenças cerebrovasculares, e constataram que a maioria dos óbitos (56%) foi de indivíduos do sexo masculino (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008).

Suscita-se, assim, a importância da ênfase na abordagem à saúde masculina, dando visibilidade aos fatores que tornam frágil a saúde do homem. Frente ao exposto é possível

afirmar que, ao longo de um intervalo temporal, e com o avançar da idade, ocorrem algumas mudanças no perfil de mortalidade de homens, grupo que requer ainda maior atenção devido ao envelhecimento. Mesmo considerando-se a escassez de estudos que problematizem as diferenças entre os sexos para a morbidade, os dados existentes evidenciam a necessidade de atenção às características masculinas e aos fatores que perpassam os comportamentos em saúde.

Fatores de risco e de proteção às doenças crônicas, associados a comportamentos em saúde, também vêm sendo investigados no Brasil, principalmente por meio da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (BRASIL, 2012b). Nesse estudo de monitoramento, realizado anualmente com pessoas de várias idades, observaram-se os seguintes resultados para o ano de 2012: a prevalência de excesso de peso foi maior entre os homens (54,5%), no entanto, a obesidade foi maior para as mulheres (18,2%); a prevalência do consumo recomendado de frutas, verduras e legumes foi de 17,6% entre os homens e de 27,2% entre as mulheres; a frequência de atividade física no lazer foi maior para os homens (41,5% x 26,5% para as mulheres); o consumo abusivo de álcool é maior entre os homens adultos jovens, independente da escolaridade (BRASIL, 2012b).

Ante esses resultados, sobre o perfil epidemiológico da saúde do homem, cabe analisar de que modo a construção de gênero, em articulação com o exercício de masculinidades, repercute na saúde masculina.

### **3.2 Gênero, masculinidades e comportamentos em saúde**

Mesmo diante das características do perfil de adoecimento e morte dos homens, há que se considerar a lacuna existente no que diz respeito às desigualdades em saúde e seus preditores. Apesar de os homens adoecerem e morrerem mais que as mulheres, estudos revelam que os homens referem percepções de saúde em níveis bons, considerando que a própria saúde encontra-se boa, muito boa ou excelente (WHITE; CASH, 2004; COUTO et al., 2010).

Em estudo transversal realizado no município de Rio Grande, no Sul do Brasil, os autores constataram que, quando comparadas aos homens, as mulheres apresentavam

maior risco de referirem sintomas, em diferentes escalas (um sintoma, três ou mais sintomas ou um sintoma potencialmente sério), e ainda de apresentarem autopercepção do estado de saúde regular ou ruim (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2007). Os resultados desse estudo levaram os autores a concluir, com base na literatura pertinente, que esta marcada diferença na percepção e/ou informação sobre problemas de saúde pode ser explicada pelos diferenciais de comportamentos na procura por cuidados com a saúde, existentes entre homens e mulheres (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2007).

O reducionismo que os homens aplicam ao seu estado de saúde e ao autocuidado é determinado por questões culturais, sociais e ambientais que predizem formas de agir em sociedade para homens e mulheres. Requerem, portanto, que as discussões sobre a saúde masculina se façam à luz da perspectiva de gênero, categoria analítica do campo das Ciências Sociais que tem contribuído de maneira significativa para o campo de saúde, sobretudo no que tange às problemáticas relacionadas à saúde da mulher (FIGUEIREDO, 2008).

O modo como cada pessoa age e se comporta e ainda a maneira como seu papel, envolto por um modelo estereotipado, é internalizado, pensado, reforçado e socializado constitui-se no que se conhece por Gênero (INSTITUTO PROMUNDO, 2008). Seria, conforme Barbieri (1991), o sexo construído socialmente; Gomariz (1992) e Vale de Almeida (2000) também concordam que gênero é a elaboração cultural do sexo, permeada por significados que cada grupo social atribui ao ser homem e ao ser mulher. Couto (2001) avançou para além do sexo, enquanto dado natural, e ponderou que gênero constitui-se, antes de tudo, em uma rede que envolve interações sociais entre as mulheres, entre os homens, e dos homens com as mulheres.

A abordagem de gênero, embora tenha sido mais utilizada nos estudos sobre as mulheres e suas manifestações motivadas por desigualdades, machismo e dominação masculina, abarca, segundo Scott (1995), tanto homens quanto mulheres. Para essa autora, a análise sobre as relações de gênero deve ser construída de forma relacional, em que um gênero não está desvinculado do outro, que não são esferas separadas e nem opostas, mas que a experiência de um sexo tem muito a ver e é necessária para o entendimento das experiências do outro, vivenciadas em meio às representações de gênero em determinada cultura.

Historicamente, a perspectiva de gênero permitiu a compreensão das dimensões de iniquidade social e de poder, das possibilidades de autonomia e igualdade vislumbradas,

sobretudo, pelas mulheres em relação ao mundo público, da política, do mercado, nos quais as condições de acesso das mulheres eram muito inferiores às dos homens (VAITSMAN, 1994). Tais inclinações passaram a permear questões de sexualidade e a violência, como campos em que as mulheres também se percebiam submissas, vítimas de uma hierarquia de gênero, sob a hegemonia dos homens, soberania do patriarcado (VAITSMAN, 1994; GIFFIN, 2005).

Nesse contexto, a rede das ações em saúde e suas demandas, enquanto campo construído também, e se não, principalmente, por relações e práticas sociais (SOUZA; BOTAZZO, 2013), aproximou-se do conceito de gênero enquanto categoria analítica, visando conferir robustez às discussões em saúde (FIGUEIREDO, 2008). Nesse movimento transdisciplinar de articulação entre gênero e saúde a questão masculina passou a fazer parte dos estudos de gênero a partir da década de 1960. Mais tarde avançou em análises sobre a sexualidade e a saúde reprodutiva, áreas que até hoje consideram fundamental a presença dos homens, tanto pelas relações com o feminino quanto pela força com que os estranhamentos em falar sobre tais questões ainda permeiam o mundo masculino (GOMES, 2008).

Assim, gênero continua representando importante ferramenta de análise das maneiras como homens e mulheres vivem. No entanto, Villela, Monteiro e Vargas (2009) comentam que a utilização dessa categoria deve ser continuamente revista e avaliada, considerando-se que ela deve estabelecer articulação dinâmica com variáveis como classe social, etnia e sexualidade na determinação das identidades, das subjetividades, fatores dos riscos e de proteções à vida e à saúde.

Em suma, a partir dos movimentos sociais que muito contribuíram para a emergência de transformações sociais e, conseqüentemente, para o surgimento dos estudos de gênero, o foco inicial foi direcionado quase que exclusivamente para a saúde da mulher. Esse fato foi necessário para fortalecer um gênero que se encontrava em desvantagem, procurando a equidade através do enfrentamento de tudo o que se caracterizou como desigualdades enfrentadas pelas mulheres (GOMES, 2003).

No caso do homem, mais especificamente em relação à saúde, a mobilização não ocorreu com a mesma visibilidade, e com isso não foi possível o entendimento sobre as conseqüências que resultavam do modelo tradicional de masculinidade, como a falta de espaço para discussões sobre as manifestações de mal-estar e sofrimento pelos homens (KORIN, 2001).

Os homens apresentam-se como indivíduos passivos frente aos movimentos da medicina e do Estado, sendo representados por urologistas, formuladores e executores de uma política para os homens, apesar de não contar com a participação desses. Isso pode ser explicado pelo fato de que, para o homem, mostrar-se invulnerável é parte do modelo de masculinidade a ser seguido, pagando um “preço” que, parece, os homens ainda estão dispostos a pagar (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 673).

Sob essa lógica, estudos sobre a saúde do homem vão ao encontro da necessidade de suprir a lacuna em identificar e compreender as experiências e o protagonismo do homem sobre sua saúde, comportamentos, necessidades e como utiliza os serviços de saúde. Os homens apresentam mais condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, no entanto, a presença deles nos serviços de atenção primária ainda é menor do que a das mulheres, e a pouca procura pode estar associada aos múltiplos discursos sobre masculinidade, em que a configuração de uma perspectiva preventiva aproxima-os do universo feminino (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Segundo Gomes (2010), muito além das características corporais as pessoas tendem a seguir modelos de masculinidade e feminilidade nas formas de agir, pensar e sentir; o processo de educação, os veículos de comunicação e as próprias relações interpessoais perpetuam tais modelos. Movidos pela masculinidade hegemônica, muitos homens desprezam o comedimento quanto ao sexo, à alimentação, ao uso de substâncias, à exposição a riscos, às expressões de agressividade ou às ações produtoras de dinheiro ou poder, atributo de masculinidade relacionado a um conjunto amplo de agravos à saúde (VILLELA, 2005), o qual, ao se instalar implica ranhuras na masculinidade, segundo os próprios homens (BURILLE, 2012).

Todavia, a naturalização de construções sociais sobre a masculinidade cria dificuldades na percepção das necessidades de saúde dos homens que procuram os serviços de saúde. Com isso, o adoecimento dos homens parece não encontrar espaços de cuidado, o que favorece sua invisibilidade e o acolhimento parece ser bastante problemático (FIGUEIREDO, 2008; MACHIN et al., 2011).

Vale sintetizar o que postula Connell (2000) sobre masculinidades: importante considerar que, masculinidade deve ser entendida amplamente, como uma configuração de prática que norteia a posição dos homens nas relações de gênero. Considerando-se que várias configurações de práticas podem coexistir, fala-se no exercício de masculinidades, a despeito de uma única masculinidade (singular); desse modo, coexistem: uma

masculinidade hegemônica, feminilidades subordinadas e masculinidades marginalizadas, as quais direcionam diferentes comportamentos entre os homens.

Ao se considerar as diferentes formas com que os homens se comportam e concebem a saúde, mostra-se mais fácil a aproximação com os sentidos que eles atribuem, por exemplo, aos atendimentos prestados por profissionais de saúde. Em estudo qualitativo, realizado em quatro estados brasileiros, junto a 201 usuários da atenção básica, os autores constataram que os homens expressam sua satisfação com os atendimentos em saúde a partir do seguinte referencial: atendimento atencioso, ancorado na comunicação, resolução e prontidão (GOMES et al., 2011b). Esses resultados podem contribuir para um melhor acolhimento dos homens nos serviços de saúde, de acordo, portanto, com os apontamentos que estes homens fazem dos atendimentos prestados.

O acolhimento problemático inibe qualquer possibilidade de aproximação com o homem, não somente no que tange ao cuidado com ele mesmo, mas também quando este experimenta ser o cuidador de alguém, o provedor de cuidado e atenção. Nesse sentido, visando a fornecer subsídios para o envolvimento do homem no acolhimento dos serviços de saúde, Carvalho, Brito e Santos (2011) realizaram estudo qualitativo em maternidades públicas de Natal-RN, sobre a percepção do homem acerca da atenção recebida dos profissionais de saúde que assistem a companheira gestante de alto risco. Os autores concluíram que, além de os homens terem convivido com o medo frente à condição de saúde de suas companheiras, sentiram-se sem acolhimento e desprovidos de informações por parte dos profissionais (CARVALHO; BRITO; SANTOS, 2011).

McVittie e Willock (2006), em estudo realizado no Reino Unido, investigaram quais aspectos influenciavam a procura por cuidado em saúde, entre 12 homens idosos, constatando que construções de masculinidades permeiam as escolhas de procurar ou não os serviços de saúde, e quando agir proativamente em relação à saúde. Smith et al. (2007), em estudo realizado com 36 homens idosos, também investigaram de que modo os homens buscam ajuda em saúde.

Em síntese, em ambos os estudos os autores geraram discursos que expressam a relutância em buscar os serviços de saúde, permeados por comportamentos que reafirmam independência e autonomia, mas que se deparam com outras possibilidades como a consciência de suas vulnerabilidades, a preocupação com a doença, e a procura por cuidado. Essa possibilidade sugere que o homem pode, em determinadas situações,

apresentar suas preocupações, percepções e, por que não, suas sugestões a favor de um bom cuidado, coerente com suas necessidades em saúde.

### **3.3 Necessidades de saúde e utilização dos serviços**

Mostra-se evidente que o modo com que os homens constroem e vivenciam as suas masculinidades está relacionado aos seus modos particulares de adoecer e morrer. No entanto, as possibilidades de exercitar a masculinidade são múltiplas e variáveis, e também o são suas mediações com o processo saúde doença. No intuito de subsidiar discussões acerca desse tema entende-se necessário investigar, além dos comportamentos, as necessidades de saúde e a utilização dos serviços de saúde por homens. Na produção de cuidados em saúde, as necessidades de saúde surgem como uma categoria central, pois representa as necessidades que os indivíduos precisam que sejam atendidas para manutenção do estado de vida e saúde desejado, as quais não são, necessariamente, problemas de ordem médica ou doenças, sofrimentos e riscos, mas abarcam também carências e vulnerabilidades expressas no que é necessário para se ter saúde e gozar de boa vida (PAIM, 2006).

No entendimento de Campos e Mishima (2005), em estudo de referências teóricas sobre necessidades de saúde, duas dimensões devem ser abordadas: uma dimensão abstrata que abrange as necessidades de saúde de forma coletiva, socializada e histórica; e uma dimensão concreta, de cunho operacional, relacionada diretamente ao serviço de saúde, em que as relações entre profissionais e usuários se concretizam na individualidade. Tais pressupostos estão em consonância com o que afirmou Nunes (1989): a ideia de necessidades em saúde, enquanto carecimento, se define nas dimensões social e individual, em que o sujeito sente vontade de algo que percebe possível de ser atendido ou produzido.

Em termos analíticos, as necessidades de saúde podem ser compreendidas através de modelos teóricos e explicativos deste objeto de estudo importante e norteador para o campo da saúde. Matsumoto (1999) e Cecílio (2001), por exemplo, propuseram uma classificação intitulada Taxonomia das Necessidades de Saúde, calcada na classificação do conceito de necessidades de saúde em quatro grupos: boas condições de vida, acesso ao consumo de tecnologias de saúde que melhorem ou prolonguem a vida, criação de vínculos

afetivos, e autonomia na condução da vida. Para Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) a Taxonomia das Necessidades de Saúde pode instrumentalizar a compreensão e satisfação das necessidades de saúde identificadas e nortear o trabalho dos profissionais de saúde.

No contexto da análise de perfis de utilização dos serviços de saúde, o Modelo Comportamental de Andersen inclui, além dos fatores de predisposição (demográficos, de estrutura social e as crenças em saúde), e capacitantes (renda, plano de saúde, uso regular dos serviços de saúde, transporte e tempo de espera pelo serviço), as necessidades de saúde como os elementos mais próximos da utilização dos serviços (ANDERSEN, 1995).

As necessidades de saúde incluem tanto a condição de saúde dos indivíduos quanto a autopercepção de saúde que esses indivíduos têm (ANDERSEN, 1995), sendo esta última uma medida global geralmente utilizada em inquéritos populacionais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Nesse modelo, o acesso aos serviços de saúde só é considerado equitativo quando apenas as necessidades de saúde determinam a utilização desses serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008).

O Índice de Necessidades de Saúde (INS), por sua vez, foi desenvolvido para possibilitar a identificação e a priorização de áreas no espaço urbano em que se faz necessário melhorar a organização da oferta de serviços de saúde. As necessidades de saúde envolvem questões tanto subjetivas quanto objetivas, no entanto, o INS considera especialmente os indicadores mensuráveis com base em dados populacionais. Além disso, favorece a comparação entre diferentes áreas da cidade, identificação de diferentes graus de necessidades e subsidia tecnicamente decisões políticas (SÃO PAULO, 2010). Embora essa ferramenta não faça parte do percurso analítico do presente estudo, vale salientar essa possibilidade a ser operacionalizada em outros estudos epidemiológicos.

Nesse sentido, a presente proposta busca conhecer o panorama coletivo de que trata a dimensão abstrata e as relações que cada indivíduo estabelece com sua saúde e o serviço, ou os motivos pelos quais deixa de procurar e estreitar tal interação.

No que diz respeito à atenção primária à saúde, que representa o nível de atendimento às necessidades de saúde da comunidade, de acordo com a realidade local, a atenção primária à saúde deve considerar o indivíduo em sua singularidade e complexidade, inserido em seu espaço sociocultural, proporcionando promoção, prevenção, tratamento e redução de danos para o sujeito, a família e a comunidade (COSTA et al., 2009). Espera-se, desta forma, que seja capaz de promover melhora da qualidade de vida e diminuição das chances de adoecimento. De acordo com Merhy

(2000), esse modelo implica processos políticos, organizacionais e de trabalho, em que as necessidades das pessoas devem ser valorizadas.

Para isso, a formulação de políticas voltadas para o combate às desigualdades no consumo dos serviços de saúde deve considerar as necessidades de saúde, em um contexto de diferenças no padrão de uso de serviços de saúde por homens e mulheres. As discussões vigentes devem problematizar os serviços, na maneira como se organizam para atender os usuários e suas particularidades, e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços (FIGUEIREDO, 2005).

Portanto, é necessário fortalecer os fundamentos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, mediante acesso universal e contínuo aos serviços de qualidade e resolutivos, efetivação do princípio da integralidade, desenvolvimento de relações de vínculo, valorização dos profissionais de saúde, realização de avaliação e acompanhamento dos resultados, além do estímulo para participação popular e controle social (BRASIL, 2009a). São fundamentos que embasam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária, incluindo, nesse contexto, o homem. Por conseguinte, a articulação com as necessidades masculinas em saúde, à luz do conhecimento já produzido, mostra-se imprescindível como forma de introduzir as discussões que se seguem.

Destacando as necessidades de saúde atinentes ao cuidado com o corpo e ao uso dos serviços de saúde, Figueiredo (2008), após observar e abordar homens que utilizaram serviços da atenção primária de saúde, constatou que grande parte dos homens buscou cuidado, mediante agendamento (seguimento) ou demanda espontânea, por fazerem uso de medicação, reconhecerem a presença de sintomas, fatores de risco para doenças cardiovasculares (especialmente a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*), alterações de níveis de lipídeos sanguíneos e medidas/índices antropométricos, por suspeita de ter contraído tuberculose (problema fortemente relacionado a condições sociais) ou, em termos de prevenção, a busca por orientações sobre como evitar o câncer de próstata.

Ainda, segundo Figueiredo (2008), quanto às necessidades relacionadas ao trabalho e à vida em comunidade os homens buscavam os serviços de saúde por causa de lesões ocorridas nos locais de trabalho, sintomas decorrentes da prática profissional (dores nas costas, tendinite, processo alérgico); busca de atestado para provar a falta ao trabalho ou por recomendação da vigilância epidemiológica, oriunda de suspeita de doença transmissível. Em grande medida, os homens relatavam, além de implicações diretas do

trabalho sobre sua saúde, as dificuldades em buscar cuidado, decorrentes da falta de tempo, da obrigação de trabalhar e do receio de perder o emprego (FIGUEIREDO, 2008).

Schraiber et al. (2010) investigaram homens que utilizaram serviços de atenção primária em quatro estados brasileiros, sobre as necessidades masculinas em saúde, estabelecendo interface com as masculinidades, e constataram que, embora os homens usuários e profissionais dos serviços de saúde concordem que homens têm necessidades de saúde, ambos também afirmam que eles preferem retardar a busca por cuidado, especialmente por conta do trabalho ou pela capacidade de resistência inerente ao homem.

Eles evitam buscar a atenção primária pela demora no atendimento, falta de pontualidade, adiamentos de consulta, falta de profissionais (principalmente especialistas, para encaminhamento) e falta de medicamentos – identificados como marcos importantes das necessidades masculinas em saúde, movidas por masculinidade hegemônica – dores, febres, contusões e ferimentos são demandas muito relatadas pelos homens, valorizadas por eles até mais do que a busca por prevenção de doenças, prática designada à mulher (SCHRAIBER et al., 2010).

No que concerne a perspectiva dos profissionais, Schraiber et al. (2010) constataram que o “fazer” da equipe de saúde centra-se no médico, na cultura da tecnologia (exames e medicamentos), marcada pelo menosprezo à prática de prevenção e promoção da saúde, com pouco interesse pelos contextos de vida dos homens, práticas educativas opressoras e diretivas, postura disciplinadora, uso de valores pessoais na construção de juízo, e falta de articulação entre as terapêuticas.

Além dessas condutas, que não facilitam o acesso do homem a atendimentos em saúde de boa qualidade, a equipe de saúde também se nega a atender determinadas demandas masculinas, ignorando o atendimento ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, à violência urbana ou doméstica e doenças psiquiátricas, fatores tão importantes quando se trata do perfil epidemiológico de morbimortalidade dos homens (SCHRAIBER et al., 2010). Assim, a opção dos homens acaba por se concentrar em serviços de maior prontidão no atendimento, pautados na intervenção do médico e na medicalização (SCHRAIBER et al., 2010), o que reforça a menor presença masculina no serviço de atenção primária, embora, em alguns espaços como no serviço de farmácia, salas de curativo, imunização e atendimentos odontológicos, a presença masculina tenha se revelado equivalente (COUTO et al., 2010).

Campos e Mishima (2005), Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) concordam que a satisfação das necessidades de saúde constitui-se, em grande medida, em um produto do

processo de trabalho profissional. Afirmando que as necessidades são tão heterogêneas quanto é desigual o acesso ao consumo dos produtos do processo de trabalho dos profissionais, no caso, a saúde.

### 3.4 O Enfermeiro e a atenção à saúde do homem

Conforme preconiza o texto oficial da PNAISH para o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa política, embora recente, e limitada em alguns aspectos, o acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados, nos diferentes níveis de atenção, deve ser garantido para possibilitar maior nível de resolutividade de problemas e de atendimento às necessidades masculinas de saúde, com acompanhamento pela equipe profissional (BRASIL, 2009a). Portanto, independentemente do cenário de prática em que esteja inserido, o **enfermeiro** deve instrumentalizar-se a fim de contribuir para melhorar a qualidade das relações interpessoais entre o homem a ser cuidado e o próprio profissional do cuidado. Nesse processo há uma postura que, além de competências e habilidades gerais de um profissional de enfermagem, envolve a capacidade de criticar a realidade, criatividade e reflexão sobre o contexto, sobretudo o da saúde do homem (KLEINUBING et al., 2009).

Porém, alguns fatores influenciam a prática do enfermeiro, gerando entraves para sua atuação junto à saúde do homem. Em estudo realizado com sete enfermeiros de um Centro Municipal de Saúde, localizado na região norte do Rio de Janeiro, os autores constataram que, além de demonstrarem desconhecimento sobre a PNAISH, ainda disseram que as unidades de saúde não disponibilizam programas ou atividades voltadas exclusivamente para os homens, o que, segundo os próprios profissionais, dificulta substancialmente a interação entre a organização das práticas de saúde e as necessidades masculinas (SILVA et al., 2012).

Os autores observaram, também, que, nos poucos serviços de saúde que direcionam alguma atividade específica para os homens, não existe uma sistematização dessas atividades e os profissionais ainda têm de lidar com a grave falta de recursos, desde insumos e materiais e até infraestrutura inadequada, o que compromete a resolutividade das ações (SILVA et al., 2012).

Atrelada à baixa resolutividade das ações em saúde, a demora pelo atendimento constitui-se em indicador importantíssimo da busca por outros serviços de maior prontidão por parte da população. Conforme discutem Corrêa et al. (2011), com base em depoimentos de usuários da ESF, um atendimento caracterizado por demora e baixa resolutividade compromete e adia a assistência adequada, o que afeta o diagnóstico e demais etapas do manejo de determinado problema, levando os usuários do serviço a buscarem outros níveis de atenção.

No que tange ao homem, essa questão torna-se central, considerando-se os estudos que já evidenciaram a preferência dos homens por serviços de saúde que ofereçam atendimentos mais rápidos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; COUTO et al., 2010; GOMES et al., 2011c; VIEIRA et al., 2013). Os homens são influenciados, portanto, não somente por construções de gênero e de diferentes masculinidades, mas também pela organização dos serviços de saúde que não considera as necessidades de saúde da parcela masculina da população.

A enfermagem, cada vez mais, tem se aproximado da área de saúde do homem, principalmente no que se refere às pesquisas científicas em saúde, porém, frente aos desafios que esse campo impõe à saúde pública, como a baixa procura por serviços de saúde, a enfermagem ainda busca efetivar sua participação e consolidar seu corpo de conhecimento (SILVA, 2010; SILVA et al., 2012). A partir disso, vale explorar brevemente alguns destaques em pesquisas de enfermagem no campo da saúde do homem.

Em estudo realizado no município de Cascavel-PR, visando conhecer o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a política de saúde do homem, se eles foram capacitados para a implementação da política e se conseguiram implementar alguma ação neste sentido, os autores constataram que todos conhecem algum aspecto da política. Contudo, os enfermeiros não foram capacitados e desenvolvem suas ações baseados nas campanhas, considerando-as muito limitadas devido ao curto período de tempo em que ocorrem, e por não atenderem as expectativas e necessidades do público-alvo (CONCEIÇÃO; LEÃO, 2011).

Um pouco mais além, Zapponi, Pinto e Tocantins (2010) elaboraram um diagnóstico de vulnerabilidades com propostas de ações de enfermagem junto a um grupo de homens. A atenção aos homens, à luz das diferentes dimensões da vulnerabilidade, permitiu a identificação das necessidades de saúde desse grupo e a ampliação do olhar sobre as possibilidades de promoção da saúde evidenciadas.

Alguns estudos da enfermagem têm se concentrado em conhecer e compreender de que modo os homens experimentam as vivências de adoecimento. Nesse sentido, o relato de Mesquita, Moreira e Maliski (2009) destaca a importância de se viabilizar a internacionalização das práticas de pesquisa entre programas de pós-graduação, tomando como exemplo a experiência exitosa em investigar os aspectos relacionados ao homem portador de câncer e as possibilidades de intervenção de enfermagem. Feijó et al. (2012), por sua vez, ao entrevistarem homens com câncer, destacaram as características positivas das redes de apoio social desses sujeitos e a importância de os enfermeiros atentarem para elas, quais sejam: presença, comunicação, confiança, respeito, interesse e proteção.

Dentre outras situações de adoecimento, Thomé (2011) se aprofundou na vivência de homens renais crônicos, em hemodiálise, e Burille (2012) estudou homens em diversas situações de adoecimento crônico. Em ambos os estudos da área da enfermagem foram problematizadas a construção e a desconstrução de masculinidades socialmente moldadas, ao experienciarem a doença crônica e as dificuldades impostas ao cotidiano masculino. Por outro lado, Musquim (2013) se debruçou sobre a compreensão do homem enquanto sujeito de cuidado com o próximo, esmiuçando os modos com que os homens exercem seu cuidado ao outro e os *rearranjos* e negociações que permeiam o cuidado no contexto da família quando um membro (crianças, adolescentes e idosos) desse sistema dinâmico adoece, exigindo a partilha no cuidado familiar.

Frente a esses estudos que muito colaboram para o fortalecimento da enfermagem e seus profissionais, sinaliza-se a importância do enfermeiro na atenção à saúde do homem. À medida que o enfermeiro tem evoluído no que tange ao trabalho em equipe, principalmente enquanto líder dela, ressalta-se seu papel junto à cidadania daqueles que estão sob seus cuidados, seja qual for o cenário de prática em que ele atue, na direção de favorecer o exercício da autonomia.

Nesse sentido, práticas educativas têm sido apontadas como um instrumento importante, junto aos homens inclusive (LEITE et al., 2010; CAMPBELL, 2012). Considerando-se que os enfermeiros são, por natureza, atores do trabalho educativo (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013), cabe ressaltar a importância de pesquisas que forneçam subsídios aos enfermeiros, o que pode direcioná-los para melhor atenderem as necessidades masculinas e romper com barreiras que dificultam a melhora do perfil de saúde dessa população.

#### 4 JUSTIFICATIVA

Com o lançamento da PNAISH pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 2009, a saúde do homem passou a ganhar espaço no meio científico e entre as ações em saúde desenvolvidas por profissionais de saúde. No entanto, diferenciais entre homens e mulheres, no que concerne às condições de saúde, há muito intrigam profissionais e pesquisadores mundo a fora. Com o aumento da visibilidade dos homens, ao menos nos temas de pesquisa, evidenciou-se o quão desfavorável se mostra a situação de saúde da população masculina, sobretudo devido ao comportamento em saúde e ausência/invisibilidade nos serviços de saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Entretanto, considera-se relevante o levantamento de informações que possibilitem direcionamentos para a atuação junto ao homem e que corroborem o aperfeiçoamento de políticas públicas de atenção à saúde masculina. Embora os profissionais de saúde reconheçam que os homens também possuem necessidades, pouco eles têm conseguido modificar a organização dos serviços de saúde para acolher e cuidar desses homens (SCHRAIBER et al., 2010). Em estudo realizado com esses profissionais, Santos, Bertolozzi e Hino (2010) revelam dificuldades em identificar necessidades de saúde e planejar suas ações com base nelas. Destaca-se, ainda, que a utilização de dados epidemiológicos não aparece dentre as estratégias empregadas para a identificação de comportamento e necessidades da população.

O enfermeiro constitui-se um profissional com capacidades diferenciadas para estar à frente das equipes de saúde em movimentos por melhora da saúde da população. Por isso, esse profissional tem sido requisitado a ocupar posições importantes na operacionalização de políticas em diversos campos do conhecimento em saúde e para diversos grupos sociais - crianças, adolescentes, mulheres, idosos, homens (BRASIL, 2002). Cabe ao enfermeiro buscar mecanismos e subsídios para o planejamento e a implementação de estratégias que medeiem a aproximação entre homens e serviços, na construção de uma relação de vínculo.

Logo, com base nos pressupostos apresentados até aqui, consideram-se os comportamentos, a utilização dos serviços de saúde e necessidades de saúde como objetos a serem investigados no Município de Maringá, visando a oferecer subsídios para enfermeiros e demais profissionais na atenção à saúde. Sabendo-se que, muitas causas de

morbidade e mortalidade entre homens podem ser evitadas mediante antecipação dos profissionais frente ao perfil de saúde; que se relata uma possível invisibilidade masculina nos serviços básicos de saúde; que tanto a maneira com que o homem cuida de si, mas também a postura de profissionais e gestores de saúde representam barreiras para a adesão às práticas de cuidado e atendimento de necessidades, destaca-se a importância do presente estudo.

Com base no exposto, justifica-se a busca de subsídios para o direcionamento de intervenções sobre a saúde do homem a ser realizada por profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, em articulação com o aperfeiçoamento das políticas públicas vigentes. Salienta-se que são encontradas dificuldades no cotidiano para que se execute a incorporação dos conhecimentos de mecanismos de causalidade das condições, em específico do sexo masculino, nas práticas diárias. A partir dos estudos até aqui expostos – o quadro de risco da saúde dos homens – entende-se que a análise do comportamento em saúde deles e suas necessidades ao utilizar os serviços de saúde podem contribuir para identificar fatores associados, sobre os quais se deve concentrar as atenções para melhora da qualidade de vida e de saúde da população masculina.

É fundamental que a importância e relevância das atividades e pesquisas de enfermagem ganhem visibilidade no que tange às ações direcionadas à saúde do homem, sendo esta uma parcela da população que merece ser convidada para o centro das discussões em saúde.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Geral**

Analisar os comportamentos, a utilização dos serviços de saúde e as necessidades de saúde de homens adultos residentes no Município de Maringá, Paraná, Brasil.

### **5.2 Específicos**

- Verificar o perfil do comportamento em saúde de acordo com as características socioeconômicas na população de homens adultos;
- Analisar a prevalência do uso dos serviços de saúde por homens adultos, e os fatores socioeconômicos, demográficos e de utilização dos serviços de saúde;
- Identificar a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços públicos de saúde por homens adultos;
- Identificar fatores associados aos indicadores das necessidades de saúde de homens adultos;
- Compreender as necessidades de saúde na perspectiva de homens adultos.

## 6 METODOLOGIA

Na presente seção tem-se o objetivo de apresentar e descrever o percurso metodológico percorrido na realização do estudo.

### 6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo com duas abordagens metodológicas: uma quantitativa, de corte transversal (tipo inquérito domiciliar), e de base populacional, realizada com 421 indivíduos do sexo masculino com idade entre 20 a 59 anos; e outra qualitativa, descritivo-exploratória, realizada com 10 sujeitos dentre os que participaram da vertente quantitativa, desenvolvido no município de Maringá, Paraná, Brasil.

#### 6.1.1 *Abordagem quantitativa*

A pesquisa quantitativa tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis a partir de uma realidade mensurável. Permite a verificação de associações estatisticamente significativas, que são importantes para se conhecer uma realidade. São classificados como métodos fortes em termos de validade externa, pois os resultados adquiridos podem ser generalizáveis para o conjunto da comunidade (SERAPIONI, 2000).

Esse delineamento e seus instrumentos, por exemplo, um questionário estruturado, são indicados nos casos em que o objeto de estudo foi bem definido em outras pesquisas que tenham acumulado um corpo suficiente de conhecimentos sobre o tema, pois se trata somente de verificar se tal corpo de conhecimentos é válido em situações ainda não exploradas ou pouco exploradas cientificamente (SERAPIONI, 2000). As pesquisas quantitativas podem ser classificadas em descritivas e analíticas. Entre as possibilidades

oferecidas nessa última categoria de estudos analíticos está o estudo transversal (BARROS, 2008).

De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2006), estudos de corte transversal, ou denominados seccionais, são investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo, ou seja, trata-se de um estudo epidemiológico que reproduz indicadores globais. Ainda segundo esses autores, em geral esse tipo de estudo utiliza amostras representativas da população a ser estudada, em que a representatividade refere-se ao caráter aleatório da amostragem.

Dentre os estudos de corte transversal ressaltam-se os inquéritos domiciliares que, desde a década de 1960, sobretudo em países desenvolvidos, são utilizados periodicamente como forma de obtenção de informações potencialmente fidedignas da população (BARROS, 2008). Mesmo frente à atual capacidade de geração e aproveitamento de dados secundários evidencia-se que as novas modalidades de indicadores de saúde não derivam unicamente desses tipos de dados, mas também a partir da incorporação de inquéritos de base populacional como componente indispensável na produção de informações necessárias à elaboração e monitoramento de políticas públicas de saúde (BARROS, 2008).

Pesquisas importantes, entre as quais a Pesquisa Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 71 países, revelaram a importância da realização de inquéritos populacionais visando à provisão de informações para avaliar o atendimento às necessidades em saúde da população e o desempenho de sistemas de saúde (BARROS, 2008). Caminha-se, portanto, para a consolidação de uma política que reconhece a necessidade de inquéritos para gerar informações que não advêm de registros secundários, e que são essenciais para planejar e avaliar as políticas de promoção de saúde, prevenção e controle de agravos (BARROS, 2008).

Entende-se que, a partir da realização de inquéritos domiciliares de base populacional junto a indivíduos do sexo masculino, pode-se congregiar informações fundamentais para a análise da situação de saúde desta parcela da população e ainda para a avaliação de estratégias, programas e políticas voltadas à atenção integral à saúde do homem, por se tratar de tema recente entre as intervenções governamentais específicas e que necessita de contínuo acompanhamento e aperfeiçoamento de ações.

### 6.1.2 *Abordagem qualitativa*

Adotou-se o tipo de estudo descritivo-exploratório por meio da abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, transformando-o em uma série de representações com o objetivo de entender ou interpretar os fenômenos (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Na atualidade, a abordagem qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida no campo da saúde, sobretudo o da saúde coletiva ou dos campos sociais, porque demarca a interface entre qualidade/qualitativo e subjetividade (BOSI, 2012). Em busca dessa subjetividade que permeia o campo da saúde, para além de uma abordagem unicamente linear sobre a saúde, é que se destaca a pesquisa qualitativa, com sua concepção idealista, subjetiva e interpretativa da realidade, a qual possibilita ao pesquisador captar o modo de pensar, de agir e reagir das pessoas frente às questões de interesse. Enfim, proporciona a compreensão da situação em estudo a partir de quem a vivencia. Exige, pois, do pesquisador, sensibilidade acurada, ideias, imaginação e habilidade técnica (LACERDA; LABRONICI, 2011).

## 6.2 **Local de Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Maringá, mais precisamente no domicílio dos homens residentes nas áreas visitadas. O município foi fundado em 1947 e está situado na Macrorregião Noroeste do Estado do Paraná, a 425 quilômetros da capital do Estado, Curitiba. Ao mesmo tempo em que assume a posição de cidade-polo, apresenta problemas comuns pelo processo de “metropolização”. De acordo com os critérios de regionalização propostos pela NOAS-SUS 2002, Maringá é polo para os 29 Municípios da 15ª Regional de Saúde. Para os serviços de cirurgia cardíaca, oncologia, psiquiatria, gastroplastia, UTI neonatal e atendimento a gestação de alto risco é referência para 116

Municípios (IBGE, 2003) **não consta nas ref.** que compõem a macrorregião Noroeste, a qual congrega cinco Regionais de Saúde (11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup>).

Mesmo ante às mudanças ocorridas no setor da saúde nos últimos anos, principalmente após a incorporação da ESF como estratégia de reorganização do modelo de atenção a saúde, observa-se que, não apenas em Maringá como em todo o país, a assistência continua centrada na doença, no indivíduo, no atendimento médico, na livre demanda e na produção de serviços. Contudo a cobertura da ESF vem crescendo e fortalecendo suas políticas e ações (BARRETO, 2012).

### 6.3 População do Estudo

O estudo considera como campo o Município de Maringá que possui, segundo o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, 357.077 habitantes, e, destes, 48,1% (171.724 indivíduos) são homens. A população urbana corresponde a 98,2 % do total; a densidade demográfica é de 732,1 hab/km<sup>2</sup>, e a área total do território corresponde a 487.7 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010a).

Participaram do estudo homens residentes em Maringá, com idade entre 20 e 59 anos. Do total de homens residentes em Maringá, que é de 171.724 indivíduos, aqueles com idade entre 20 e 59 anos correspondem a 60,2% (103.488). De maneira geral, a população masculina entre 20 e 59 anos corresponde a 29% do total de habitantes do Município de Maringá (IBGE, 2010a).

A população brasileira, em 2010, foi contabilizada em pouco mais de 190 milhões de habitantes, dos quais 49,0% era do sexo masculino. Desses, 56,0% estavam na faixa entre 20 e 59 anos (SCHWARZ et al., 2012). Além da representatividade de cunho numérico, a população masculina, na faixa etária entre 20 a 59 anos, destaca-se principalmente pela magnitude dos desafios acerca da saúde desses indivíduos em idade economicamente ativa (EUROPEAN COMMISSION, 2009).

Para além disso, cabe ressaltar o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, pelo Ministério da Saúde. A PNAISH destaca a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, e aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos

índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina de 20 a 59 anos (BRASIL, 2009a).

#### 6.4 Amostra e Amostragem

Para o cálculo amostral tomou-se como base a contagem populacional de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para homens com idade entre 20 e 59 anos (103.488 – 60,2% dos homens em Maringá) e a divisão do Município de Maringá em 20 Áreas de Ponderação (AP), baseada na tipologia socioespacial (determinada a partir da inserção dos chefes de família no mercado de trabalho) adotada pelo Observatório das Metrôpoles – Núcleo Região Metropolitana de Maringá (RMM).

O Observatório das Metrôpoles – Núcleo RMM, foi criado, no ano de 2002, a partir da inserção de professoras da Universidade Estadual de Maringá, no Observatório Nacional das Metrôpoles, que estavam em fase de desenvolvimento de projetos de doutorado e pós-doutorado, ambos na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. No âmbito estadual, Maringá integra o Observatório Paraná, coordenado pelo IPARDES/PR. A partir de questionário aplicado a uma amostra populacional no Censo Demográfico 2010, consideraram-se as estimativas produzidas e cálculos em níveis geográficos definidos para a aplicação do método de estimação, no caso, as AP, que são organizadas pelo IBGE, reunindo setores censitários com cerca de 400 domicílios cada, em que os moradores apresentam características de renda e escolaridade semelhantes (CORTEZ; MONTENEGRO; BRITO, 2012). Dessa maneira, o território de Maringá foi dividido em unidades espaciais ponderadas estatisticamente: as 20 AP. Tal divisão cumpre com um de seus objetivos: proporcionar um recorte do território que seja útil às pesquisas intraurbanas (RODRIGUES, 2004).

A fórmula para cálculo do tamanho da amostra para uma estimativa confiável de proporções populacionais é dada por ( $n = Z^2PQ/d^2$ ):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Sendo  $n$  = tamanho amostral mínimo;  $Z$  = variável reduzida;  $P$  = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado. Adotou-se 50% para a probabilidade de ocorrência dos eventos de interesse (variáveis resposta do estudo e população masculina com idade entre 20 e 59 anos), associado a erro de estimativa de 5%, e confiabilidade da amostra em 95%. Foram acrescentados 10% (38 indivíduos) à amostra mínima calculada (383 indivíduos), considerando-se a possibilidade de perdas relacionadas ao preenchimento do instrumento de coleta de dados. Dessa forma, o presente estudo incluiu 421 indivíduos que foram abordados em seus domicílios, conforme as subamostras proporcionais ao número de homens adultos em cada AP (acrescidas de 10%), o que pode ser melhor visualizado no Quadro 1, a seguir:

<b>AP</b>	<b>População</b>	<b>Subamostras + Adicional de 10%</b>
1	3.971	15 + 1
2	3.929	15 + 1
3	5.518	20 + 2
4	3.963	15 + 2
5	3.890	14 + 1
6	4.991	18 + 2
7	5.514	20 + 2
8	4.801	18 + 2
9	5.051	19 + 2
10	5.752	21 + 2
11	6.688	25 + 2
12	3.522	13 + 1
13	5.131	19 + 2
14	3.948	15 + 1
15	4.674	17 + 2
16	6.497	24 + 3
17	6.043	22 + 2
18	5.080	19 + 2
19	6.762	25 + 3
20	7.763	29 + 3
<b>Total</b>	<b>103.488</b>	<b>421</b>

Quadro 1 – Apresentação da população de homens com idade entre 20 e 59 anos, por Área de Ponderação (AP) e respectivas subamostras calculadas para a seleção dos indivíduos e sistemática de coleta dos dados.

Para a seleção dos indivíduos procedeu-se à utilização da amostragem aleatória sistemática, que consiste em um tipo de amostragem probabilística, variante da amostragem aleatória simples, conveniente quando a população a ser estudada obedece à determinada ordem (no caso, as unidades domiciliares), a partir da qual são estabelecidos intervalos que definirão os indivíduos selecionados para a amostra. Desse modo, a

amostragem sistemática é utilizada em pesquisas que requerem que a seleção seja realizada durante a etapa de coleta de dados (BARBETTA, 2002).

### 6.5 Coleta de dados e instrumentos utilizados

De posse do número de indivíduos a serem abordados em cada AP foram sorteadas, aleatoriamente, as ruas a serem visitadas, atentando-se para a distribuição da amostra na AP, de modo a contemplar os diferentes setores de cada área. Com intervalo predefinido (sistemática de seleção), foi abordado um indivíduo morador na quarta residência à direita da rua. Quando o indivíduo não se encontrava em casa passava-se para a unidade domiciliar seguinte, obedecendo-se o intervalo predeterminado, e sem limites de substituição dos indivíduos. Foi entrevistado apenas um indivíduo por domicílio selecionado. Após realizar o número de entrevistas delimitado para cada rua, passava-se à próxima rua sorteada, evitando-se abordar número maior de indivíduos do que o definido para cada rua. A substituição da rua sorteada por outra próxima ocorreu quando nenhum indivíduo foi encontrado ou se recusou a participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas predominantemente durante os dias úteis da semana, nos períodos matutino e vespertino, entre os meses de janeiro a julho de 2013. Como subsídio para a localização das ruas e quarteirões sorteados para a abordagem, conforme cada AP, utilizaram-se mapas fornecidos pelo Observatório das Metrôpoles – Núcleo RMM (Figura 1), além de recortes do mapa atualizado do Município de Maringá, obtidos no aplicativo *Maps*, disponível em <https://maps.google.com.br/maps?hl=pt-BR&tab=wl>.

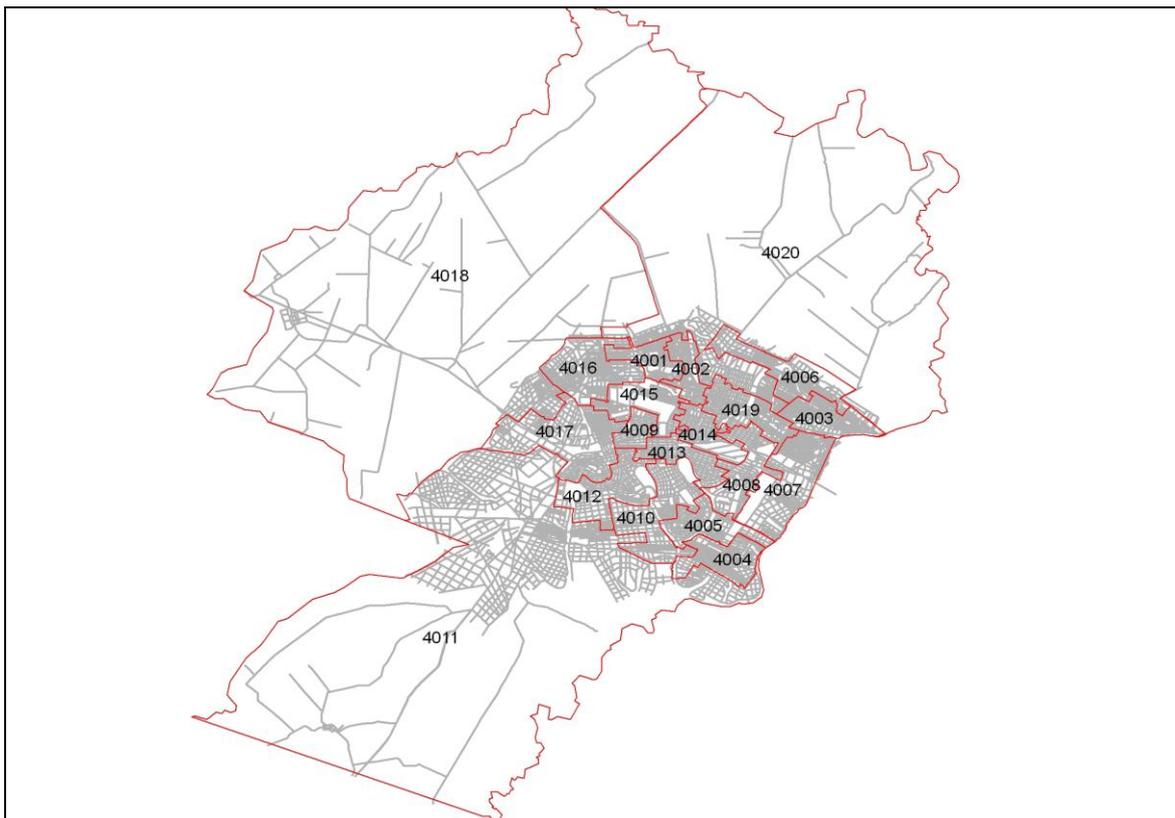


Figura 1 – Mapa simplificado do Município de Maringá, dividido por Áreas de Ponderação.

#### 6.5.1 Coleta dos dados quantitativos

Os dados atinentes à vertente quantitativa do presente estudo foram coletados através de instrumento estruturado (Apêndice A), composto por questões fechadas e abertas, elaborado pelos pesquisadores, e foi submetido a duas avaliações pelos integrantes do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF) ao qual pertencem os pesquisadores responsáveis por este estudo. Os indivíduos foram abordados e tiveram a explicação adequada das intenções do estudo e do processo de coleta.

Os instrumentos foram aplicados pelo pesquisador, autor da presente investigação, e por um acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que recebeu orientações prévias sobre os objetivos do estudo, a metodologia adotada na seleção dos indivíduos e na coleta de dados. Esse acadêmico foi o responsável pela coleta de dados em duas AP, abordando cerca de 40 homens. Sua participação, além de favorecer a coleta de dados, permitiu que dados específicos para seu projeto de

iniciação científica, também desenvolvido sob orientação da Professora Doutora Sonia Silva Marcon, fossem coletados.

A aplicação do instrumento buscou obter um panorama de quais são os comportamentos em saúde dos sujeitos participantes, o perfil de utilização dos serviços de saúde e as principais necessidades em saúde, visando ainda estabelecer generalizações representativas da população. Por isso, o instrumento foi composto de três grandes blocos de questões, quais sejam: **Caracterização socioeconômica, sociodemográfica e comportamental; Necessidade em saúde; e Utilização dos serviços de saúde.** Para este estudo, em específico, nem todas as variáveis coletadas pelo instrumento foram utilizadas, no entanto, serão analisadas em momento oportuno, visando a atender objetivos complementares aos deste estudo.

Para o momento, vale ressaltar a **categorização das variáveis** utilizadas para o presente estudo:

- **Variáveis de caracterização socioeconômica/demográfica:** Faixa etária (idades agrupadas em quatro faixas etárias – 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos), Cor da pele (cores agrupadas em “Branca” e “Não branca”), Status conjugal (status agrupados em “Com companheira” e “Sem companheira”), Filhos (“Tem” ou “Não tem”), Religião (“Sim” e “Não”), Escolaridade (agrupadas nos quatro níveis “Até a 4ª série”, “Fundamental”, “Médio” e “Superior”), Trabalho (“Sim” e “Não”), Renda familiar (em salários mínimos divididos por R\$ 678,00 – valor nacional fixado em 02/01/2013 – resultando nas quatro categorias “até 2”, “2,1 a 4”, “4,1 a 6” e “Mais de 6”), Status ocupacional (agrupados em “Empregador/Autônomo”, “Empregado”, “Estudante e Estagiário” e “Outros”, que por sua vez, agrupou as categorias “Desempregados”, “Aposentados” e “Em licença médica”) Plano de saúde (“Sim” e “Não”) e Classe econômica (categorizada em “Classe A”, “Classe B”, “Classe C” e “Classe D”). O item classe econômica, por sua vez, foi coletado e categorizado conforme preconiza o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, o qual se baseia no somatório de pontuações atribuídas ao nível de instrução do chefe da família e aos itens domésticos; a categorização original propõe as seguintes classes e pontuações: A1 (42 a 46), A2 (35 a 41), B1 (29 a 34), B2 (23 a 28), C1 (18 a 22), C2 (14 a 17), D (8 a 13) e E (0 a 7) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISA, 2010). No entanto, para o presente estudo optou-se por

agrupá-las, de modo a simplificar o tratamento estatístico dos dados. As classes econômicas C e D foram agrupadas quando sua frequência mostrou-se reduzida nos testes de associação.

- **Variáveis de Comportamentos em Saúde:** uso abusivo de álcool (uso de cinco doses ou mais bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias; considerou-se como dose uma meia garrafa ou uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou um drinque de bebida destilada) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000), tabagismo (sim/não), atividade física insuficiente (pelo menos 30 minutos, cinco dias por semana) (HASKEL et al., 2007), dieta inadequada (uso de frutas, verduras e/ou hortaliças menos do que cinco vezes por semana) (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009), situação vacinal inadequada, (considerada inadequada quando a relação das vacinas para o adulto, conforme calendário do Ministério da Saúde, não estivesse completa) obtida conforme resposta do participante ou mediante verificação da carteira vacinal, realização de exames preventivos de rotina (sim/não – considerando exames de sangue – função renal e hepática, perfil lipídico, glicemias - oftalmológicos, odontológicos e de rastreamento para o câncer de próstata), automedicação (sim/não para uso de medicamentos não prescritos) e atividades de lazer (sim/não para atividades como: TV, música, cinema, artesanato, internet, passeios, viagens, entre outras citadas, que não são de natureza física apenas).
- **Variáveis de utilização dos serviços de saúde:** a variável “utilização do serviço de saúde” foi verificada por meio da questão “Quando procurou algum serviço de saúde pela última vez?” Para fins de análise adotou-se o período de três meses anteriores à entrevista a fim de reduzir o viés de recordatório referente a respostas que extrapolaram esse intervalo (subestimação da prevalência), além de possibilitar a comparação dos achados deste estudo com os de estudos que analisaram o mesmo desfecho, em populações distintas (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; BASTOS et al., 2011); tipo de serviço (“UBS”, “Ambulatorial”, “Pronto Atendimento”, “Hospitalar” e “Outros”), tipo de atendimento (“Consulta Médica”, “Imunização e atendimentos de enfermagem”, “Atendimento Odontológico” e “Outros”) tipo de gestão (“Público” e “Privado/Plano”), motivo de procura (“Acidente/lesão”, “Reabilitação”, “Vacinação e outros atendimentos de prevenção”, “doença”), internação nos últimos 12 meses (“Sim” e “Não”). Para análise da utilização dos serviços públicos de saúde considerou-se a variável resposta “Tipo de gestão” obtida a partir da questão “Que tipo de serviço de saúde o senhor

costuma utilizar, em termos de gestão/financiamento?”. Utilizaram-se, ainda, as seguintes variáveis independentes: contato profissional (“Médico”, “Dentista”, “Enfermeiro” e “Outros”), motivo frequente (“Check up”, “Doença/Sintomas/Urgência” e “Outros”), necessidade de tratamento (“Sim” e “Não”) e as variáveis de satisfação com o serviço de saúde: dificuldades no atendimento (“Sim” e “Não”), preparo para o atendimento (“Sim” e “Não”), classificação do serviço de saúde (“Bom/Muito bom”, “Regular” e “Ruim/Muito ruim”), recomendação do serviço para outro homem (“Sim” e “Não”) e aspecto mais importante no atendimento à saúde (“Resolução de Problemas”, “Atenção”, “Comunicação”, “Prontidão” e “Outros”). As variáveis de satisfação foram adotadas com base em indicadores qualitativos de satisfação com o atendimento em saúde, levantados por estudo realizado com 201 homens adultos jovens e idosos, em quatro estados brasileiros (GOMES et al., 2011b) e em estudo que identificou fatores associados à satisfação com os serviços públicos de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008).

- **Variáveis de necessidades de saúde:** a autopercepção da saúde (“Excelente”, “Muito boa”, “Boa”, “Regular”, “Ruim” e “Muito Ruim”), obtida quando o homem foi questionado sobre como percebia sua saúde, em comparação a indivíduos da mesma idade; e, em relação à morbidade (“Sim” e “Não”), obtida quando o homem foi questionado se possuía algum problema de saúde.

#### 6.5.2 Coleta dos dados qualitativos

Os dados qualitativos foram coletados mediante instrumento semiestruturado (Apêndice B), elaborado pelos pesquisadores, visando, especificamente, a compreensão das perspectivas dos homens adultos sobre necessidades em saúde. As entrevistas foram norteadas pelas seguintes questões: O que você/o Sr. necessita para ter saúde? Que outras coisas são necessárias para se viver com boa saúde, no seu caso? Além dessas questões norteadoras, o instrumento semiestruturado contava com outras questões de apoio que dessem vazão a aspectos que possivelmente influenciavam a percepção das necessidades em saúde, das possíveis diferenças de gênero nesta percepção, do papel dos serviços de

saúde no atendimento as necessidades, da rede masculina de apoiadores e da atenção dos homens enquanto cuidadores de outros indivíduos.

As entrevistas qualitativas ocorreram após o término da fase quantitativa, entre setembro e outubro de 2013, em que cada homem participante foi contatado via telefone para marcação da data e horário da nova entrevista a ser realizada em seu domicílio, conforme sua disponibilidade. Os informantes do presente estudo foram dez homens adultos selecionados por conveniência.

Adotou-se como critério para seleção desses indivíduos a procedência de diferentes AP, considerando-se as diferentes possibilidades de classe econômica, renda, escolaridade, status ocupacional e idade (obedecendo-se ao recorte etário compreendido entre 20 e 59 anos). Além disso, considerou-se o fato de eles, durante a coleta de dados quantitativos, terem demonstrado facilidade em expressarem suas percepções e o interesse pelo estudo. Essas características foram registradas no instrumento de coleta cujos dados foram consultadas após o término da coleta dos dados quantitativos.

## 6.6 Análise dos dados

### 6.6.1 *Quantitativos*

Os dados coletados foram compilados em banco de dados inicial, construído por meio do *Software* Microsoft Office Excel 2010. Posteriormente, esse banco foi transferido para um novo banco construído a partir do *Software* estatístico IBM SPSS Versão 20, no qual foi possível levantar prevalências e frequências, além da realização dos testes estatísticos. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, mediante estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva visa, basicamente, a descrição resumida do conjunto de dados, recolhido de amostras ou populações, podendo ser expressa a partir de gráficos, tabelas e indicadores numéricos (frequências absoluta e relativa, médias, medianas, moda, variância e desvio padrão) (MORAIS, 2005). A estatística inferencial (ou inferência estatística), por sua vez, visa a obter informações sobre determinada característica da

população, por meio de dados colhidos de uma amostra, no intuito de elaborar conclusões sobre variáveis que não foram estudadas ou que pouco se conhece sobre elas (MORAIS, 2005). “A estatística inferencial permite a generalização, a uma população, de informações obtidas a partir de uma amostra representativa e a tomada de decisão” (HUOT, 2002, p. 62).

A partir da estatística descritiva utilizaram-se frequências absolutas e relativas (valores percentuais) para apresentação dos resultados. Na estatística inferencial para as análises univariadas utilizou-se o teste não paramétrico de proporções Qui-quadrado de Pearson, que é utilizado em diversas pesquisas quando os resultados são obtidos em variáveis qualitativas (dicotômicas, por exemplo), ou em proporções de observação (CALLEGARI-JACQUES, 2003). Dentre as possibilidades de uso do teste de Qui-quadrado, neste estudo ele foi utilizado para testar se havia associação entre duas variáveis qualitativas, isto é, se as porcentagens observadas nas categorias de cada variável eram significativamente diferentes ou não para determinada resposta em comum.

Para as análises múltiplas utilizaram-se modelos de Regressão Logística Múltipla não condicional. A Regressão Logística Múltipla é utilizada quando se deseja verificar a associação de um conjunto de variáveis de exposição (variáveis independentes ou covariáveis Y) com uma variável de interesse (variável X) que representa um evento real de resposta dicotômica (ocorre e não ocorre, por exemplo). Assim, no modelo logístico utilizam-se os valores de uma série de variáveis independentes para predizer a ocorrência da variável de interesse. Trata-se de um procedimento estatístico amplamente utilizado na área da saúde (GONÇALVES; NIELSEN; FERREIRA FILHO, 2010).

Utilizou-se o teste de Hosmer e Lemeshow (HL) para verificar a qualidade do ajuste dos modelos. Do ponto de vista estatístico, o teste de HL avalia as diferenças entre as classificações previstas pelo modelo e as observadas. Caso essas diferenças sejam significativas (valor de  $p < 0,05$ ), o grau de acurácia do modelo não é estatisticamente bom, por isso, valores mais próximos de 1,0 indicam melhores ajustes.

O  $R^2$  de Negelkerke, por sua vez, foi utilizado para apresentar a capacidade explicativa do modelo quando a qualidade do ajuste foi considerada baixa, representando de outra forma a confiabilidade do modelo. Essa medida se assemelha ao coeficiente de determinação apresentado em análises com regressão linear, e quanto maior seu valor, na escala de zero a um, melhor será a capacidade do modelo escolhido de explicar estatisticamente a variável resposta (PALMUTI; PICCHIAI, 2012). A medida de

associação foi representada pelo *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando  $p < 0,05$  para todos os testes realizados.

### 6.6.2 *Qualitativos*

No intuito de possibilitar a compreensão da perspectiva dos homens sobre suas necessidades em saúde, os dados qualitativos obtidos no presente estudo foram submetidos à análise de conteúdo modalidade temática, a qual trabalha as palavras e suas significações, ou seja, é uma busca de outras realidades por meio da mensagem, deduzindo-se, com base nos indicadores, as mensagens particulares. Desse modo, o percurso analítico leva a compreensões de perspectivas não tão lineares sobre a realidade, mas, sim, de visões ampliadas do mundo e interfaces estabelecidas conforme percepções do próprio indivíduo.

Segundo Bardin (2011), não existem regras rígidas para fazer a análise de conteúdo, porém, são propostas algumas etapas de organização que foram seguidas neste estudo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. A organização inicial do material compreendeu a aquisição das mensagens e sua identificação, por meio de uma leitura superficial, seguida de leituras pormenorizadas. Em seguida, iniciou-se a codificação dos dados, na qual os dados brutos foram transformados e agregados (recorte, agregação e enumeração) em unidades, permitindo uma descrição das características dos conteúdos (BARDIN, 2011). Durante o processo de codificação iniciou-se a análise temática, que consiste na descoberta de “núcleos de sentido” que compõem a comunicação (no caso, os depoimentos dos sujeitos) e que possuem um significado importante para o objetivo analítico escolhido. Nesse sentido ressalta-se que as respostas a questões abertas, como nas entrevistas, foram frequentemente analisadas tendo o “tema” por base, isto é, uma unidade de significação que pode ser uma afirmação, proposição ou alusão (BARDIN, 2011).

Finda essa etapa realizou-se a categorização, com base nos temas encontrados, o que deu origem a categorias temáticas que melhor se adequaram ao conteúdo em comum das mensagens veiculadas pelos depoimentos, às inferências do pesquisador e ao objetivo proposto neste estudo. A literatura sobre necessidades em saúde e necessidades masculinas

em saúde foi utilizada para ressaltar a sustentação dos depoimentos analisados e respectivas inferências.

### 6.7 Aspectos Éticos

No desenvolvimento do estudo foram atendidas as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos, contempladas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor e forma (Anexo A). Seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (COPEP/UEM), conforme consta no Parecer registrado sob o número de protocolo 162.077 (Anexo B).

Aos participantes da pesquisa foram garantidos os direitos de livre participação, tipo de participação desejada e sigilo total em relação às informações fornecidas, a possibilidade de desistirem da participação voluntária a qualquer momento ao longo da entrevista. Antes das entrevistas foram esclarecidos objetivos, metodologia, possíveis riscos (relacionados às questões do instrumento) e como o estudo estava sendo realizado no município de Maringá. Destaca-se que a opção por realizar as entrevistas nos domicílios, além de anular o viés de respostas relacionado ao ambiente do serviço de saúde, possibilitou conforto aos participantes.

A construção do projeto que deu origem a este estudo foi possível devido a articulação estabelecida com o projeto intitulado **“A implantação da política de atenção à saúde do homem em Cuiabá-MT”** desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso, na capital Cuiabá. Tal articulação inter-regional contribuiu para o compartilhamento de ideias, aproximação com a literatura referente à saúde do homem e para reflexões acerca do objeto de estudo. Representa, também, uma aliança da Enfermagem com a finalidade de contribuir para a saúde do homem, nos campos de prática e de pesquisa científica.

Os resultados obtidos no presente estudo serão veiculados publicamente por meio de artigos científicos. Cabe salientar que, embora não se tenha previsto uma devolutiva

direta aos participantes, com base nos resultados obtidos, considera-se que, de certa forma, a abordagem aos homens despertou neles, mesmo que momentaneamente, o interesse pelo tema “saúde”, além de manifestações informais (não captadas pelos instrumentos) de satisfação em participar do estudo. Além disso, uma síntese dos resultados obtidos será apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, mais especificamente aos profissionais envolvidos com a coordenação e implementação do programa de atenção a saúde do homem nesse município.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Visando a melhor organização dos achados desta investigação, e a posterior publicação dos dados, os resultados foram construídos e são apresentados no formato de artigos científicos. Cada artigo é resultado de um objetivo específico proposto para o presente estudo.

## 7.1 Artigo 1

### COMPORTAMENTOS EM SAÚDE DE HOMENS ADULTOS, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS NO SUL DO BRASIL

### HEALTH-RELATED BEHAVIORS AMONG ADULT MEN ACCORDING TO SOCIOECONOMIC CHARACTERISTICS IN SOUTHERN BRAZIL

### COMPORTAMIENTOS EN SALUD DE HOMBRES ADULTOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS EN EL SUR DE BRASIL

#### Resumo

Neste estudo objetivou-se verificar a prevalência dos comportamentos em saúde de homens adultos e a associação com características socioeconômicas. O estudo é transversal, de base populacional, desenvolvido junto a 421 homens, com idade entre 20 e 59 anos. Evidenciaram-se prevalências dos seguintes comportamentos: consumo abusivo de álcool (30,4%), tabagismo (19,5%), atividade física insuficiente (86,2%), dieta inadequada (39,2%), situação vacinal inadequada (24,9%), não realização de exames preventivos de rotina (42,3%), automedicação (44,7%) e não realização de atividades de lazer (36,3%). Homens com maior renda e plano de saúde relataram maior consumo abusivo de álcool; verificou-se o inverso para o tabagismo, além da associação com religião e menor nível de escolaridade. A faixa etária de 30 a 39 anos e o trabalho mostraram-se associados à atividade física insuficiente; e a classe econômica, à dieta inadequada. Ausência de companheira e classe econômica D mostraram-se associadas à situação vacinal inadequada e à não realização de exames preventivos. A ausência de atividades de lazer predominou entre homens com mais de 50 anos e da classe econômica C. Os fatores associados aos comportamentos dos homens sugerem especificidades a serem consideradas em estratégias específicas, direcionadas à promoção da saúde na população masculina.

**Descritores:** Perfil de saúde; Saúde do homem; Adulto; Fatores socioeconômicos.

#### Abstract

The purpose of this study was to verify the prevalence of health-related behaviors of adult men and the association with socioeconomic characteristics. This is a cross-sectional and population-based study developed with 421 men aged between 20 and 59 years old. The prevalence of the following behaviors was evidenced: abusive alcohol consumption (30.4%), smoking (19.5%), insufficient physical activity (86.2%), inadequate diet (39.2%), inadequate immunization status (24.9%), neglect of routine preventive health exams (42.3%), self-medication (44.7%) and neglect of leisure activities (36.3%). Men with higher income and a health plan reported higher abusive alcohol consumption; the inverse was observed for smoking, besides the association with religion and lower level of educational attainment. The age group from 30 to 39 years old and the job were linked to insufficient physical activity, and the economic class to inadequate diet. The absence of a partner and the economic class D were associated with inadequate immunization status and neglect of preventive health exams. The absence of leisure activities was predominant among men over 50 years old and among those belonging to the economic class C. The

factors associated with the behaviors of the men suggest particularities to consider in specific strategies, towards health promotion within the male population.

**Keywords:** Health profile; Men's health; Adult; Socioeconomic factors.

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue verificar la prevalencia de los comportamientos en salud de hombres adultos y la asociación con características socioeconómicas. Estudio transversal, de base poblacional, desarrollado junto a 421 hombres, con edad entre 20 y 59 años. Fueron evidenciadas prevalencias de los siguientes comportamientos: consumo abusivo de alcohol (30,4%), tabaquismo (19,5%), actividad física insuficiente (86,2%), dieta inadecuada (39,2%), situación de vacunas inadecuada (24,9%), no-realización de exámenes preventivos de rutina (42,3%), automedicación (44,7%) y no-realización de actividades de ocio (36,3%). Hombres con mayor renta y plan de salud refirieron mayor consumo abusivo de alcohol; se verificó lo contrario para el tabaquismo, además de la asociación con religión y menor nivel de escolaridad. La franja de edad de 30 a 39 años y el trabajo se mostraron asociados a la actividad física insuficiente, y la clase económica a la dieta inadecuada. Ausencia de compañera y clase económica D se mostraron asociadas a la situación de vacunas inadecuada y no-realización de exámenes preventivos. La ausencia de actividades de ocio predominó entre hombres con más de 50 años y de la clase económica C. Los factores asociados a los comportamientos de los hombres sugieren especificidades a ser consideradas en estrategias específicas, dirigidas a la promoción de la salud en la población masculina.

**Descriptor:** Perfil de salud; Salud del hombre; Adulto; Factores socioeconómicos.

### **Introdução**

A sobremortalidade masculina tem suas razões atribuídas a diferenças biológicas e a determinados comportamentos em saúde, distintos dos femininos, sobretudo por questões de gênero (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009)<sup>(1)</sup>. Estudo comparativo das causas de morte entre os sexos demonstra que os homens apresentam maior risco para a morte pelas causas evitáveis por ações efetivas de prevenção (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009)<sup>(1)</sup>. Dentre tais causas credita-se grande importância às doenças cardiovasculares, causas externas e, recentemente, às neoplasias, conforme a faixa etária (SCHWARZ et al., 2012)<sup>(2)</sup>. Mais da metade da população masculina brasileira (56%), em 2010, encontrava-se com idade entre 20 e 59 anos, porém, ainda são escassos os estudos que analisam os comportamentos masculinos em saúde conforme outras variáveis socioeconômicas e demográficas, destacando-se a abordagem predominante à população residente nas capitais brasileiras (SCHWARZ et al., 2012)<sup>(2)</sup>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), embora considerada vanguardista, ressalta a centralidade de ações voltadas para o adoecimento e a medicalização e a focalização em problemas masculinos como a disfunção erétil (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009)<sup>(3)</sup>. Todavia, os comportamentos masculinos em

saúde, aliados à dificuldade dos serviços de saúde em acolher os homens, configuram-se nos principais fatores que os afastam da perspectiva preventiva do cuidado (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012)<sup>(4)</sup>.

O uso abusivo do álcool (que os aproximam da violência), o tabagismo, a aversão à adoção de práticas de atividade física, dieta adequada (VAN EYKEN; MORAES, 2009)<sup>(5)</sup> e lazer (MARTINS et al., 2009)<sup>(6)</sup>, dentre outros ligados mais diretamente à atuação dos profissionais de saúde – a imunização, a busca por exames preventivos e o uso adequado de medicamentos (COUTO et al., 2010)<sup>(7)</sup> – constituem-se em aspectos a serem investigados e caracterizados como forma de direcionar a atuação profissional em saúde do homem. Considerando-se que muitos desses comportamentos são modificáveis, as recomendações para a prevenção de doenças e promoção da saúde devem contemplar a abordagem dos múltiplos fatores associados. Para tanto, toma-se como definição de comportamento em saúde qualquer comportamento que afete a saúde, como forma de promoção ou prevenção de sintomas e doenças (GONZALEZ; RIBEIRO, 2004)<sup>(8)</sup>.

Nesse sentido, neste estudo teve-se por objetivo verificar o perfil dos comportamentos em saúde de acordo com as características socioeconômicas da população de homens adultos residentes em Maringá, Paraná.

## **Métodos**

Estudo transversal (tipo inquérito domiciliar) de base populacional, desenvolvido junto a indivíduos do sexo masculino com idade entre 20 e 59 anos, residentes no Município de Maringá-PR. Para o cálculo amostral tomou-se como base a contagem populacional de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para homens com idade entre 20 e 59 anos (103.819 – 60,2% dos homens em Maringá) e a divisão do Município de Maringá em 20 Áreas de Ponderação, definida pelo IBGE e adotada pelo Observatório das Metrópoles – Núcleo Região Metropolitana de Maringá.

Para a seleção dos indivíduos utilizou-se a técnica de amostragem aleatória sistemática. O tamanho amostral mínimo foi definido com base na fórmula:  $n = Z^2PQ/d^2$ , sendo  $n$  = tamanho amostral mínimo;  $Z$  = variável reduzida;  $P$  = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado. Adotou-se 50% para a probabilidade de ocorrência dos eventos de interesse, associado a erro de estimativa de 5% e confiabilidade da amostra em 95%. Foram acrescentados 10% (38 indivíduos) à amostra mínima calculada (383

indivíduos), considerando-se a possibilidade de perdas. Dessa forma, o presente estudo incluiu 421 indivíduos que foram abordados em seus domicílios, conforme as subamostras proporcionais ao número de homens adultos em cada Área de Ponderação.

De posse do número de indivíduos foram sorteadas aleatoriamente as ruas a serem visitadas. Com intervalo predefinido, foi abordado um indivíduo morador na quarta residência à direita da rua. Quando o indivíduo não se encontrava em casa passava-se para unidade domiciliar seguinte. As entrevistas foram realizadas predominantemente durante os dias úteis da semana, nos períodos matutino e vespertino, entre os meses de janeiro a julho de 2013.

Os comportamentos em saúde foram considerados as variáveis de interesse: uso abusivo de álcool (consumo de cinco doses ou mais de qualquer bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias; considerou-se como dose uma meia garrafa ou uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou um drinque de bebida destilada) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000)<sup>(9)</sup>, tabagismo (sim/não), atividade física insuficiente (pelo menos 30 minutos, cinco dias por semana) (HASKEL et al., 2007)<sup>(10)</sup>, dieta inadequada (uso de frutas, verduras e/ou hortaliças menos do que cinco vezes por semana) (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009)<sup>(11)</sup>, situação vacinal inadequada conforme calendário oficial do Ministério da Saúde (referida pelo respondente ou mediante verificação da carteira vacinal), realização de exames preventivos de rotina (sim/não – considerando exames de sangue – função renal e hepática, perfil lipídico, glicemias – oftalmológicos, odontológicos e de rastreamento para o câncer de próstata), automedicação (sim/não para uso de medicamentos não prescritos) e atividades de lazer (sim/não para atividades, não apenas de interesse físico).

Os dados foram coletados mediante instrumento composto por questões fechadas e abertas elaborado pelos pesquisadores. Os indivíduos foram abordados e receberam explicação adequada acerca dos objetivos do estudo e do processo de coleta dos dados. Após o preenchimento, os instrumentos foram conferidos quanto à presença de falhas, antes da compilação em banco de dados, no software Microsoft Office Excel 2010. A análise de dados foi realizada mediante estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o teste de Qui-quadrado de Pearson e medida de associação representada pelo *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando  $p < 0,05$  para o teste realizado.

O projeto do inquérito foi submetido e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), sob o Parecer com o número de protocolo 162.077 (CAAE: 10754612.2.000.0104). Foram observados todos os preceitos acerca da ética em pesquisas com seres humanos, inclusive o uso do TCLE, conforme preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados**

Foram pesquisados 421 indivíduos com idade média de 40,9 anos. A composição da amostra foi a seguinte: 28% com idade entre 40 e 49 anos, 58% de cor branca, 67,9% com companheira, 71,3% têm filhos, 89,8% de adeptos a religiões, 36,8% com ensino médio completo, 80,3% inseridos no mercado de trabalho, 34% com renda entre 2,1 e 4 salários mínimos, 40,9% de empregadores/autônomos, 52,7% sem plano de saúde, e 53% da classe econômica B.

Quanto à prevalência dos comportamentos em saúde estudados, 30,4% dos homens em estudo relatou consumo abusivo de álcool; 19,5% tabagismo; 86,2% atividade física insuficiente; 39,2% dieta inadequada; 24,9% situação vacinal inadequada; 42,3% não realização de exames de rotina; 44,7% a automedicação; e 36,3% a não realização de atividades de lazer.

Os homens com idade entre 20 e 29 anos foram os que mais se referiram ao consumo abusivo de álcool (42,9%), e aqueles com mais de 40 anos mostraram-se protegido, quando comparados aos mais jovens. Indivíduos com renda maior do que seis salários mínimos (OR=2,1) e com plano de saúde (OR=1,8) apresentaram maiores chances de utilizarem o álcool de modo abusivo, e os indivíduos inseridos nas classes econômicas B e C mostraram-se protegidos. No que se refere ao tabagismo constatou-se o inverso nas associações com renda maior de seis salários, plano de saúde e classe econômica (OR=8,3). Além disso, destaca-se que a frequência de tabagistas foi significativamente menor entre os indivíduos que professavam alguma religião e tinham nível superior de ensino (Tabela 1).

Tabela 1 – Consumo abusivo de álcool e tabagismo, segundo características socioeconômicas em análise univariada, homens adultos, Maringá, PR, 2013

Características socioeconômicas	Consumo abusivo de álcool				Tabagismo			
	n	%	p	OR (IC95%)	n	%	p	OR (IC95%)
Faixa Etária								
20 a 29	39	42,9	-	1	16	17,6	-	1
30 a 39	31	32,6	0,151	0,6 (0,3-1,2)	19	20,0	0,673	1,2 (0,6-2,4)
40 a 49	31	26,3	0,012	0,5 (0,2-0,8)	23	19,5	0,726	1,1 (0,6-2,3)
50 a 59	27	23,1	0,003	0,4 (0,2-0,7)	24	20,5	0,595	1,2 (0,6-2,4)
Cor								
Branca	79	32,4	0,301	1,3 (0,8-1,9)	45	18,4	0,529	0,8 (0,5-1,4)
Não branca	49	27,7			37	20,9		
Situação Conjugal								
Sem companheira	48	35,6	0,114	1,4 (0,9-2,2)	33	24,4	0,077	1,6 (0,9-2,6)
Com companheira	80	28,0			49	17,1		
Ter filhos								
Sim	87	29,0	0,324	0,8 (0,5-1,3)	64	21,3	0,130	1,6 (0,9-2,7)
Não	41	33,9			18	14,9		
Religião								
Sim	112	29,6	0,306	0,7 (0,4-1,4)	67	17,7	0,007	0,4 (0,2-0,8)
Não	16	37,2			15	34,9		
Escolaridade								
Até 4ª série	12	24,0	-	1	15	30,0	-	1
Fundamental	27	27,0	0,693	1,2 (0,5-2,6)	22	22,0	0,286	0,7 (0,3-1,4)
Médio	41	26,5	0,731	1,1 (0,5-2,4)	34	21,9	0,247	0,7 (0,3-1,3)
Superior	45	39,8	0,053	2,1 (1,0-4,4)	10	8,8	0,001	0,2 (0,1-0,5)
Trabalho								
Sim	102	30,2	0,839	1,0 (0,6-1,8)	63	18,6	0,381	0,8 (0,4-1,4)
Não	26	31,3			19	22,9		
Renda Familiar*								
Até 2	18	25,4	-	1	25	35,2	-	1
2 a 4	35	24,5	0,889	0,9 (0,5-1,8)	18	12,6	<0,001	0,3 (0,1-0,5)
4 a 6	28	29,5	0,558	1,2 (0,6-2,4)	21	22,1	0,064	0,5 (0,3-1,0)
Mais de 6	46	42,0	0,023	2,1 (1,1-4,0)	18	16,1	0,004	0,3 (0,1-0,7)
Status Ocupacional								
Empregador/Autônomo	54	31,4			33	19,2		
Empregado	48	30,6	0,872	0,9 (0,6-1,5)	27	17,2	0,641	0,9 (0,5-1,5)
Aposentado/em licença médica	10	21,3	0,180	0,6 (0,3-1,2)	12	25,5	0,342	1,4 (0,7-3,0)
Desempregado	6	30,0	0,899	0,9 (0,3-2,5)	6	30,0	0,261	1,8 (0,6-0,5)
Estudante/Estagiário	10	40,0	0,393	1,4 (0,6-3,4)	4	16,0	0,704	0,8 (0,2-2,5)
Plano de Saúde								
Sim	73	36,7	0,006	1,8 (1,2-2,7)	30	15,1	0,029	0,6 (0,3-0,9)
Não	54	24,4			52	23,5		
Classe Econômica								
Classe A	18	58,1	-	1	6	19,4	-	1
Classe B	77	34,5	0,013	0,4 (0,2-0,8)	37	16,6	0,701	0,8 (0,3-2,1)
Classe C	29	18,5	<0,001	0,2 (0,1-0,4)	33	21,0	0,835	1,1 (0,4-2,9)
Classe D	4	44,4	0,472	0,6 (0,1-2,6)	6	66,7	0,012	8,3 (1,6-43,3)

\*Categorizada em salários mínimos.

Quanto à atividade física insuficiente constatou-se associação significativa com os homens de 30 a 39 anos ( $p=0,045$ ) e que trabalham ( $p<0,001$ ), ao passo que indivíduos com ensino médio/superior, renda familiar maior do que seis salários mínimos, status ocupacional de empregado, aposentado ou em licença médica, desempregado e estudante, e com plano de saúde mostraram-se protegidos, isto é, referiram menos atividade física insuficiente. No sentido de proteção contra a dieta inadequada, e no caso da atividade física, evidenciou-se associação com os maiores níveis de escolaridade, com o aumento da renda e posse de plano de saúde. Indivíduos da classe econômica C apresentaram três vezes mais chances para ter dieta inadequada (Tabela 2).

Tabela 2 – Atividade Física Insuficiente e Padrão Alimentar Inadequado, segundo características socioeconômicas em análise univariada, homens adultos, Maringá, PR, 2013

Características socioeconômicas	Atividade Física Insuficiente				Dieta Inadequada			
	n	%	p	OR (IC95%)	n	%	p	OR (IC95%)
Faixa Etária								
20 a 29	74	81,3	-	1	37	40,7	-	1
30 a 39	87	91,6	0,045	2,5 (1,0-6,1)	41	43,2	0,730	1,1 (0,6-2,0)
40 a 49	101	85,6	0,408	1,4 (0,6-2,8)	43	36,4	0,534	0,8 (0,5-1,4)
50 a 59	101	86,3	0,329	1,4 (0,7-3,0)	44	37,6	0,654	0,9 (0,5-1,5)
Cor								
Branca	209	85,7	0,692	0,9 (0,5-1,6)	90	36,9	0,255	0,8 (0,5-1,2)
Não branca	154	87,0			75	42,4		
Situação Conjugal								
Sem companheira	118	87,4	0,628	1,2 (0,6-2,1)	103	36,0	0,052	1,5 (1,0-2,2)
Com companheira	245	85,7			62	45,9		
Ter filhos								
Sim	260	86,7	0,678	1,3 (0,6-2,0)	50	41,3	0,570	0,9 (0,6-1,3)
Não	103	85,1			115	38,3		
Religião								
Sim	323	85,4	0,173	0,4 (0,1-1,5)	146	38,6	0,479	0,8 (0,4-1,5)
Não	40	93,0			19	44,2		
Escolaridade								
Até 4ª série	49	98,0	-	1	26	52,0	-	1
Fundamental	90	90,0	0,111	0,2 (0,1-1,4)	44	44,0	0,355	0,7 (0,4-1,4)
Médio	134	86,5	0,049	0,2 (0,1-0,9)	56	36,1	0,048	0,5 (0,2-0,9)
Superior	88	77,9	0,011	0,1 (0,0-0,5)	36	31,9	0,016	0,4 (0,2-0,8)
Trabalho								
Sim	303	89,6	<0,001	3,3 (1,8-6,0)	25	30,1	0,059	1,7 (1,0-2,7)
Não	60	72,3			140	41,4		
Renda Familiar*								
Até 2	64	90,1	-	1	33	46,5	-	1
2 a 4	122	85,3	0,327	0,6 (0,3-1,5)	70	49,0	0,733	1,1 (0,6-1,9)
4 a 6	90	94,7	0,265	1,9 (0,6-6,4)	36	37,9	0,268	0,7 (0,3-1,3)
Mais de 6	87	77,7	0,035	0,4 (0,1-0,9)	26	23,2	<0,001	0,3 (0,2-0,6)

Status Ocupacional								
Empregador/ Autônomo	160	93,0	-	1	67	39,0	-	1
Empregado	133	84,7	0,018	0,4 (0,2-0,8)	67	42,7	0,493	1,1 (0,7-1,8)
Aposentado/em licença médica	36	76,6	0,002	0,2 (0,1-0,6)	17	36,2	0,728	0,9 (0,4-1,7)
Desempregado	14	70,0	0,002	0,2 (0,1-0,5)	6	30,0	0,437	0,6 (0,2-1,8)
Estudante/ Estagiário	20	80,0	0,039	0,3 (0,1-0,9)	8	32,0	0,505	0,7 (0,3-1,8)
Plano de Saúde								
Sim	200	81,4	0,007	0,5 (0,3-0,8)	61	30,7	<0,001	0,5 (0,3-0,8)
Não	162	90,5			104	47,1		
Classe Econômica								
Classe A	26	83,9	-	1	7	22,6	-	1
Classe B	182	81,6	0,760	0,8 (0,3-2,3)	80	35,9	0,149	1,9 (0,8-4,6)
Classe C	147	93,6	0,077	2,8 (0,9-8,9)	73	46,5	0,017	3,0 (1,2-7,3)
Classe D	8	88,9	0,712	1,5 (0,2-15,2)	5	55,6	0,068	4,2 (0,9-20,4)

\*Categorizada em salários mínimos.

Em relação à situação vacinal inadequada constatou-se que os homens sem companheira ( $p=0,006$ ) e da classe econômica D ( $p=0,007$ ) apresentaram maiores chances de não ter o calendário vacinal completo (OR=1,9 e OR=11,6, respectivamente). Entre os homens que professam alguma religião, por sua vez, constatou-se associação inversa. Quanto a não realização de exames de rotina os homens com mais de 40 anos, com filhos, aposentados ou em licença médica e com plano de saúde apresentaram menor frequência de não realização; já, entre os homens sem companheira ( $p=0,002$ ) e da classe econômica C ( $p=0,038$ ), a não realização dos exames mostrou-se significativamente maior (Tabela 3).

Tabela 3 – Situação vacinal inadequada e não realização de exames preventivos de rotina, segundo características socioeconômicas em análise univariada, homens adultos, Maringá, PR, 2013

Características socioeconômicas	Situação Vacinal Inadequada				Não-realização de exames			
	n	%	p*	OR (IC95%)	n	%	p	OR (IC95%)
Faixa Etária								
20 a 29	23	25,3	-	1	50	54,9	-	1
30 a 39	19	20,0	0,391	0,7 (0,3-1,4)	57	60,0	0,486	1,2 (0,7-2,2)
40 a 49	30	25,4	0,980	1,0 (0,5-1,9)	45	38,1	0,016	0,5 (0,3-0,9)
50 a 59	33	28,2	0,637	1,1 (0,6-2,1)	26	22,2	<0,001	0,2 (0,1-0,4)
Cor								
Branca	57	23,4	0,379	0,8 (0,5-1,3)	98	40,2	0,302	0,8 (0,5-1,2)
Não branca	48	27,1			80	45,2		
Situação Conjugal								
Sem companheira	60	33,3	0,006	1,9 (1,2-2,9)	72	53,3	0,002	1,9 (1,3-2,9)
Com companheira	45	21,0			106	37,1		
Ter filhos								
Sim	75	25,0	0,965	1,0 (0,6-1,6)	62	38,7	0,018	0,6 (0,4-0,9)
Não	225	24,8			51,2			

Religião									
Sim	88	23,3			159	42,1			
Não	17	39,5	0,020	0,5 (0,2-0,9)	19	44,2	0,789	0,9 (0,5-1,7)	
Escolaridade									
Até 4ª série	16	32,0	-	1	22	44,0	-	1	
Fundamental	28	28,0	0,612	0,8 (0,4-1,7)	45	45,0	0,908	1,0 (0,5-2,0)	
Médio	31	20,0	0,082	0,5 (0,3-1,0)	64	41,3	0,736	0,9 (0,5-1,7)	
Superior	29	25,7	0,405	0,7 (0,3-1,5)	46	40,7	0,694	0,9 (0,4-1,7)	
Trabalho									
Sim	78	23,1			150	44,4			
Não	27	32,5	0,075	0,6 (0,4-1,0)	28	33,7	0,079	1,6 (0,9-2,6)	
Renda Familiar*									
Até 2	16	22,5	-	1	31	43,7	-	1	
2 a 4	47	32,9	0,120	1,7 (0,8-3,2)	65	45,5	0,804	1,0 (0,6-1,9)	
4 a 6	22	23,2	0,925	1,0 (0,5-2,1)	47	49,5	0,458	1,2 (0,7-2,3)	
Mais de 6	20	17,9	0,439	0,7 (0,3-1,5)	35	31,2	0,090	0,6 (0,3-1,0)	
Status Ocupacional									
Empregador/Autônomo	47	27,3	-	1	83	48,3	-	1	
Empregado	30	19,1	0,080	0,6 (0,3-1,0)	65	41,4	0,212	0,7 (0,5-1,1)	
Aposentado/em licença médica	14	29,8	0,739	1,1 (0,5-2,3)	6	12,8	<0,001	0,2 (0,1-0,4)	
Desempregado	8	40,0	0,240	1,8 (0,7-4,6)	9	45,0	0,783	0,9 (0,3-2,2)	
Estudante/ Estagiário	6	24,0	0,726	0,8 (0,3-2,2)	15	60,0	0,276	1,6 (0,7-3,7)	
Plano de Saúde									
Sim	47	23,6			69	34,7			
Não	57	25,8	0,606	0,9 (0,6-1,4)	109	49,3	0,002	0,5 (0,3-0,8)	
Classe Econômica									
Classe A	3	9,7	-	1	8	25,8	-	1	
Classe B	57	25,6	0,063	3,2 (1,0-10,9)	92	41,3	0,104	2,0 (0,9-4,7)	
Classe C	40	25,5	0,067	3,1 (0,9-11,0)	73	46,5	0,038	2,5 (1,0-5,9)	
Classe D	5	55,6	0,007	11,6 (2,0-68,7)	5	55,6	0,104	3,6 (0,7-16,7)	

\*Categorizada em salários mínimos.

Entre os homens do presente estudo não se constatou associação nenhuma das variáveis socioeconômicas com a automedicação. Já, para a não realização de atividades de lazer, os homens com mais de 50 anos ( $p=0,043$ ) e, principalmente, os inseridos na classe econômica C ( $p<0,001$ ) apresentaram maiores chances (OR=1,8 e OR=15,0, respectivamente). Porém, homens de cor branca, com nível superior de escolaridade, renda maior do que seis salários mínimos e com plano de saúde demonstraram ser mais adeptos à prática do lazer (Tabela 4).

Tabela 4 – Automedicação e não prática de lazer, segundo características socioeconômicas, homens adultos, Maringá, PR, 2013

Características socioeconômicas	Automedicação				Não-realização de lazer			
	N	%	p*	OR (IC95%)	n	%	p	OR (IC95%)
Faixa Etária								
20 a 29	41	45,1	-	1	25	27,5	-	1
30 a 39	43	45,3	0,977	1,0 (0,5-1,8)	36	37,9	0,131	1,6 (0,8-3,0)
40 a 49	54	45,8	0,919	1,0 (0,6-1,8)	44	37,3	0,136	1,5 (0,8-2,8)
50 a 59	50	42,7	0,738	0,9 (0,5-1,6)	48	41,0	0,043	1,8 (1,0-3,3)
Cor								
Branca	112	45,9	0,546	1,1 (0,7-1,6)	77	31,6	0,017	0,6 (0,4-0,9)
Não branca	76	42,9			76	42,9		
Situação Conjugal								
Sem companheira	61	45,2	0,881	1,0 (0,7-1,5)	47	34,8	0,654	0,9 (0,6-1,4)
Com companheira	127	44,4			106	37,1		
Ter filhos								
Sim	135	45,0	0,823	1,0 (0,7-1,6)	116	38,7	0,118	1,4 (0,9-2,2)
Não	53	43,8			37	30,6		
Religião								
Sim	170	45,0	0,697	1,1 (0,6-2,1)	133	35,2	0,143	0,6 (0,3-1,2)
Não	18	41,9			20	46,5		
Escolaridade								
Até 4ª série	24	48,0	-	1	24	48,0	-	1
Fundamental	35	35,0	0,126	0,6 (0,3-1,1)	50	50,0	0,817	1,0 (0,5-2,1)
Médio	69	44,5	0,667	0,9 (0,4-1,6)	55	35,5	0,116	0,6 (0,3-1,1)
Superior	57	50,4	0,774	1,1 (0,6-2,1)	24	21,2	0,001	0,2 (0,1-0,6)
Trabalho								
Sim	154	45,6	0,450	1,2 (0,7-1,9)	125	37,0	0,582	1,1 (0,7-1,9)
Não	34	41,0			28	33,7		
Renda Familiar*								
Até 2	31	43,7	-	1	34	47,9	-	1
2 a 4	60	42,0	0,812	0,9 (0,5-1,6)	65	45,5	0,737	0,9 (0,5-1,6)
4 a 6	39	41,1	0,736	0,9 (0,5-1,6)	35	36,8	0,154	0,6 (0,3-1,1)
Mais de 6	58	51,8	0,285	1,4 (0,7-2,5)	19	17,0	<0,001	0,2 (0,1-0,4)
Status Ocupacional								
Empregador/Autônomo	78	45,3	-	1	64	37,2	-	1
Empregado	70	44,6	0,890	0,9 (0,6-1,5)	57	36,3	0,865	0,9 (0,6-1,5)
Aposentado/em licença médica								
Desempregado	7	35,0	0,381	0,6 (0,2-1,7)	8	40,0	0,807	1,1 (0,4-2,9)
Estudante	13	52,0	0,534	1,3 (0,5-3,0)	5	20,0	0,100	0,4 (0,1-1,1)
Plano de Saúde								
Sim	94	47,2	0,333	1,2 (0,8-1,8)	57	28,6	0,002	0,5 (0,3-0,8)
Não	94	42,5			96	43,4		
Classe Econômica								
Classe A	19	61,3	-	1	2	6,5	-	1
Classe B	99	44,4	0,081	0,5 (0,2-1,0)	66	29,6	0,015	6,0 (1,4-26,2)
Classe C	67	42,7	0,061	0,5 (0,2-1,0)	80	51,0	<0,001	15,0 (3,4-65,3)
Classe D	3	33,3	0,148	0,3 (0,1-1,5)	4	44,4	0,014	11,6 (1,6-81,1)

\*Categorizada em salários mínimos.

## Discussão

De pronto, ressaltam-se limitações metodológicas, como o tipo de estudo transversal que não permite estabelecer relações de causalidade, e os horários de coleta de dados, considerando-se que não permitiram contato com homens que trabalhavam nos respectivos horários de coleta. Porém, ressalta-se que os resultados apontam para diferenças nos perfis dos comportamentos em saúde entre homens adultos, conforme as características socioeconômicas e demográficas estudadas, os quais devem ser observados e considerados nas estratégias de atenção à saúde do homem.

O consumo abusivo de álcool constitui-se em um fator predisponente às doenças e agravos não transmissíveis (doenças cardiovasculares e causas externas, por exemplo), e ainda predomina na população masculina. A prevalência encontrada no presente estudo (30,4%) mostrou-se um pouco maior do que a encontrada em inquérito telefônico, realizado em nível nacional, que foi de 26,8% (ISSER et al., 2012)<sup>(12)</sup>. A constatação de que os homens mais jovens e com maior renda familiar (com plano de saúde supostamente associado) estão mais predispostos ao uso abusivo de álcool, além de corroborar os achados de inquérito domiciliar realizado na Bahia (FERREIRA et al., 2011)<sup>(13)</sup>, sinaliza a importância de um direcionamento da atenção à saúde para esses indivíduos. Considerando-se as dificuldades enfrentadas pelos serviços públicos de saúde em alcançar os homens mais jovens, ressalta-se a necessidade de ações de prevenção e promoção, o que pode ser implementado em associação com o setor de saúde suplementar.

No que tange ao tabagismo ressalta-se o inverso em relação ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas, ou seja, a predominância entre homens de menor renda. Em estudo que condensou inquéritos populacionais realizados em Pelotas, desde 1999, foi evidenciado que, quanto menor a renda familiar, maior a prevalência do tabagismo entre os homens (DIAS-DAMÉ; CESAR; SILVA, 2011)<sup>(14)</sup>. No concernente à escolaridade, em estudo realizado nas capitais brasileiras foi constatada maior concentração de fumantes entre homens de menor escolaridade em âmbito nacional, no entanto, na região Sul essa concentração foi superior entre aqueles com maior escolaridade (AZEVEDO E SILVA et al., 2009)<sup>(15)</sup>. As classes econômicas menos afortunadas continuam predispostas ao tabagismo, associadas, principalmente, ao início precoce desse hábito (MACHADO NETO, et al., 2010)<sup>(16)</sup>.

A despeito de tendências temporais indicarem redução expressiva desse hábito entre os homens, salienta-se a necessidade de continuidade das intervenções no sentido de

dirimir o hábito de fumar (AZEVEDO E SILVA; VALENTE; MALTA, 2011)<sup>(17)</sup>, inclusive com levantamento dos indicadores de tratamento como forma de avaliação das ações de controle dessa epidemia (MEIER; SECCO; VANNUCHI, 2012)<sup>(18)</sup>. As políticas públicas voltadas para o combate ao tabagismo têm reproduzido ações tradicionais de cunho estritamente científico, entretanto, em revisão da literatura nacional constata-se que muitos estudos revelam os benefícios da religiosidade em relação a essa problemática, sobretudo no âmbito da atenção primária à saúde, e sugerem a aliança entre representações religiosas e políticas públicas (PORTES; GUIMARÃES, 2012)<sup>(19)</sup>.

A prevalência de indivíduos sedentários ou insuficientemente ativos foi relativamente alta entre os homens adultos, pois, o presente estudo não considerou atividades ocupacionais, de locomoção ou relativas ao trabalho doméstico. Indiscutíveis são os benefícios da atividade física regular para a saúde de indivíduos adultos, visando principalmente à qualidade de vida em idades mais avançadas (HASKELL et al., 2007)<sup>(10)</sup>. A associação com a idade maior que 30 anos entre homens também foi identificada em estudo de base populacional realizado em Juiz de Fora (VAN EYKEN; MORAES, 2009)<sup>(5)</sup> e a relação com o trabalho mostrou-se tanto em estudos de abordagem quantitativa (MARTINS et al., 2009)<sup>(6)</sup>, quanto nos qualitativos (SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(20)</sup>, em que razões como a falta de tempo, o excesso de trabalho, o cansaço e a falta de disposição restringem a prática de atividade física.

Juntamente com a prática de atividade física, estabelecer uma dieta adequada, isto é, de proteção à saúde, converge positivamente para a prevenção de doenças como as neoplasias gastrointestinais, as doenças isquêmicas do coração e os acidentes vasculares cerebrais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003)<sup>(21)</sup>. A prevalência de dieta inadequada no presente estudo não se mostrou tão alta quanto em inquérito realizado em 16 capitais brasileiras (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009)<sup>(11)</sup> (69,4%), superando expectativas em nível mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003)<sup>(21)</sup>, principalmente na população masculina, para a qual as pesquisas estimam menores frequências de dieta adequada (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008; NEUTZLING et al., 2009)<sup>(22-23)</sup>. Para além das diferenças entre os sexos, considera-se importante discutir as diferenças regionais no país, decorrentes das desigualdades no desenvolvimento econômico.

Os comportamentos em relação à dieta, considerados inadequados, são mais observados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com maior consumo de alimentos

como pães, embutidos, biscoitos, refeições prontas e refrigerantes, focalizando-se as capitais (SILVA, 2011)<sup>(24)</sup>. No entanto, no presente estudo observou-se que a classe econômica C apresentou associação com a dieta inadequada, coadunando-se com os resultados encontrados em Pelotas, em que a prevalência do consumo de frutas, verduras e hortaliças decaía quanto menor o nível econômico (NEUTZLING et al., 2009)<sup>(23)</sup>. Esse achado se contrapõe, por exemplo, à realidade de Florianópolis que possui estabelecimentos denominados “Direitos do Campo”, que comercializam frutas e verduras a baixo preço, ampliando o acesso da população com restrições econômicas e colaborando para estratégias governamentais. Sobre os maiores níveis de escolaridade e renda, em estudos internacionais realizados na França e no Canadá, os autores também identificaram maior consumo desses alimentos por essas populações, sugerindo-se que estudos futuros investiguem as disparidades socioeconômicas que implicam dieta adequada (ESTAQUIO et al., 2008; DEGHAN; AKHTAR; DANESH, 2011)<sup>(25-26)</sup>.

No que tange à situação vacinal constatou-se que praticamente 1/4 da amostra estudada declarou ou comprovou, por meio do cartão, estar com o calendário vacinal incompleto. Vale salientar que, embora a vacinação para adultos já estivesse incorporada à rotina dos serviços de saúde (por meio da vacina dupla bacteriana), o calendário oficial para adultos só foi legitimado mediante Portaria Ministerial, em 2004, possibilitando, por exemplo, a imunização para febre amarela entre aqueles não vacinados na infância (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013)<sup>(27)</sup>.

Em estudo ecológico, realizado com dados referentes ao município de Maringá, os autores questionaram a veracidade dos dados sobre cobertura vacinal em adultos, destacando que esses indivíduos estimam pouco os cuidados voltados à promoção e à proteção da saúde, dentre eles a vacinação (MARQUES et al., 2012)<sup>(28)</sup>, e, por outro lado, também há escassez de estudos sobre a situação vacinal em grupos populacionais, que não de crianças (YOKOKURA et al., 2013)<sup>(29)</sup>. Destarte, em estudo realizado junto a universitários com idade média de 22 anos, os autores constataram maior frequência de situação vacinal adequada entre as mulheres, embora sem diferença estatisticamente significativa (OLIVEIRA et al., 2012)<sup>(30)</sup>.

Desse modo, ressalta-se a necessidade de estratégias na prática assistencial e em pesquisa que se dediquem a investigar a situação e cobertura vacinal na população adulta, especialmente entre os homens. Isto poderá ser feito por meio de monitoramento rápido com a avaliação da vacinação realizada nos serviços de saúde e de inquéritos domiciliares

(MORAES; RIBEIRO, 2008)<sup>(31)</sup>, o que permitirá identificar, entre outros aspectos, desigualdades sociais, econômicas e de gênero no que tange à situação vacinal. Credita-se, portanto, mérito à realização do presente estudo por se apontar fatores associados à situação vacinal inadequada para a população masculina adulta, sobretudo ao envolver a ausência de companheira e a classe econômica.

A não realização de exames preventivos de rotina, além de estar ligada diretamente à procura por serviços de saúde (COUTO et al., 2010)<sup>(7)</sup>, também mostrou-se associada aos fatores ausência de companheira e classe econômica. Em estudo realizado com homens idosos também foi evidenciado que aqueles com companheira realizavam mais exames periódicos de prevenção (LUZ; SILVA; MATTOS, 2013)<sup>(32)</sup>, o que reitera a força do exemplo e do papel feminino de orientação no comportamento masculino em saúde.

A disponibilidade da atenção gratuita à saúde para as classes econômicas menos abastadas e o investimento governamental para ampliação de ações voltadas à população masculina devem colaborar para que os homens menos favorecidos economicamente possam acessar cuidados preventivos nos serviços. A realização de exames periódicos pode contribuir para a melhora dos indicadores de saúde masculina, no que se refere à mortalidade decorrente de doenças cardiovasculares e neoplasias malignas (OLIVEIRA; ROSA, 2012)<sup>(33)</sup>.

Homens acima dos 40 anos, com filhos, aposentados ou em licença médica, e com plano de saúde foram os que mais declararam realizar exames preventivos de rotina. Também se constata na literatura a associação da idade e da posse de plano de saúde com a realização de exames preventivos, especialmente o de rastreamento do câncer de próstata (LUZ; SILVA; MATTOS, 2013)<sup>(32)</sup>. No que concerne ao status ocupacional destaca-se que a motivação para a realização do exame pode estar relacionada a especificidades do próprio status, como o fato de estar aposentado, por doença, inclusive, e pela relativa disponibilidade para o cuidado, e a licença médica que também pode influenciar os hábitos masculinos em relação à procura pelos exames preventivos. Ter filhos também foi identificado como um fator associado à manutenção dessa prática, supostamente como motivador para o cuidado com a saúde.

A prevalência de automedicação entre os homens foi de 44,7%, menor que a evidenciada entre os homens adultos de Bambuí-Minas Gerais, que foi de 52,7% (LOYOLA FILHO et al., 2002)<sup>(34)</sup>, e em Belém, que foi de 59,3% (SILVA et al., 2013)<sup>(35)</sup>. Por outro lado, em Aragón-Espanha identificou-se prevalência de 11,5% de automedicação

entre mulheres e idosos (CARRERA-LASFUENTES et al., 2013)<sup>(36)</sup>, o que pode sugerir relação inversa entre busca de serviços de saúde e automedicação, considerando-se que mulheres e idosos buscam mais frequentemente os serviços. Mesmo que não se tenha constatado fatores significativamente associados à automedicação, mostra-se necessário o empenho em estratégias educativas e de vigilância por profissionais de saúde, no sentido de estimular o uso racional de medicamentos e combater reações adversas, interações medicamentosas e baixa adesão a terapêuticas prescritas entre homens adultos.

Quanto a não realização de qualquer atividade no lazer, a prevalência encontrada mostra-se relativamente baixa (36,3%) quando comparada a de outros estudos com homens adultos, como 47,3% em Florianópolis (MARTINS et al., 2009)<sup>(6)</sup> e 49,2% em Pelotas (AZEVEDO et al., 2008)<sup>(37)</sup>. Nesses estudos, porém, basicamente foi considerada a atividade física de lazer, e não outras atividades voltadas ao entretenimento ou a outros interesses que não o físico; passeios, viagens e cinema.

Semelhante ao evidenciado em outros comportamentos, a escolaridade, a renda familiar e posse de plano de saúde estiveram associadas inversamente a não realização de atividades de lazer, configurando-se em variáveis importantes quando se busca investigar o comportamento em saúde entre os homens. Os homens com mais de 50 anos e de classe econômica C, principalmente, apresentaram prevalências e chances maiores de não desenvolverem qualquer atividade de lazer, o que indica a necessidade de atenção a essa parcela da população em específico, a fim de estimulá-la. A exemplo do estudo realizado em Florianópolis (com ambos os sexos) (MARTINS et al., 2009)<sup>(6)</sup>, a cor da pele esteve associada a não realização de atividades de lazer, indicando-se maior prevalência da não realização entre os não brancos.

Os resultados do presente estudo acrescentam ao conhecimento em saúde do homem acerca das especificidades no perfil dos comportamentos em saúde, conforme as características socioeconômicas e demográficas, e, por isso, podem ser levados em consideração no direcionamento de ações pelos profissionais de saúde.

## **Conclusão**

As prevalências identificadas para os comportamentos, sobretudo para a atividade física insuficiente e para o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, chamam a atenção para a necessidade de intervenções contínuas dos profissionais de saúde e mudanças na ótica da política que norteia programas e estratégias de atenção ao homem em idade adulta.

Os perfis delineados neste estudo apontam para fatores associados que representam proteção ou que aumentam as chances para a ocorrência de certos comportamentos inadequados. As variáveis faixa etária, cor da pele, situação conjugal, religião, escolaridade, trabalho, renda familiar, plano de saúde e classe econômica mostraram-se associadas a um ou mais comportamentos inadequados em saúde, predispondo a práticas inadequadas ou como fatores de proteção. Constatou-se dificuldade em discutir a associação dos comportamentos com as variáveis “filhos” e “status ocupacional”, devido à escassez de estudos que analisaram essas variáveis. Propõe-se, portanto, a realização de estudos que contemplem tais variáveis, em diferentes localidades, porque elas podem estar associadas às escolhas masculinas em relação ao seu comportamento em saúde.

Por fim, há que se refletir sobre os achados acerca dos comportamentos masculinos, não apenas considerando-se as variáveis associadas de modo isolado, mas também as tensões sociais que influenciam o modo com que os homens se portam frente a sua saúde. Os dados epidemiológicos devem ser analisados também à luz da construção social das relações em saúde, cabendo, assim, a categoria relacional de gênero como um instrumento importante para a compreensão do comportamento masculino.

### Referências

1. Abreu DMX, César CC, França EB. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(12):2672-82
2. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho AS, Silva SFC. Política de saúde do homem. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(Supl): 108-16.
3. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 659-78.
4. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10): 2617-26.
5. Van Eyken EBBDO, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1): 111-23.
6. Martins TG, Assis MAA, Nahas MV, Gauche H, Moura EC. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):814-24.
7. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*. 2010; 14(33): 257-70.
8. Gonzalez B, Ribeiro JP. Comportamento de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psic Saúde Doenças*. 2004; 5(1): 107-27.

9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2000. Behavioral Risk Factor Surveillance System Spanish Questionnaire. Disponível em: <http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/q2000cspan.pdf>. Acessado em Janeiro de 2013.
10. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.*, 2007; 39 (8): 1423-1434, 2007.
11. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(6):491-8
12. Isser BPM, Yokota RTC, Sá NNB, Moura L, Malta DC. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil – principais resultados do Vigitel 2010. *Cienc Saúde Coletiva.* 2012; 17(9): 2343-56.
13. Ferreira LN, Sales ZN, Casotti CA, Júnior JPB, Júnior ACRB. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(8):1473-86.
14. Dias-Damé JL, Cesar JA, Silva SM. Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(11): 2166-74.
15. Azevedo e Silva G, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(Supl 2):48-56.
16. Machado Neto AS, Andrade TM, Napoli C, Abdon LCSL, Garcia MR, Bastos FI. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J Bras Pneumol.* 2010;36(6):674-82.
17. Azevedo e Silva G, Valente JG, Malta DC. Trends in smoking among the adult population in Brazilian capitals: a data analysis of telephone surveys from 2006 to 2009. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(Supl. 1):103-14.
18. Meier DAP, Secco IAO, Vannuchi MTO. Análise de indicadores de programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná. *Ciênc Cuid Saúde.* 2012; 11(Supl): 129-37.
19. Portes LH, Guimarães MBL. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. *Rev APS.* 2012; 15(1): 101-12.
20. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(5):961-70.
21. World Health Organization. Integrated prevention of non-communicable diseases. Executive Board, 113 th Session. Draft global strategy on diet, physical activity and health. EB113/44 Add. 1, 2003 [acesso em 22 ago 2012].
22. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 2008;42(5):777-85. [acesso em: 22 ago. 2012]. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500001&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500001&lng=en).
23. Neutzling MB, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(11):2365-74.

24. Silva AS. Consumo adequado de frutas, legumes e verduras: associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde. [dissertação]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2011 [acesso em: 22 ago. 2012]. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/9217/1/2011SaraAraujodaSilva.pdf>.
25. Estaquio C, Druesne-Pecollo N, Latino-Martel P, Dauchet L, Hercberg S, Bertrais S. Socioeconomic differences in fruit and vegetable consumption among middle-aged French adults: adherence to the 5 A Day recommendation. *J Am Diet Assoc.* 2008 Dec; 108(12):2021-30.
26. Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant AT. Factors associated with fruit and vegetable consumption among adults. *J Hum Nutr Diet.* 2011;24(2):128-34.
27. Domingues CMA, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013; 22(1): 9-27.
28. Marques FRB, Furlan MCR, Okubo P, Marcon SS. Relação entre morbidade hospitalar e cobertura vacinal contra Influenza A. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5): 686-93.
29. Yokokura AVCP, Silva AAM, Bernardes ACF, Lamy Filho FL, Alves MTSSB, Cabra NAL, et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(3):522-34.
30. Oliveira VC, Guimarães EAA, Flôr CR, Pinto IC. Situação vacinal dos estudantes da Universidade Federal de São João Del Rei, 2009. *Rev Min Enferm.* 2012; 16(4): 588-93.
31. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(Supl 1):113-24.
32. Luz LL, Silva JFS, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG. *Cienc Saúde Colet [periódico na internet]* 2013. [9 p.] [acesso em: 19 set. 2013]; Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.
33. Oliveira MCSM, Rosa TEC. Dia de Atenção à Saúde do Homem: ação estratégica da Unidade Médica de Saúde da Família do Rio Comprido, Jacareí, SP. *BIS: Bol Inst Saúde.* 2012; 14(1):41-7.
34. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(1):55-62.
35. Silva JAC, Gomes AL, Oliveira JPS, Sasaki YA, Maia BTB, Abreu BM. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. *Rev Bras Clin Med.* 2013; 11(1):27-30.
36. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Clemente Roldán E, Malo Fumanal S, Rabanaque Hernandez MJ. Medicine consumption in the adult population: Influence of self-medication. *Aten Primaria.* 2013 Sep 12. pii: S0212-6567(13)00165-0.
37. Azevedo MR, Horta BL, Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(Supl. 2):70-7.

## 7.2 Artigo 2

### UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR HOMENS ADULTOS EM MUNICÍPIO NO SUL DO BRASIL

### USE OF HEALTH SERVICES BY ADULT MEN IN A CITY IN SOUTHERN BRAZIL

### UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR HOMBRES ADULTOS EN MUNICIPIO EN EL SUR DE BRASIL

#### Resumo

Neste estudo objetivou-se estimar a prevalência e identificar fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens com idade entre 20 e 59 anos. Realizou-se inquérito domiciliar com 421 homens adultos, por amostragem aleatória sistemática, entre janeiro e julho de 2013. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva e inferencial com regressão logística múltipla. A prevalência de utilização dos serviços de saúde, nos três meses anteriores às entrevistas, foi de 42,8%, e os fatores associados foram: “status ocupacional”, “plano de saúde”, “tipo de gestão do serviço”, “internação no último ano” e “morbidade referida”. A utilização dos serviços de saúde foi maior entre homens aposentados ou em licença médica, desempregados, com plano de saúde, optantes pelo sistema privado, internados recentemente e com morbidade referida. Conclui-se que os serviços de saúde devem atender a demanda masculina conforme fatores associados à utilização dos serviços e avançarem para além da atenção curativa.

**Descritores:** Epidemiologia; Saúde do homem; Adulto; Serviços de saúde; Fatores socioeconômicos; Enfermagem.

#### Abstract

The purpose of the study was to estimate the prevalence and to identify the factors associated with the use of health services by men aged between 20 and 59 years old. A household survey was conducted with 421 adult men, through systematic and random sampling, between January and July 2013. For data analysis, descriptive and inferential statistics with multiple logistic regression was used. The prevalence of use of health services in the last three months was of 42.8%, and associated factors were “occupational status”, “health plan”, “management type of the service”, “hospitalization in the last year” and “reported morbidity”. Use of health services was higher among retired men or those on sick leave, unemployed, with health plan, users of the private system, recently hospitalized and with reported morbidity. In conclusion, health services must meet male demands according to factors associated with the use of services, and advance beyond curative care.

**Keywords:** Epidemiology; Men’s health; Adult; Health services; Socioeconomic factors; Nursing.

#### Resumen

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia e identificar factores asociados a la utilización de los servicios de salud por hombres con edad entre 20 y 59 años. Se realizó una averiguación domiciliar con 421 hombres adultos, por muestreo aleatorio sistemático, entre enero y julio de 2013. Para el análisis de los datos se utilizó estadística

descriptiva e inferencial con regresión logística múltiple. La prevalencia de utilización de los servicios de salud en los últimos tres meses fue de 42,8%, y los factores asociados fueron: “estatus ocupacional”, “plan de salud”, “tipo de gestión del servicio”, “internación en el último año” y “morbilidad referida”. La utilización de los servicios de salud fue mayor entre hombres jubilados o en licencia médica, desempleados, con plan de salud, con la opción por el sistema privado, internados recientemente y con morbilidad referida. Se concluye que los servicios de salud deben atender la demanda masculina conforme factores asociados a la utilización de los servicios y avanzar para más allá de la atención curativa.

**Descriptor:** Epidemiología; Salud del hombre; Adulto; Servicios de salud; Factores socioeconómicos; Enfermería.

## **Introdução**

No campo da produção do conhecimento sobre a saúde do homem, os estudos têm evoluído no sentido de dirimir as reduções acerca da saúde da população masculina em relação à feminina, refletir sobre desigualdades em saúde e apontar a importância do olhar ampliado para as diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao perfil da morbimortalidade (COUTO; GOMES, 2012)<sup>(1)</sup>. Importante revisão da literatura indica hipóteses explicativas para tais diferenças: singularidades biológicas e genéticas dos sexos; desigualdades de cunho social; diferenciais nas expectativas sociais para os sexos; atenção profissional de saúde voltada aos homens; procura e utilização dos serviços de saúde pelos homens (MCKINLAY, 2005)<sup>(2)</sup>.

A utilização dos serviços de saúde configura-se em um complexo comportamento, dotado de determinação multifacetada, segundo diferenças de localidade, socioeconômicas, perfil de morbidade, qualidade de vida e conhecimento sobre saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009)<sup>(3)</sup>. Em estudos sobre fatores associados à utilização dos serviços de saúde evidenciam-se variações importantes segundo idade, sexo, renda, escolaridade, cor da pele, inclusive por diferenças inerentes ao tipo de modelo assistencial adotado (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; SILVA et al., 2011)<sup>(4-5)</sup>. Nesse contexto, a aplicação de inquéritos em saúde fornece informações importantes sobre a população para a formulação de práticas e políticas em saúde, considerando-se que os serviços de saúde valem-se, especialmente, dos problemas vividos pelos usuários desses serviços para elaboração de suas ações (BASTOS et al., 2011)<sup>(6)</sup>.

Busca-se, com a realização de estudos sobre utilização dos serviços de saúde, identificar que fatores estão associados e que determinam a utilização dos serviços de saúde, neste caso, pela população masculina adulta. Conhecer tais fatores pode instrumentalizar profissionais e gestores de saúde no planejamento, operacionalização e avaliação de estratégias, programas e modelos de atenção (PILGER; MENON; MATHIAS,

2013)<sup>(7)</sup>, visando a promover a oferta e o acesso aos serviços de saúde para a melhoria do perfil de saúde da população masculina. Assim, questiona-se: Qual a prevalência e os fatores associados ao padrão de utilização dos serviços de saúde por homens adultos?

Os grupos de homens que utilizam o serviço de saúde não são homogêneos e, por isso, recomendações internacionais apontam para a necessidade de realização de estudos que demonstrem essas diferenças nos perfis, de modo a subsidiar abordagens alternativas a saúde dos homens (WHITE; WITTY, 2009)<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo estimar a prevalência e analisar fatores associados ao uso dos serviços de saúde por homens adultos, segundo características socioeconômicas e demográficas de utilização dos serviços e de saúde.

## **Métodos**

Trata-se de estudo transversal do tipo inquérito domiciliar, de base populacional, realizado junto a indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos, residentes no município de Maringá. O cálculo da amostra foi baseado na contagem populacional do Censo Demográfico de 2010 referente ao número de homens com idade entre 20 e 59 anos (103.819 – 60,2% dos homens em Maringá) e na divisão territorial do município em 20 Áreas de Ponderação, determinada pelo IBGE, a partir da inserção dos chefes de família no mercado de trabalho e adotada pelo Observatório das Metrópoles – Núcleo Região Metropolitana de Maringá.

Para a seleção dos indivíduos utilizou-se a técnica de amostragem aleatória sistemática. O tamanho amostral mínimo foi definido com base na fórmula:  $n = Z^2PQ/d^2$ , sendo  $n$  = tamanho amostral mínimo;  $Z$  = variável reduzida;  $P$  = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado. Adotaram-se os seguintes parâmetros e estimativas: 50%, para a prevalência de utilização dos serviços de saúde por homens adultos, associado a erro de estimativa de 5% e confiabilidade da amostra em 95%. Foram acrescentados 10% (38 indivíduos) à amostra mínima calculada (383 indivíduos), considerando-se a possibilidade de perdas.

Dessa forma, no presente estudo incluíram-se 421 indivíduos que foram abordados em seus domicílios, conforme as subamostras proporcionais ao número de homens adultos em cada Área de Ponderação. De posse do número de indivíduos foram sorteadas aleatoriamente as ruas a serem visitadas. Com intervalo predefinido, foi abordado um indivíduo morador na quarta residência à direita da rua. Na ausência do indivíduo passava-

se para o domicílio seguinte, porém, sem limites de substituição, não ocorrendo perdas referentes à falta de respondentes. As entrevistas foram realizadas predominantemente durante os dias úteis da semana, nos períodos matutino e vespertino, entre os meses de janeiro e julho de 2013.

A variável resposta “utilização do serviço de saúde” foi verificada por meio da questão “Quando procurou algum serviço de saúde pela última vez?” Para fins de análise, adotou-se o período de três meses anteriores à entrevista, a fim de reduzir o viés de recordatório referente às respostas que extrapolaram esse intervalo (subestimação da prevalência), além de possibilitar a comparação dos achados deste estudo com os de outros que se propuseram a analisar o mesmo desfecho, em populações distintas (BASTOS et al., 2011; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006)<sup>(6,9)</sup>.

As variáveis independentes foram as seguintes características socioeconômicas e demográficas: faixa etária (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos), cor da pele (branca e não branca), situação conjugal (sem companheira e com companheira), filhos (sim e não), religião (sim e não), escolaridade (até a 4ª série, fundamental, médio e superior), trabalho (sim e não), renda familiar (em salários mínimos), status ocupacional (empregador/autônomo, empregado, aposentado/em licença médica, desempregado e estudante/estagiário), plano de saúde (sim e não) e classe econômica (classes A, B, C e D).

A classe econômica foi coletada e categorizada conforme preconiza o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa que leva em consideração o grau de instrução do chefe da família e a posse de determinados itens domésticos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISA, 2010)<sup>(10)</sup>; e as variáveis de utilização dos serviços e de saúde: tipo de serviço (UBS, ambulatório, pronto atendimento, hospital, outros), tipo de atendimento (consulta médica, imunização e atendimentos de enfermagem, consulta odontológica e outros), tipo de gestão (Público e Privado/Plano de saúde), motivo de procura (acidente/lesão, reabilitação, vacinação e outros atendimentos de prevenção, doença, atendimento odontológico), internação nos últimos 12 meses (sim e não), autopercepção da saúde (positiva e negativa) e morbidade referida (sim e não).

Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado elaborado pelos pesquisadores. Os instrumentos preenchidos foram conferidos quanto à presença de falhas, antes da compilação em banco de dados no software Microsoft Office Excel 2010, do qual

os dados foram transferidos para o programa aplicativo IBM SPSS, versão 20, para realização dos testes estatísticos.

A análise de dados foi realizada mediante estatística descritiva e inferencial dividida em dois momentos: análise bruta (univariada) por meio do teste não paramétrico de proporções Qui-quadrado de Pearson; análise ajustada (múltipla) por meio de Modelos de Regressão Logística Múltipla não condicionada. Utilizou-se o método *Forwards* (para frente), por meio do qual as variáveis com  $p < 0,20$  na análise bruta são inseridas no modelo logístico de acordo com a ordem de significância, o que permite verificar, gradualmente, as variações de significância e ajustes, além da permanência ou exclusão de variáveis do modelo. A medida de associação foi representada pelo *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95%, e nível de significância estabelecido quando  $p < 0,05$  para os testes realizados.

Foram atendidas as recomendações éticas nacionais sobre pesquisas com seres humanos, preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 196/96. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, mediante Parecer de protocolo 162.077.

## **Resultados**

Dos 421 indivíduos entrevistados, a maior parte tinha idade entre 40 e 49 anos (28%), havia cursado até o ensino médio (36,8%), possuía renda entre 2,1 e 4 salários mínimos (34%) e era empregador/autônomo (40,9%). A maioria deles era de cor branca (58%), tinha companheira (67,9%), tinha filhos (71,3%), era adepta de alguma religião (89,8%), estava inserida no mercado de trabalho (80,3%), possuía plano de saúde (52,7%) e se enquadrava na classe econômica B (53%).

A prevalência de utilização de serviços de saúde nos últimos três meses antecedentes à pesquisa foi de 42,8% ( $n = 180$ ), como o tipo de gestão os serviços públicos (57,8%), o tipo de serviço mais utilizado foi a unidade básica de saúde (46,3%), o tipo de atendimento foi a consulta médica (82,7%) e a doença foi o motivo de procura mais prevalente (55,3%). A internação nos últimos 12 meses ocorreu para 11,7% dos homens. A autopercepção da saúde positiva foi mais prevalente (77,0%) e 42,8% dos homens disseram possuir alguma morbidade.

Na análise univariada, a faixa etária dos 50 aos 59 anos ( $p=0,028$ ), não possuir trabalho ( $p=0,018$ ) e os status ocupacionais “aposentado/em licença médica” ( $p=0,003$ ) e

“desempregado” ( $p=0,019$ )” ( $p<0,001$ ) estiveram diretamente associados à utilização dos serviços de saúde nos últimos três meses anteriores à pesquisa. A religião e plano de saúde foram inseridos na modelagem múltipla, na qual, por sua vez, os status ocupacionais “aposentado/em licença médica” e “desempregado” permaneceram estatisticamente associados à utilização dos serviços de saúde.

As variáveis “Religião” e “Trabalho” perderam significância, todavia, “Trabalho” ajustou a variável Status Ocupacional, permanecendo no modelo. A variável “Plano de saúde” passou a ser significativa quando inserida na análise múltipla ( $p=0,030$ ), considerando-se que a proporção de homens com plano de saúde que utilizaram algum serviço foi 20% maior do que a de homens sem plano de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição, análise univariada e ajustada (modelo de regressão logística múltipla) da utilização dos serviços de saúde por homens adultos nos últimos três meses, segundo características socioeconômicas e demográficas, Maringá, PR, 2013

Características socioeconômicas	Utilização do serviço de saúde		Análise Univariada		Análise Múltipla	
	n	%	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Faixa Etária						
20 a 29	32	35,2	1	-	-	-
30 a 39	35	36,8	1,07 (0,59; 1,95)	0,812	-	-
40 a 49	54	45,8	1,55 (0,88; 2,73)	0,124	-	-
50 a 59	59	50,4	1,87 (1,06; 3,29)	0,028	-	-
Cor						
Branca	106	43,4			-	-
Não branca	74	41,8	0,93 (0,63; 1,38)	0,738	-	-
Status Conjugal						
Sem companheira	55	40,7			-	-
Com companheira	125	43,7	0,88 (0,58; 1,34)	0,566	-	-
Ter filhos						
Sim	130	43,3			-	-
Não	50	41,3	1,08 (0,70; 1,66)	0,706	-	-
Religião						
Sim	157	41,5			-	-
Não	23	53,5	1,11 (0,96; 1,30)	0,133	-	-
Escolaridade						
Até 4ª série	24	48,0	1	-	-	-
Fundamental	47	47,0	0,96 (0,48; 1,89)	0,908	-	-
Médio	60	38,7	0,68 (0,36; 1,30)	0,247	-	-
Superior	48	42,5	0,80 (0,41; 1,56)	0,513	-	-
Trabalho						
Sim	135	39,9				
Não	45	54,2	0,60 (0,35; 0,91)	0,018	1,18 (0,39; 3,53)	0,758
Renda Familiar						
Até 2	31	43,7	1	-	-	-
2,1 a 4	67	46,9	1,13 (0,64; 2,01)	0,659	-	-
4,1 a 6	34	35,8	0,72 (0,38; 1,35)	0,305	-	-

Mais de 6	48	42,9	0,97 (0,53; 1,76)	0,915	-	-
Status Ocupacional*						
Empregador/Autônomo	71	41,3	1	-	1	-
Empregado	57	36,3	0,81 (0,52; 1,26)	0,356	0,74 (0,46; 1,17)	0,200
Aposentado/em licença médica	31	66,0	2,75 (1,40; 5,41)	0,003	3,14 (1,01; 9,68)	0,046
Desempregado	14	70,0	3,31 (1,21; 9,05)	0,019	3,96 (1,02; 15,39)	0,046
Estudante/ Estagiário	7	28,0	0,55 (0,22; 1,39)	0,209	0,57 (0,15; 2,22)	0,421
Plano de Saúde						
Sim	86	46,7	1,37 (0,93; 2,03)	0,106	1,58 (1,04; 2,38)	0,029
Não	93	38,9				
Classe Econômica						
Classe A	13	41,9	1	-	-	-
Classe B	92	41,3	0,97 (0,45; 2,08)	0,943	-	-
Classe C	69	43,9	1,08 (0,50; 2,37)	0,836	-	-
Classe D	5	55,6	1,73 (0,39; 7,72)	0,472	-	-

\*OR ajustado pela variável trabalho em mais de 15%.

Quanto às variáveis de utilização dos serviços e de saúde, na análise univariada constatou-se associação com o motivo de procura do serviço (Reabilitação, principalmente por fisioterapia; com  $p=0,011$ ), internação nos últimos 12 meses ( $p=0,001$ ), autopercepção da saúde ( $p=0,002$ ) e morbidade referida ( $p<0,001$ ). No entanto, na análise ajustada, a autopercepção da saúde perdeu significância, ao passo que o tipo de gestão dos serviços de saúde predominantemente utilizados passou a ser significativo ( $p=0,008$ ) para o modelo, juntamente com internação nos últimos 12 meses e morbidade que permaneceram significativas. Apesar da importância da variável motivo da procura, a categoria “Reabilitação” perdeu significância ( $p=0,051$ ) quando inserida na análise múltipla, além de não ajustar o modelo.

Tabela 2 – Descrição, análise univariada e ajustada (modelo de regressão logística múltipla) da utilização dos serviços de saúde por homens adultos nos últimos três meses, segundo variáveis de utilização e de saúde, Maringá, PR, 2013

Variáveis de utilização e de saúde	Utilização do serviço de saúde		Análise Univariada		Análise Múltipla	
	n	%	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Tipo de Serviço						
UBS	78	40,0	1	-	-	-
Ambulatório	6	54,5	1,80 (0,53; 6,10)	0,345	-	-
PA*	23	38,3	0,93 (0,51; 1,69)	0,817	-	-
Hospital	20	50,0	1,50 (0,76; 2,96)	0,244	-	-
Outros	53	46,1	1,28 (0,80; 2,04)	0,295	-	-
Tipo de Atendimento						
Consulta Médica	150	44,2	1	-	-	-
Imunização e atendimentos de enfermagem	9	32,1	0,59 (0,26; 1,35)	0,218	-	-
Atendimento Odontológico	13	43,3	0,96 (0,45; 2,04)	0,923	-	-

Outros	8	61,5	2,01 (0,64; 6,29)	0,227	-	-
Tipo de Gestão						
Público	95	40,1				
Privado/Plano	85	49,1	1,44 (0,97; 2,14)	0,068	1,77 (1,16; 2,71)	0,008
Motivo						
Acidente/lesão	9	28,1	1	-	-	-
Reabilitação	7	87,5	17,9 (1,91; 166,8)	0,011	-	-
Vacinação e outros atendimentos de prevenção	46	43,0	1,92 (0,81; 4,55)	0,135	-	-
Doença	105	45,1	2,09 (0,93; 4,72)	0,074	-	-
Atendimento Odontológico	12	42,9	1,91 (0,65; 5,61)	0,235	-	-
Internação nos últimos 12 meses						
Sim	32	65,3				
Não	148	39,9	2,83 (1,52; 5,29)	0,001	2,45 (1,28; 4,69)	0,007
Autopercepção da saúde**						
Positiva	125	38,6				
Negativa	55	56,7	2,08 (1,31; 3,30)	0,002	-	-
Morbidade						
Sim	103	57,2				
Não	77	32,0	2,85 (1,90; 4,25)	<0,001	2,85 (1,87; 4,34)	<0,001

\*Pronto Atendimento. \*\*Positiva: Excelente/Muito boa/boa; Negativa: Regular/Ruim/Muito Ruim.

## Discussão

Os estudos nacionais que estimaram a prevalência de utilização dos serviços de saúde por adultos abordaram simultaneamente homens e mulheres e são distintos no que se refere ao período que abrange o uso do serviço de saúde, anterior à entrevista e em relação ao tipo de serviço e natureza do atendimento utilizado (BASTOS et al., 2011; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; BARATA, 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2008; PAVÃO et al., 2012)<sup>(6,9,11-13)</sup>. Assim, a discussão da utilização dos serviços de saúde pela população masculina adulta requer cautela e ponderações quanto às especificidades da literatura.

A prevalência encontrada no presente estudo não se mostra tão diferente das encontradas em outros estudos, a despeito das diferenças metodológicas. Inquéritos de base populacional, realizados em Pelotas, encontraram prevalências de 42,6% em 2003 (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006)<sup>(9)</sup> e de 35,1% em 2008 (BASTOS et al., 2011)<sup>(6)</sup> para utilização dos serviços de saúde por homens, nos três meses anteriores à entrevista. No entanto, o primeiro considerou apenas as consultas médicas, sem restrições quanto ao tipo de gestão do sistema de saúde (público ou privado), e o segundo considerou somente consultas médicas no sistema público.

Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2003, ao serem considerados serviços públicos e privados evidenciaram que a prevalência

de utilização desses serviços entre os homens foi de 38,3%, nos 14 dias que precederam a coleta de dados (RIBEIRO et al., 2006)<sup>(14)</sup>.

A despeito de a literatura apontar maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, sobretudo devido a questões ginecológicas, obstétricas e à maior percepção de riscos a saúde (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006)<sup>(9)</sup>, a utilização de serviços de saúde aumenta de forma geral, graças à ampliação da cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS), maior acesso à contratação de serviços privados e às informações em saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009)<sup>(3)</sup>. A prevalência de 57,8% de homens que utilizaram serviços oferecidos pelo SUS (públicos) é semelhante à observada em estudo realizado em domicílios de todo o Brasil, em 2008, que foi de 56,3%, embora, o período investigado fosse menor (últimos 14 dias), e neste estudo foram abordados indivíduos com 15 anos ou mais, incluindo idosos (SILVA et al., 2011)<sup>(5)</sup>. Desse modo, há que se considerar a maior utilização dos serviços comumente evidenciada entre os idosos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013)<sup>(7)</sup>, o que tende a elevar a prevalência, mesmo em período relativamente curto de recordatório.

Evidenciou-se, neste estudo, que os serviços mais utilizados pelos homens nos três meses que antecederam a pesquisa foram as unidades básicas de saúde (46,3%). Em estudo realizado em Pelotas os autores constataram que a prevalência geral (homens e mulheres) foi de 49,5%, sem diferenças significativas entre os sexos (BASTOS et al., 2011)<sup>(6)</sup>, portanto a prevalência encontrada no presente estudo não se distancia desse outro estudo citado. Ante a lógica da elevada cobertura da população, ampliação do acesso e organização dos serviços calcada na integralidade da atenção à saúde, destaca-se a relevância das unidades básicas como os serviços mais utilizados pela população masculina (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009)<sup>(3)</sup>.

No entanto, a maior proporção de utilização desse serviço não deve servir de parâmetro único para se verificar a efetivação do acesso aos serviços e nem do atendimento às necessidades em saúde da população masculina, pois na literatura é comum os homens adentrarem no sistema de saúde a partir dos serviços de atenção especializada, devido ao agravamento da morbidade decorrente de atraso na procura por assistência (COUTO; GOMES, 2012)<sup>(1)</sup>. Em estudo realizado em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto os autores identificaram a duplicação de serviços, isto é, a procura simultânea por unidades básicas e de pronto atendimento para o mesmo fim (diagnóstico, tratamento ou reabilitação de uma

mesma condição), apontando a ausência de um atendimento resolutivo e insatisfação dos usuários (MISHIMA et al., 2010)<sup>(15)</sup>.

Portanto, para se garantir a integralidade emerge a necessidade de criar condições para a produção de cuidado em todos os níveis de atenção, mas, sobretudo, na Atenção Básica (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010)<sup>(16)</sup>, em que as equipes de saúde enfrentam, com frequência, a falta de tempo para planejamento, as deficiências estruturais dos serviços e as limitações profissionais na realização de procedimentos/intervenções (SILVA et al., 2013)<sup>(17)</sup>.

Entre os homens que utilizaram os serviços de saúde, a prevalência de consultas médicas nos três meses antes da pesquisa foi de 82,7%, não muito distante da prevalência identificada na região Sul, de modo geral, que foi de 85,3%, porém considerando juntamente homens e mulheres (RIBEIRO et al., 2006)<sup>(14)</sup>. Enquanto principal tipo de atendimento procurado, a consulta médica possui destaque na literatura, principalmente porque alguns estudos focalizam exclusivamente o padrão de utilização desse tipo de atendimento (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; BASTOS et al., 2011; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; BOING et al., 2010)<sup>(4,6,9,18)</sup>.

Não obstante, a maior proporção de utilização da consulta médica não ocorre apenas devido à demanda por este tipo de atendimento, mas também por ser a principal resposta dos serviços aos problemas de saúde da população, centrada em uma racionalidade medicalizante que privilegia unicamente o consumo do serviço oferecido, secundarizando e abolindo outras possibilidades de cuidado (SOUZA; BOTAZZO, 2013)<sup>(19)</sup>.

Embora a consulta médica também possa constituir cenário propício para prevenção em saúde, a procura, sobretudo pelos homens, é motivada principalmente pelo histórico de doenças crônicas (VIEIRA et al., 2013)<sup>(20)</sup> e pelo caráter medicalizador e restaurador dos serviços de saúde oferecidos, o que permeia fortemente até mesmo o texto da atual política de atenção à saúde do homem (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009)<sup>(21)</sup> que, paradoxalmente, foi formulada para vir ao encontro das necessidades masculinas em saúde. Nesse sentido, no presente estudo observou-se que a doença foi o motivo que mais levou os homens adultos a procurarem algum serviço de saúde, nos três meses anteriores à entrevista (55,3%), o que corrobora os resultados de 2003 e 2008 de um estudo nacional (SILVA et al., 2011)<sup>(22)</sup>.

A prevalência de internação no último ano, de 11,7%, foi bem maior do que em estudo nacional com os dados da PNAD, no qual a prevalência de internação esteve entre 7,0% e 7,1% (SILVA et al., 2011)<sup>(22)</sup>, e também maior que estudo realizado no Sul do Brasil (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006)<sup>(9)</sup>.

A autopercepção da saúde e a morbidade referida são importantes indicadores da carga de problemas de saúde da população e também podem ser utilizados como fatores de necessidades em saúde no que tange à utilização dos serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008)<sup>(23)</sup>. A prevalência da autopercepção da saúde em níveis positivos entre os homens adultos do presente estudo (77,0%) foi muito similar à prevalência encontrada em estudos com adultos, de modo geral, realizado em Pelotas (77,7%), no qual foi identificada, também, a diminuição dessa percepção conforme o avanço da idade (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012)<sup>(24)</sup>. Quanto à morbidade referida pelos homens, a prevalência de 42,8%, a qual foi semelhante à prevalência de utilização dos serviços de saúde, mostra-se dentro dos limites evidenciados por estudo nacional, entre as faixas etárias de 25 a 49 anos (33,9%) e de 50 a 64 anos (62,0%).

Embora a faixa etária tenha perdido significância na análise múltipla realizada no presente estudo, cabe destacar que a literatura tem apontado a importância da relação entre o avanço da idade e o aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde, devido as novas demandas assistenciais, internações hospitalares mais frequentes e tempo/custo maior de intervenção, enquanto consequências do envelhecimento (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; LOUVISON et al., 2008)<sup>(7,23)</sup>.

Neste estudo, o status ocupacional e o plano de saúde estiveram simultaneamente associados à utilização dos serviços de saúde. O ajuste verificado em status ocupacional, pela variável trabalho, pode ser justificado a partir da presença predominante de homens que não estavam trabalhando – aposentados, em licença médica e desempregados. Já, em relação à associação simultânea do status ocupacional “desempregado” e plano de saúde com a utilização dos serviços de saúde destaca-se que 35% dos homens desempregados informaram possuir de plano de saúde, porém, alguns deles eram dependentes do plano de saúde mantido pela companheira ou mediante convênio do trabalho desta ou dos filhos.

A despeito disso, a maior utilização dos serviços de saúde por indivíduos desempregados também foi identificada em estudo realizado com a população coberta pela estratégia de saúde da família (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009)<sup>(3)</sup>. Em estudo realizado em dez regiões metropolitanas brasileiras foi constatada associação de

desemprego com piores condições de saúde entre homens adultos com idade entre 15 e 64 anos (GIATTI; BARRETO, 2006)<sup>(25)</sup>. Nesse contexto vale salientar que as relações de trabalho resultam em desigualdades em saúde, requerendo a implementação de políticas efetivas e mudanças institucionais para a promoção da equidade em saúde (GIATTI; BARRETO, 2011)<sup>(26)</sup>. Assim, além de superar barreiras, aumentar a oferta de serviços e adequar o perfil de funcionamento para quem trabalha, mostra-se premente a necessidade de atenção aos indivíduos desempregados ou que já não trabalham por algum motivo, como aposentadoria e licença médica, em especial, na população masculina adulta (GIATTI; BARRETO, 2011)<sup>(26)</sup>.

Embora o presente estudo não tenha aprofundado a relação masculina com o trabalho ressalta-se a importância de novas investigações no sentido de conhecer as condições de saúde segundo as formas de inserção no mercado de trabalho (formal e informal), suporte institucional e previdenciário à saúde (GIATTI; BARRETO, 2011)<sup>(26)</sup>. A associação entre status ocupacional e utilização dos serviços de saúde, com destaque para indivíduos aposentados e em licença médica, chama a atenção o adoecimento desses homens e sua relação com o trabalho, o qual, muitas vezes, os leva mais precocemente à aposentadoria e provoca alterações que requerem o período de licença médica, demandando, assim, maior procura pelos serviços de saúde.

Dessa forma, a posse de plano de saúde possibilita que homens utilizem mais frequentemente os serviços de saúde, como evidenciado no presente e em outros estudos (RIBEIRO et al., 2006; PORTO; UGÁ; MOREIRA, 2011)<sup>(14,27)</sup>. Mesmo quando em cobertura pela estratégia de saúde da família local, os homens adultos podem optar por utilizar serviços incluídos em seu plano de saúde (BASTOS et al., 2011)<sup>(6)</sup>, coexistindo vários motivos para isso na literatura, dentre os quais a demora para serem atendido, a falta de profissionais e insumos, a predominância de mulheres, crianças e idosos nas unidades, pouca valorização das práticas preventivas e receio por não poder escolher o profissional que fará o atendimento (SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(28)</sup>.

Nesse sentido, ter um profissional de referência pode ser determinante para a procura e a utilização do serviço de saúde, principalmente se o indivíduo possuir plano de saúde e tiver maior liberdade para definir esse profissional como referência para seus cuidados (BASTOS et al., 2011)<sup>(6)</sup>. Em estudo realizado no Sul do Brasil, em que foi investigada a utilização de serviços médicos, os autores constataram que a busca pelo sistema público de saúde ocorreu muito mais por pessoas sem um profissional definido

para seu acompanhamento (BASTOS et al., 2011)<sup>(6)</sup>. Contudo, em estudo de base populacional foi observado que a realização de exames de próstata teve sua probabilidade aumentada em 98%, entre homens com profissional de referência (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003)<sup>(4)</sup>.

A reabilitação foi o motivo de procura de atendimento associado à utilização dos serviços de saúde (87,5%). Em estudo que comparou dados da PNAD, de 2003 e 2008, foi constatado que a procura proporcional por serviços de saúde para reabilitação diminuiu no período (SILVA et al., 2011)<sup>(22)</sup>. No entanto, há que se creditar a devida importância a essas causas de procura dos serviços, sobretudo porque grande parte dessa procura resulta de acidentes e violências e ainda porque não há o devido suporte, decorrente do déficit na oferta dos serviços de reabilitação (LIMA et al., 2012)<sup>(29)</sup>. Semelhante ao motivo de utilização do atendimento de saúde, a autopercepção de saúde perdeu significância estatística quando inserida na análise múltipla. O mesmo foi constatado em estudo já mencionado, aqui, realizado com adultos com idade entre 20 e 69 anos (BASTOS et al., 2011)<sup>(6)</sup>. Porém, constata-se o contrário na população idosa, como observado em estudo em que a autopercepção de saúde se manteve fortemente associada em modelos múltiplos, tanto com a utilização dos serviços de saúde quanto com o número de doenças referidas (LOUVISON et al., 2008)<sup>(23)</sup>.

O tipo de gestão do serviço de saúde frequentemente utilizado passou a ser significativo, e do mesmo modo a internação no último ano e a morbidade referida. Quando se verifica a utilização pelo tipo de gestão, observa-se que a utilização dos serviços de saúde é maior para os indivíduos que utilizam serviços privados, mesmo com o aumento da utilização dos serviços públicos pela população em geral. Assim, um aspecto que não foi citado no presente estudo diz respeito à utilização de serviços públicos por indivíduos segurados/com plano de saúde, o que ocorre, principalmente, em função da oferta de alguns serviços que são cobrados no âmbito privado, como é o caso das vacinas, ou que são prestados exclusivamente pelo setor público, por exemplo, a dispensação de medicamentos (PESSOTO et al., 2007)<sup>(30)</sup>. Esses dois tipos de serviços, com frequência atraem os homens para o sistema público de saúde.

A internação hospitalar no último ano e a presença de morbidade mostram-se determinantes para a utilização dos serviços de saúde nos últimos três meses antes da pesquisa. Esse achado também foi evidenciado nos dois estudos realizados em Pelotas, com adultos, que destacaram maior proporção de utilização de consultas médicas entre os

homens internados até um ano antes da entrevista (BASTOS et al., 2011; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006)<sup>(6,9)</sup>. Esse achado pode estar relacionado ao fato de os indivíduos hospitalizados serem mais doentes que os não hospitalizados, e, por isso, apresentam maior necessidade de buscar os serviços de saúde (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006)<sup>(9)</sup>. A cobertura assistencial dos serviços de saúde, sobretudo os da estratégia de saúde da família, mostra-se um fator determinante no acompanhamento de indivíduos adscritos e na redução de hospitalizações e da mortalidade precoce, especialmente por condições sensíveis à atenção primária à saúde (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008)<sup>(31)</sup>.

### **Conclusão**

O presente estudo mostra que a prevalência de utilização dos serviços de saúde nos últimos três meses anteriores à entrevista foi semelhante à de outros estudos, constituída principalmente pela utilização de consultas médicas, motivada por doença. Homens desempregados, em licença médica ou aposentados e com plano de saúde utilizaram significativamente mais os serviços de saúde do que outros homens, embora se façam necessárias ponderações em relação à condição dos homens desempregados. Além disso, destaca-se a utilização mais frequente de serviços privados (plano de saúde), por homens internados no último ano e com morbidade referida. Frente aos fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens adultos identificados neste estudo, reforça-se a importância de investigações que estimem a prevalência e que tracem padrões de utilização em outras localidades, a fim de permitir direcionamentos importantes para as ações na saúde de homens adultos.

A replicação periódica de estudos como este pode possibilitar futuras comparações da prevalência de utilização dos serviços de saúde pela população masculina, além de verificar as possíveis diferenças em relação aos fatores associados. Ao se identificar tal possibilidade acredita-se que gestores e profissionais de saúde possam, então, dispor de subsídios para construir viabilidades junto aos homens, no intuito de: aperfeiçoar programas de atenção à saúde masculina, consolidar o acolhimento nos serviços de saúde e oferecer opções atrativas de acesso a cuidados preventivos, o que poderá aumentar a utilização dos serviços, mesmo entre indivíduos não doentes ou que não precisaram de internação hospitalar.

## Referências

1. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Cienc Saúde Colet.* 2012; 17(10): 2569-78.
2. Mckinlay E. *Men and Health: a literature review.* Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005.
3. Fernandes LC, Bertoli AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(4):595-603.
4. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Cad Saude Publica.* 2003;37(3):372-378.
5. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saúde Colet.* 2011; 16(9): 3807-16.
6. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(3):475-84.
7. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(1): 213-20.
8. White A, Witty K. Men's under use of health services – finding alternative approaches. *J Men's Health.* 2009; 6(2): 95-7.
9. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica.* 2006;40(3):436-43.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2010.
11. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida, 2006. *São Paulo Perspect.* 2008; 22(2): 19-29.
12. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2): 353-63.
13. Pavão ALB, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E, Werneck GL, Chor D. Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(1): 98-103.
14. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cienc Saúde Colet.* 2006; 11(4): 1011-22.
15. Mishima SM, Paula VG, Pereira MJB, Almeida MCP, Kawata LS. (In) satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(3): 766-73.
16. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(3): 649-56.
17. Silva MM, Budó MLD, Resta DG, Silva SO, Ebling SBD, Carvalho SORM. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. *Cienc Cuid Saúde.* 2013; 12(1): 155-63.
18. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(1): 41-6.
19. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis: Rev Saúde Colet.* 2013; 23(2): 393-413.

20. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1): 120-7.
21. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3): 659-78.
22. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(9): 3807-16.
23. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4): 733-40.
24. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cienc Saúde Colet*. 2012; 17(12): 3353-62.
25. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1): 99-106.
26. Giatti L, Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(9): 3817-27.
27. Porto SM, Ugá MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(9): 3795-806.
28. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5): 961-70.
29. Lima MLLT, Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Barreira AK. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2012; 17(1): 33-42.
30. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Cienc Saúde Colet*. 2007; 12(2): 351-62.
31. Baptista EKK, Marcon SS, Souza RKT. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 225-9.

### 7.3 Artigo 3

#### **FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR HOMENS ADULTOS NO SUL DO BRASIL**

#### **FACTORS ASSOCIATED WITH USE OF PUBLIC HEALTH SERVICES BY ADULT MEN IN SOUTHERN BRAZIL**

#### **FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD POR HOMBRES ADULTOS EN EL SUR DE BRASIL**

##### **Resumo**

Os comportamentos masculinos, dentre os quais os de utilização dos serviços de saúde, constituem-se em importante objeto de investigação por fornecerem subsídios para a sua organização na atenção à saúde do homem. O objetivo neste estudo foi o de identificar a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços públicos de saúde por homens adultos residentes no município de Maringá-Paraná. Inquérito domiciliar de base populacional para o qual foi utilizada amostragem aleatória sistemática. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos estruturados, no período de janeiro a julho de 2013 junto a 421 homens. A análise foi realizada mediante estatística descritiva e inferencial, com modelos de regressão logística. A prevalência de utilização dos serviços públicos de saúde foi de 56,3% e foi maior entre homens com nível fundamental de escolaridade, sem plano de saúde e sem companheira; entre os que tiveram maior contato com enfermeiros e outros profissionais, os que buscaram os serviços por doença, que relataram morbidade prévia; entre aqueles que enfrentaram dificuldades para atendimento, que classificaram os serviços como regulares e que julgaram a atenção e a prontidão como aspectos mais importantes no atendimento a saúde. Os achados do presente estudo apontam para o perfil masculino de utilização dos serviços públicos de saúde em Maringá, reforçando que a doença ainda se configura como principal motivo de procura e que os profissionais de saúde devem reorganizar as práticas de atenção à saúde dos homens, visando a reduzir as dificuldades impostas e qualificar o atendimento com base nos aspectos que os homens citam como referência de satisfação.

**Descritores:** Serviços de saúde; Saúde do homem; Gênero e saúde; Políticas de saúde.

##### **Abstract**

Male behaviors, including use of health services, constitute an important object of investigation, for they provide subsidizes for their organization in men's healthcare. The purpose of the study was to identify the prevalence and the factors associated with the use of public health services by adult men living in the city of Maringá, state of Paraná, Brazil. A population-based household survey was conducted using a systematic random sampling. Data was collected through structured instruments, between January and July 2013, with 421 men. The analysis was conducted through descriptive and inferential statistics, with logistic regression models. The prevalence of use of public health services was 56.7% and higher among men with elementary education, without health plan and without a partner; among those who had a greater contact with nurses and other professionals, who searched for the services due to illness, who reported previous morbidity; among those who were faced with difficulties in assistance, who classified the services as regular and who judged

attention and promptness as the most important aspects in healthcare. The findings of the present study point to a male profile characterized by the use of public health services in Maringá, reinforcing that illness remains as the main reason for this search and that health professionals must reorganize the practices of men's healthcare, aiming to reduce the difficulties imposed and qualify the assistance based on aspects that men mention as a reference for satisfaction.

**Keywords:** Health services; Men's health; Gender and health; Health policies.

### **Resumen**

Los comportamientos masculinos, entre ellos, los de utilización de los servicios de salud, se constituyen en un importante objeto de investigación, por proporcionar contribuciones para la organización de los mismos en la atención a la salud del hombre. El objetivo del estudio fue identificar la prevalencia y los factores asociados a la utilización de los servicios públicos de salud por hombres adultos residentes en el Municipio de Maringá-Paraná. Averiguación domiciliar de base poblacional, para el cual fue utilizada muestreo aleatorio sistemático. La recolección de datos fue realizada por medio de instrumentos estructurados, en el período de enero a julio de 2013 junto a 421 hombres. El análisis fue realizado por medio de estadística descriptiva e inferencial, con modelos de regresión logística. La prevalencia de utilización de los servicios públicos de salud fue de 56,3% y fue mayor entre hombres con nivel fundamental de escolaridad, sin plan de salud y sin compañera; entre los que tuvieron mayor contacto con enfermeros y otros profesionales, los que buscaron los servicios por enfermedad, que refirieron morbilidad previa; entre aquellos que enfrentaron dificultades para atención, que clasificaron los servicios como regulares y que juzgaron la atención y la prontitud como aspectos más importantes en la atención a la salud. Los hallazgos del presente estudio señalan para el perfil masculino de utilización de los servicios públicos de salud en Maringá, reforzando que la enfermedad aún se configura como principal motivo de búsqueda y que los profesionales de salud deben reorganizar las prácticas de atención a la salud de los hombres, con el objetivo de reducir las dificultades impuestas y calificar la atención con base en los aspectos que los hombres citan como referencia de satisfacción.

**Descriptores:** Servicios de salud; Salud del hombre; Género y salud; Políticas de salud.

### **Introdução**

A utilização dos serviços de saúde pode ser considerada ponto central no funcionamento de um sistema de saúde, considerando-se que conjuga contatos diretos (consultas e hospitalizações) e indiretos (exames) entre usuários e profissionais e se constitui em expressão positiva do acesso à assistência à saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)<sup>(1)</sup>. Por assim considerarem, estudos sobre os serviços de saúde vêm sendo realizados ao longo do tempo, sobretudo a partir das décadas de 1970 e 1980 (nos EUA e na Europa), no intuito de conhecer os fatores que favorecem ou que impedem a população de obter cuidado junto aos serviços de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA, 2011)<sup>(2)</sup>.

Assim, constata-se que características das pessoas e aquelas relacionadas aos sistemas de saúde interferem na utilização dos serviços, com a presença de iniquidades no acesso. Nesse

sentido cabe destacar a coexistência de três sistemas de saúde no Brasil, no que tange ao financiamento: o Sistema Único de Saúde (SUS), segmento público de atenção à saúde; o sistema movido por planos e seguros privados de saúde; e o sistema de compra direta de serviços de saúde, com pagamento direto pelo consumo (PORTO; UGÁ; MOREIRA, 2011)<sup>(3)</sup>.

Destaca-se que o sistema público de saúde brasileiro tem ampliado a cobertura populacional nos últimos tempos, mas ainda enfrenta grandes entraves relacionados principalmente à formação e fixação de recursos humanos e às dificuldades de gestão e financiamento para as ações em saúde, o que inevitavelmente reflete sobre a atenção às necessidades de saúde (SIMÕES et al., 2011)<sup>(4)</sup>. Trata-se de um sistema universalizado de saúde, orientado pela igualdade e pela integralidade e estruturado de forma regionalizada e hierarquizada; o fluxo no sistema público de saúde deve ser orientado pela atenção básica, a partir da estratégia de saúde da família, a qual deve contribuir para a reorientação e a reorganização do modelo de atenção à saúde no país (MOROSINI, 2007)<sup>(5)</sup>.

Em busca da melhora do perfil de saúde da população masculina, o Ministério da Saúde elaborou e lançou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em aliança com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituindo-se em marco importante do direcionamento de recursos públicos às ações voltadas à saúde do homem, principalmente em idade adulta (BRASIL, 2009a)<sup>(6)</sup>.

A despeito de suas limitações (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009)<sup>(7)</sup>, em seu âmago, o texto político apresenta importantes aspectos do perfil de morbimortalidade masculina evidenciado no Brasil, por exemplo, a sobremortalidade, em relação às mulheres, por quase todas as causas de óbitos, sobretudo por doenças graves e crônicas e causas externas (especialmente por acidentes de trânsito), além das relações do perfil de saúde com práticas comportamentais não saudáveis – o uso abusivo de álcool, o sedentarismo e o não uso de preservativos (BRASIL, 2009a)<sup>(6)</sup>. Em consonância com esse perfil está a menor utilização dos serviços pelos homens, prática historicamente ancorada em uma construção sociocultural de gênero que produz representações que afastam os homens do cuidado e dificultam o reconhecimento de fatores associados às práticas masculinas em saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007)<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, conhecer a magnitude com que a população de homens adultos utiliza os serviços públicos de saúde e os fatores associados a esse comportamento mostra-se essencial no contexto atual da organização dos serviços de saúde, com o propósito de planejar o setor e elaborar e aperfeiçoar estratégias e políticas públicas. Portanto, o objetivo do presente estudo

foi identificar a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços públicos de saúde por homens adultos residentes no Município de Maringá-Paraná.

## **Métodos**

Estudo transversal tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado junto a homens adultos residentes no Município de Maringá, e que faz parte de projeto maior intitulado “Comportamentos, necessidades de saúde e utilização dos serviços de saúde por homens adultos no Município de Maringá-PR”. Para o cálculo amostral, tomou-se como base a contagem populacional de 2010 (DATASUS, 2013c)<sup>(9)</sup> para homens com idade entre 20 e 59 anos. Adotaram-se os seguintes parâmetros e estimativas: 50%, para a prevalência de utilização dos serviços de saúde por homens adultos, associado a erro de estimativa de 5% e confiabilidade da amostra em 95%. Foram acrescentados 10% (38 indivíduos) à amostra mínima calculada (383 indivíduos), considerando-se a possibilidade de perdas.

Para a seleção dos indivíduos utilizou-se a técnica de amostragem aleatória sistemática e a divisão de Maringá em 20 Áreas de Ponderação, elaborada pelo IBGE e adotada pelo Observatório das Metrópoles – Núcleo Região Metropolitana de Maringá. Como critério de inclusão consideraram-se elegíveis indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, com capacidades preservadas de estabelecer comunicação verbal e de compreensão das questões e que aceitaram participar das entrevistas. O tipo de serviço de saúde, de atendimento utilizado ou do financiamento do serviço de saúde não foi considerado como critério de inclusão, o que permitiu a verificação de fatores associados à utilização dos serviços públicos.

Foram entrevistados 421 indivíduos, abordados em seus domicílios, conforme as subamostras proporcionais ao número de homens adultos em cada Área de Ponderação. De posse do número de indivíduos foram sorteadas aleatoriamente as ruas visitadas, nas quais foi abordado um homem por domicílio, a cada quatro casas à direita da rua. Quando o homem não era encontrado em sua residência passava-se para a residência seguinte. As entrevistas foram realizadas predominantemente durante os dias úteis da semana, nos períodos matutino e vespertino, entre os meses de janeiro a julho de 2013.

Da amostra entrevistada para a presente comunicação foram excluídos 11 indivíduos que declararam não utilizar nenhum tipo de serviço de saúde, sendo incluídos, portanto, 410 homens no presente estudo. A variável resposta foi obtida a partir da questão “*Que tipo de serviço de saúde o senhor costuma utilizar, em termos de gestão/financiamento?*” As variáveis independentes foram as socioeconômicas e as demográficas: faixa etária, cor da pele, status

conjugal, filhos, religião, escolaridade (em níveis), trabalho, renda familiar (em salários mínimos), status ocupacional, plano de saúde e classe econômica, esta, por sua vez, foi coletada e categorizada conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISA, 2010)<sup>(10)</sup>; as variáveis de utilização dos serviços de saúde: contato profissional, motivo frequente, necessidade de tratamento, autopercepção da saúde e morbidade referida; e as variáveis de satisfação com o serviço de saúde: dificuldades no atendimento, preparo para o atendimento, classificação do serviço de saúde, recomendação do serviço para outro homem e aspecto mais importante no atendimento.

As variáveis de satisfação foram adotadas com base em indicadores qualitativos de satisfação com o atendimento em saúde, levantados por estudo realizado junto a 201 homens adultos jovens e idosos, em quatro estados brasileiros (GOMES et al., 2011b)<sup>(11)</sup> e em estudo que identificou fatores associados à satisfação com os serviços públicos de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008)<sup>(12)</sup>.

Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturados, que foram conferidos, após o preenchimento, quanto à presença de falhas, antes da compilação em banco de dados no software Microsoft Office Excel 2010.

A análise de dados foi realizada por meio do IBM SPSS 20, mediante estatística descritiva e inferencial dividida em dois momentos: análise univariada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson; análise múltipla por meio de Modelos de Regressão Logística não condicionada. Utilizou-se o método *Forwards* (para frente), por meio do qual as variáveis com  $p < 0,20$  na análise univariada são inseridas no modelo logístico de acordo com a ordem de significância, o que permite verificar, gradualmente, as variações de significância e ajustes, além da permanência ou exclusão de variáveis do modelo. Utilizou-se o teste de Hosmer e Lemeshow (HL) para verificar a qualidade do ajuste dos modelos (valores mais próximos de 1 indicam melhores ajustes) e o  $R^2$  de Negelkerke para apresentar a capacidade explicativa do modelo quando a qualidade do ajuste foi considerada baixa. A medida de associação foi representada pelo *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando  $p < 0,05$  para os testes realizados.

No desenvolvimento do estudo, foram atendidas as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, o qual emitiu Parecer favorável, sob o protocolo de número 162.077.

## Resultados

Na caracterização dos 410 indivíduos incluídos neste estudo observou-se a predominância de homens nas faixas etárias de 40 a 49 e de 50 a 59 anos (27,7% cada), de cor branca (57,8%), com companheira (67,4%), com filhos (70,6%), com religião (90,4%), com ensino médio completo (37,3%), com trabalho (79,9%), renda familiar entre 2,1 e 4 salários mínimos (22,8%), empregadores/autônomos (40,7%), sem plano de saúde (52,0%) e da classe econômica B (52,9%).

A proporção de homens que optam mais frequentemente por utilizar serviços públicos de saúde corresponde a 56,3% da amostra investigada. A maioria dos respondentes declarou estabelecer maior contato profissional de saúde com o médico (70,1%), buscar o serviço de saúde, mais frequentemente, por doenças/sintomas/urgências (62,3%), e perceber a própria saúde de forma positiva (76,7%); 43,6% disseram possuir alguma morbidade e 32,4% (73,3% dos que referiram morbidade) necessitavam/realizavam algum tratamento de saúde.

Quanto à satisfação com o serviço de saúde que costumavam utilizar, 27,2% dos homens disseram enfrentar algum tipo de dificuldade para conseguir atendimento, sendo a demora para ser atendido a principal dificuldade (48,7%); 55,1% acreditam que o serviço de saúde mais utilizado está preparado para o atendimento a saúde do homem, 65% classificaram o serviço de saúde como bom ou muito bom e 88,2% o recomendariam a outros homens; e 39% consideram a resolução do problema o aspecto mais importante em um serviço de saúde.

Em análise univariada com variáveis socioeconômicas e demográficas, observou-se o seguinte: homens com idade entre 50 e 59 anos, de cor não branca, com menor nível de escolaridade (principalmente aqueles que estudaram até a 4ª série, OR=10,85), menor renda familiar (principalmente aqueles com até dois salários mínimos, OR=11,03), homens aposentados ou em licença médica, sem plano de saúde e das classes econômicas C e D utilizaram mais os serviços públicos de saúde. Ao se realizar a análise múltipla (incluindo variáveis com  $p < 0,20$ ), constatou-se que apenas o nível fundamental de escolaridade ( $p = 0,006$ , OR=3,94) e a não posse de plano de saúde ( $p < 0,001$ , OR=20,44) mantiveram-se associadas, junto ao status conjugal “sem companheira” ( $p = 0,024$ , OR=2,10) que se tornou significativamente associada, compondo o modelo final que foi ajustado pela classe econômica (Tabela 1).

Tabela 1 – Análises univariada e múltipla da associação de características socioeconômicas e demográficas com a utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos, Maringá, PR, 2013

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Utilização dos serviços públicos de saúde					
	Análise Univariada				Análise Múltipla***	
	n	%	OR (IC95%)	p	p	
Faixa Etária (410)						
20 a 29	46	51,1	1	-		NS**
30 a 39	48	52,2	1,04 (0,58; 1,86)	0,886		
40 a 49	67	58,8	1,36 (0,78; 2,37)	0,275		
50 a 59	76	66,7	1,91 (1,08; 3,37)	0,025		
Cor						
Branca	125	53,0				NS
Não branca	112	64,4	1,60 (1,07; 2,39)	0,021		
Status Conjugal						
Sem companheira	84	63,2				0,024
Com companheira	153	55,2	1,39 (0,91; 2,12)	0,128	2,10 (1,10; 3,99)	
Ter filhos						
Sim	175	60,3				NS
Não	62	51,7	1,42 (0,93; 2,18)	0,105		
Religião						
Sim	209	56,5				NS
Não	28	70,0	1,79 (0,88; 3,64)	0,100		
Escolaridade						
Até 4ª série	39	84,8	10,85 (4,43; 26,54)	<0,001	3,06 (0,85; 10,91)	0,085
Fundamental	81	83,5	9,85 (5,07; 19,14)	<0,001	3,94 (1,47; 10,55)	0,006
Médio	78	51,3	2,05 (1,24; 3,39)	0,005	1,36 (0,65; 2,82)	0,408
Superior	38	33,9	1	-	1	-
Trabalho						
Sim	189	57,6				NS
Não	48	58,5	0,96 (0,59; 1,57)	0,881		
Renda Familiar						
Até 2	54	79,4	11,03 (5,35; 22,77)	<0,001	1,71 (0,60; 4,82)	0,310
2 a 4	94	68,6	6,25 (3,59; 10,90)	<0,001	1,75 (0,77; 3,94)	0,176
4 a 6	60	64,5	5,20 (2,86; 9,47)	<0,001	1,60 (0,69; 3,75)	0,271
Mais de 6	29	25,9	1	-	1	-
Status Ocupacional						
Empregador/Autônomo	105	62,9	0,59 (0,38; 0,92)	0,077		NS
Empregado	76	50,0	0,46 (0,20; 1,08)	0,579		
Aposentado/em licença médica	32	69,6	2,9 (1,06; 7,97)	0,038		
Desempregado	13	65,0	2,36 (0,70; 7,93)	0,164		
Estudante/Estagiário	11	44,0	1,26 (0,69; 2,31)	0,446		
Plano de Saúde						
Sim	45	23,1				<0,001
Não	191	89,3	27,68 (16,03; 47,78)	<0,001	20,44 (11,06; 37,75)	<0,001
Classe Econômica						
Classe A	4	12,9	1	-	1	-
Classe B	95	44,0	5,30 (1,79; 15,66)	0,003	0,96 (0,27; 3,44)	0,956
Classe C/D	137	84,6	37,0 (11,91; 114,88)	<0,001	2,74 (0,64; 11,65)	0,171

\*Ajuste do modelo segundo Teste de Hosmer e Lemeshow = 0,434, porém com R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,615 – o modelo explica 61,5% da utilização de serviços públicos de saúde pelos homens. \*\*NS: não significativa.

Quanto às variáveis de utilização dos serviços de saúde constatou-se que os homens que mantinham contato com enfermeiros ou outros profissionais (farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas e agentes comunitários de saúde) procuravam o serviço mais frequentemente por motivos que não o de check up, como doenças/sintomas/urgência. Já, os que referiram morbidade e autopercepção da saúde negativa utilizaram mais os serviços públicos de saúde disponíveis no município.

No entanto, ao se testar o comportamento das associações em um modelo múltiplo, constatou-se que apenas as variáveis contato profissional, motivo frequente e morbidade referida permaneceram associadas à utilização dos serviços públicos de saúde, isto é, homens que mantinham contato frequente com enfermeiros ( $p=0,004$ ,  $OR=6,37$ ) ou outros profissionais ( $p<0,001$ ,  $OR=8,47$ ), que costumavam procurar o serviço por doença/sintoma/urgência ( $p=0,008$ ,  $OR=1,93$ ) e que possuíam alguma morbidade ( $p=0,011$ ,  $OR=2,46$ ) utilizaram mais os serviços públicos de saúde, sendo que o modelo final foi ajustado pela variável necessidade de tratamento.

Tabela 2 – Análises univariada e múltipla da associação de variáveis de utilização de serviço de saúde com a utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos, Maringá, PR, 2013

Variáveis de utilização do serviço e de saúde	Utilização dos serviços públicos de saúde					
	Análise Univariada				Análise Múltipla*	
	n	%	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
<b>Contato Profissional</b>						
Médico	140	49,0	1	-	1	-
Dentista	22	56,4	1,35 (0,68; 2,65)	0,383	1,41 (0,69; 2,87)	0,342
Enfermeiro	18	85,7	6,25 (1,80; 21,71)	0,004	6,37 (1,81; 22,44)	0,004
Outros	57	89,1	8,49 (3,74; 19,25)	<0,001	8,47 (3,68; 19,52)	<0,001
<b>Motivo Frequente</b>						
Check up	51	45,5	1	-	1	-
Doença/Sintomas/Urgências	156	60,9	1,86 (1,19; 2,92)	0,006	1,93 (1,18; 3,15)	0,008
Outros	30	71,4	2,99 (1,39; 6,43)	0,005	2,15 (0,92; 4,99)	0,074
<b>Morbidade Referida</b>						
Sim	116	65,2	1,71 (1,14; 2,56)	0,008	2,46 (1,22; 4,95)	0,011
Não	121	52,2				
<b>Necessidade de Tratamento</b>						
Sim	84	63,6	1,41 (0,92; 2,17)	0,108	0,67 (0,32; 1,42)	0,304
Não	153	55,2				
<b>Autopercepção da Saúde</b>						
Positiva	171	54,5	1,84 (1,13; 2,99)	0,014		NS <sup>#</sup>
Negativa	66	68,8				

\*Ajuste do modelo segundo Teste de Hosmer e Lemeshow = 0,993. #NS: não significativa.

No que se refere às variáveis de satisfação com os serviços de saúde constatou-se que todas as variáveis analisadas mostraram-se associadas, ao menos na análise univariada. Assim, a presença de dificuldades, o não preparo do serviço para o atendimento à saúde, a classificação do serviço, a não recomendação para outros homens e a percepção de aspectos importantes no atendimento associaram-se a maior utilização de serviços públicos de saúde pelos homens. Porém, a análise múltipla eliminou a associação com as variáveis preparo para o atendimento e recomendação, mostrando que homens que enfrentam dificuldades nos serviços de saúde ( $p < 0,001$ ,  $OR = 3,19$ ), que classificam os serviços como regular ( $p = 0,036$ ,  $OR = 1,77$ ) e que consideram a atenção ( $p = 0,002$ ,  $OR = 2,22$ ) e a prontidão ( $p = 0,001$ ,  $OR = 3,02$ ) os aspectos mais importantes no atendimento à saúde, utilizaram mais os serviços públicos de saúde.

Tabela 3 – Análises univariada e múltipla da associação de variáveis de satisfação com a utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos, Maringá, PR, 2013

Variáveis de satisfação com o serviço de saúde	Utilização dos serviços públicos de saúde					
	Análise Univariada				Análise Múltipla*	
	n	%	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Dificuldades no atendimento						
Sim	88	78,6	3,69 (2,22; 6,12)	<0,001	3,19 (1,75; 5,80)	<0,001
Não	148	49,8				
Preparo para o atendimento						
Sim	116	51,3	1,82 (1,22; 2,72)	0,003		NS
Não	121	65,8				
Classificação do Serviço de Saúde						
Bom/Muito Bom	134	50,2	1	-	1	-
Regular	79	71,8	2,53 (1,56; 4,08)	<0,001	1,77 (1,03; 3,02)	0,036
Ruim/Muito Ruim	24	72,7	2,64 (1,18; 5,90)	0,017	1,27 (0,49; 3,28)	0,615
Recomendação do Serviço de Saúde						
Sim	200	55,2	2,72 (1,34; 5,51)	0,005		NS <sup>#</sup>
Não	37	77,1				
Aspecto Importante						
Resolução do Problema	75	47,2	1	-	1	-
Comunicação	35	57,4	1,50 (0,83; 2,73)	0,176	1,57 (0,84; 2,93)	0,158
Atenção	74	63,8	1,97 (1,21; 3,22)	0,007	2,22 (1,32; 3,72)	0,002
Prontidão	47	70,1	2,63 (1,43; 4,83)	0,002	3,02 (1,60; 5,71)	0,001
Outros	5	83,3	5,60 (0,64; 49,02)	0,120	3,39 (0,35; 32,39)	0,288

\*Ajuste do modelo segundo Teste de Hosmer e Lemeshow = 0,874. NS: não significativa.

## Discussão

A prevalência de utilização dos serviços públicos de saúde entre os homens estudados se aproxima da identificada em outros estudos, a despeito, no entanto, de

diferenças metodológicas, como o tipo de amostragem, o período anterior à entrevista para considerar a utilização do serviço de saúde e de restrições quanto ao tipo de serviço (SILVA et al., 2011; BASTOS et al., 2011)<sup>(13-14)</sup>.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio, 58,1% dos homens de todas as idades utilizaram serviços oferecidos pelo SUS, em 2003, e 56,3% em 2008 (SILVA et al., 2011)<sup>(13)</sup>; em estudo realizado em Pelotas, com indivíduos com idade entre 20 e 69 anos, foi constatada a prevalência de 35,1% de utilização de serviços públicos, exclusivamente para atendimentos médicos (BASTOS et al., 2011)<sup>(14)</sup>; em outro estudo, também realizado no Sul do Brasil, e com população com idade entre 20 e 69 anos, foi constatada a prevalência de consultas médicas no SUS de 45,1% entre homens (DIAS-DACOSTA et al., 2011)<sup>(15)</sup>; em população de adultos com idade entre 20 e 59 anos (ambos os sexos), em município de médio porte no Sul do Brasil, observou-se prevalência de 52,5% de utilização do setor público (BOING et al., 2010)<sup>(16)</sup>.

Nesse sentido, a posse de plano de saúde constitui-se em fator condicionante do padrão de utilização dos serviços de saúde, mesmo em um país como o Brasil, que compartilha de um sistema público de reconhecimento global, e que avançou no intuito de propiciar o acesso gratuito à assistência em saúde. No modelo múltiplo, constatou-se que homens adultos sem plano de saúde apresentaram cerca de 20 vezes mais chances de utilizarem o serviço público de saúde do que os homens com plano de saúde. Esse achado, além de corroborar os de outros estudos que também investigaram a utilização de serviços de saúde por homens e identificaram importante associação com a posse ou não de plano de saúde (RIBEIRO, 2005; IBGE, 2010b)<sup>(17-18)</sup>, também reforça a importância do sistema público no suporte à saúde dessa parcela da população, sobretudo entre aqueles que não dispõem de condições favoráveis para a manutenção de planos e seguros, constituindo-se, assim, em ponto de atenção para os atores do trabalho em saúde no âmbito do SUS.

Há que se considerar, além disso, a parte da população que possui plano de saúde e, mesmo assim, faz uso dos serviços de saúde oferecidos pelo sistema público (CONILL et al., 2008)<sup>(19)</sup>, em busca de atendimentos, tanto de baixa complexidade – por exemplo a vacinação e a administração de medicamentos injetáveis – quanto os de alta complexidade (e alto custo) – quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia, entre outros – que são alvo de intenso controle pelas empresas que operam planos de saúde, no sentido de contenção de gastos (PORTO; UGÁ; MOREIRA, 2011)<sup>(3)</sup>. O presente estudo investigou

essa associação, no entanto, ressalta-se a importância de se atentar também para os homens que a utilizam a fim de complementar seus cuidados em saúde.

Atrelados à impossibilidade de manter um plano de saúde ativo destacam-se fatores socioeconômicos – a renda familiar e a classe econômica – os quais, apesar de perderem significância no modelo múltiplo observado no presente estudo, provocaram o ajuste do modelo, mantendo sua importância em relação à utilização dos serviços públicos de saúde pelos homens adultos. Apesar de ajustes estatísticos, na prática a baixa condição socioeconômica repercute diretamente na utilização dos serviços públicos de saúde (PAVÃO et al., 2012)<sup>(20)</sup>. O achado de que o menor nível de escolaridade manteve-se associado à utilização dos serviços públicos pelos homens no presente estudo, mostra-se em concordância com estudo realizado em Pelotas que constatou associação inversa entre escolaridade e utilização do sistema público (BASTOS et al., 2011)<sup>(14)</sup>.

Em suma, a escolaridade e a situação econômica são fatores importantes como preditores da utilização de serviços de saúde, porque se associam ao nível de conhecimento sobre saúde e à adoção de comportamentos mais saudáveis (TOMASI et al., 2011)<sup>(21)</sup>. Esses fatores possuem uma relação entre eles, pois a escolaridade implica situação ocupacional e condições de trabalho, e a situação econômica pode limitar o acesso a bens como a saúde (NUNES et al., 2013)<sup>(22)</sup>. Explica-se, assim, o ajuste do modelo das variáveis socioeconômicas e demográficas às variáveis renda familiar e classe econômica, com o nível de escolaridade mantendo-se associado. Além disso, destaca-se que a ampliação do sistema público de saúde tem acolhido indivíduos historicamente menos favorecidos e desassistidos por profissionais de saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009)<sup>(23)</sup>.

A influência da situação conjugal em relação à utilização dos serviços públicos de saúde por homens foi identificada no presente estudo, e merece ser discutida. Por exemplo, estudo realizado no município de Ribeirão Preto, junto a 320 indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, os autores verificaram que a situação conjugal esteve associada ao sexo na predição do uso dos serviços públicos de saúde (NUNES et al., 2013)<sup>(22)</sup>. Tal associação pode ser explicada à luz da perspectiva de gênero, no sentido de que a manutenção de uma relação social, no caso possuir uma companheira, pode ser determinante para o envolvimento em práticas protetoras de cuidado, dentre elas, a procura por serviços de saúde (LYRA et al., 2008)<sup>(24)</sup>.

Entre idosos, essa relação de cooperação também já foi comprovada em estudo realizado em João Pessoa junto a homens e mulheres, principalmente no que concerne à

adoção de medidas preventivas (FERNANDES, 2009)<sup>(25)</sup>. Entretanto, é fundamental considerar os casos em que homens, sobretudo adultos, não convivem com companheira. Tendo em vista a importância da presença da mulher sobre o comportamento masculino em saúde, considera-se que o fato desses homens terem utilizado mais serviços públicos de saúde pode estar relacionado a não adesão aos planos de saúde por falta, supostamente, da influência de uma companheira, sem esquecer a situação socioeconômica como condicionante. Ainda nessa linha de raciocínio, o papel de provedor instituído socialmente pode, paradoxalmente, colaborar para que o homem realize cuidados preventivos, mesmo em serviços públicos de saúde, ou que busque planos de saúde a fim de garantir o acesso à saúde pela família (COUTO et al., 2010)<sup>(26)</sup>.

Os atendimentos médicos têm grande importância tanto para os usuários dos serviços quanto para o sistema público de saúde, considerando-se que têm sido alvo de estudos recentes sobre a utilização dos serviços de saúde (BASTOS et al., 2011; BOING et al., 2010)<sup>(14,16)</sup> e, como observado no presente estudo, o médico se mostrou o profissional com o qual os homens declararam estabelecer maior contato, isto é, o contato mais prevalente entre os homens investigados (70,1%).

No entanto, vale salientar que o contato com outros profissionais, dentre os quais o enfermeiro e o agente comunitário de saúde, são fundamentais para uma assistência conjunta e integral para a população masculina, sobretudo considerando-se a proposta de atuação multiprofissional prevista pela estratégia de saúde da família no âmbito da atenção básica (SILVA et al., 2013)<sup>(27)</sup>, enquanto reguladora das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012)<sup>(28)</sup>. Nesse âmbito, porém, conforme mostra estudo realizado com enfermeiros, ainda se fazem necessárias algumas melhorias para a efetivação das propostas da estratégia de saúde da família, como a atuação em equipe, a mudança na concepção curativista da população, o aumento do vínculo entre profissionais e usuários, a acessibilidade e o sistema de contrarreferência (BARATIERI; MARCON, 2012)<sup>(29)</sup>.

O presente estudo não focalizou apenas o atendimento médico, ao contrário, avançou no sentido de identificar se os homens mantêm contatos significativos com outros profissionais no âmbito dos serviços públicos de saúde, o que é possível pelas estratégias de mudança dos modelos de atenção à saúde. Considerou-se, assim, a utilização dos serviços públicos de forma geral, abarcando outras possibilidades de cuidado, mesmo frente à tendência biomédica que ressalta a doença e a atuação médica e ainda reduz as

necessidades masculinas de saúde a problemas exclusivamente físicos (SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(30)</sup>.

Dessa forma, o presente estudo constatou que, em grande medida, a procura pelos serviços públicos de saúde ainda é amplamente motivada pela doença e pelas urgências, sobretudo, segundo outros estudos, entre os homens que costumam procrastinar a ida ao serviço de saúde e por isso, acabam por agravar seu quadro, adentrando o sistema de saúde frequentemente pela atenção especializada, necessitando de cuidados estritamente curativos e aumentando os custos para o SUS (BASTOS et al., 2011; GOMES et al., 2011a; VIEIRA et al., 2013)<sup>(14,31-32)</sup>.

Os achados do presente estudo corroboram os de outras pesquisas que também constataram que a doença ainda predomina entre os motivos gerais de procura e utilização dos serviços públicos de saúde (SILVA et al., 2011; BASTOS et al., 2011; RIBEIRO et al., 2006)<sup>(13-14,33)</sup>. A procura por ações preventivas aparece na literatura associada à população feminina, enquanto prática histórica e de ascensão social (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; VIACAVA, 2010)<sup>(34-35)</sup>, e aos indivíduos que dispõem de planos/seguros de saúde ou que efetuam compra direta dos serviços, considerando-se o poder aquisitivo e a possibilidade de escolha e acesso a diferentes serviços de saúde (BARATA, 2008)<sup>(36)</sup>.

Nesse contexto, a morbidade referida tem se mostrado importante indicador de necessidades de saúde: na região metropolitana de Belo Horizonte, os autores constataram que quanto maior o número de doenças crônicas, maior o número de consultas procuradas no SUS (56,6% e 71,1% para duas e três doenças, respectivamente) (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008)<sup>(12)</sup>; em estudo realizado com adultos e idosos foi constatado que a presença de morbidade (hipertensão, diabetes, asma brônquica, distúrbios psiquiátricos) esteve associada à frequência de consultas médicas ambulatoriais acima da média (DIAS-DA-COSTA et al., 2008)<sup>(34)</sup>. Em estudo de base populacional, realizado com adultos (de 20 a 59 anos), em Lages, os autores constataram que, principalmente o diabetes esteve associado à procura por consultas médicas (BOING et al., 2010)<sup>(16)</sup>; e em Ribeirão Preto, o fato de não possuir nenhuma doença, atrelado ao sexo masculino, constituiu fator associado para a não procura por serviços de saúde (NUNES et al., 2013)<sup>(22)</sup>.

Desse modo, com base nos achados do presente estudo e na interface com a literatura, ressalta-se que os serviços de saúde não devem estar organizados e os profissionais de saúde preparados para atender unicamente aos homens com morbidade, pois o conteúdo preventivo e promocional das ações em saúde pode oferecer possibilidades

para a manutenção e proteção da saúde masculina, especialmente entre indivíduos não doentes. Institui-se, assim, campo para criação de vínculo emancipador entre profissionais e usuários, visando ao atendimento de necessidades de saúde e ao delineamento de um perfil de saúde menos desfavorável.

Vale ressaltar, aqui, que, embora a associação da autopercepção subjetiva de saúde com a utilização dos serviços não tenha persistido, ela se mostra relevante enquanto indicador de necessidades de saúde, segundo o modelo teórico de utilização dos serviços de saúde proposto por Andersen (LOUVISON et al., 2008)<sup>(37)</sup>, e sugere que outros fatores, que não apenas a condição física, determinam o uso dos serviços de saúde (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008)<sup>(12)</sup>.

Quanto às variáveis utilizadas como indicadoras da satisfação destaca-se que, segundo a literatura, estas podem servir de sinalizadores da qualidade dos serviços prestados e ainda colaborar para o desenvolvimento de estratégias de adequação dos serviços, conforme suas demandas (CASTILHO et al., 2007)<sup>(38)</sup>. Embora os estudos que abordam estritamente a satisfação dos usuários em relação à qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde, ancorados em referenciais muito próprios do campo, sejam significativos, reitera-se que, em se tratando de homens, o estado da arte ainda se mostra numericamente inferior, principalmente no concernente à parcela adulta dessa população (GOMES et al., 2011b)<sup>(11)</sup>.

Assim, o presente estudo acrescenta a esse conhecimento, pois foram identificados fatores persistentes na associação com a utilização de serviços públicos de saúde, como a percepção de dificuldades enfrentadas para obter os atendimentos de saúde, a classificação “regular” dos serviços comumente utilizados e a opção por referenciais de bom atendimento pautado na atenção e na prontidão. Tais fatores perfazem um conjunto de aspectos a serem discutidos visando à melhora da atenção à saúde masculina pelos gestores e profissionais do setor público e da avaliação/classificação que os homens fazem do serviço.

Em estudo qualitativo, realizado em quatro estados brasileiros, os autores constataram que, além de um atendimento baseado na comunicação, na atenção e na resolução do problema (aspecto de maior prevalência no presente estudo), os homens esperam e avaliam como referencial de qualidade a prontidão no atendimento (GOMES et al., 2011b)<sup>(11)</sup>. Em consonância com esse estudo, a prontidão foi o aspecto significativamente mais referido pelos homens que utilizaram os serviços públicos de

saúde e que participaram do presente estudo, sugerindo assim a discussão do paradoxo atenção-prontidão. Uma vez que a prontidão constitui-se no menor tempo possível entre a procura pelo atendimento e a efetivação do mesmo, vale considerar a influencia do papel de homem incrustado na sociedade, ou seja, destinado a ter muito tempo para o trabalho e para a provisão do outro e pouco tempo para o cuidado com a própria saúde, que leva ao imediatismo na busca por resolutividade (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010; TONELI; SOUZA; MULLER, 2010)<sup>(39-40)</sup>.

A recomendação do serviço de saúde comumente utilizado sinaliza a satisfação ou insatisfação do homem com determinado serviço, e, embora não tenha permanecido associada na análise proposta no presente estudo, mantém sua importância na prática como parâmetro a ser considerado na adequação dos serviços às necessidades masculinas de saúde. Assim, semelhante aos resultados de um estudo de base populacional, realizado em Belo Horizonte, o presente estudo também identificou que a prevalência de recomendação do serviço de saúde para outra pessoa foi maior quando comparada aos que não recomendariam, com prevalências muito semelhantes (88,2 no presente estudo e 87,2% no estudo citado) (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008)<sup>(12)</sup>. No entanto, o presente estudo avançou no sentido de verificar a associação variável de recomendação com a utilização dos serviços de saúde, e constatou a associação de não recomendação com o uso do setor público, o que se mostra preocupante.

Em termos de limitações destaca-se que o presente estudo não abordou o acesso ou a acessibilidade dos homens em relação aos serviços públicos de saúde, de modo que deixou de abranger a entrada no sistema de saúde, a continuidade da assistência, por meio dos cuidados subsequentes, e os fatores relacionados ao êxito ou não desses cuidados. Além disso, o fato de não se considerar o uso simultâneo de diferentes sistemas de saúde e o horário de coleta de dados, que não contemplou homens em horário de trabalho, podem se constituir em limitações do presente estudo. Mesmo assim, achados se coadunam com os de outros estudos e encontram amparo nestes, representando um perfil a ser considerado na organização dos serviços e preparo de profissionais de saúde no que tange à efetivação de ações em saúde sensíveis às especificidades socioculturais da população masculina.

Para tanto, há que se considerar, além dos estudos epidemiológicos para levantamento do panorama da morbimortalidade masculina, a utilização de sistemas de informação em pesquisas ancoradas também na perspectiva relacional de gênero (SCHWARZ et al., 2012)<sup>(41)</sup>, problematizando-se o papel dos serviços públicos sobre o

perfil de atenção a saúde masculina e não somente concentrando-se na responsabilização do homem enquanto sujeito isolado de cuidado. Ao comportamento do indivíduo cabe, geralmente, a responsabilidade pelo primeiro contato com o serviço, no entanto, os profissionais de saúde devem responsabilizar-se pela frequência e qualidade dos contatos subsequentes.

## **Conclusão**

Considerando-se que a maioria dos homens utiliza os serviços públicos de saúde, mostra-se premente a necessidade de organização da rede pública de assistência à saúde para o acolhimento e atendimento ao homem adulto, especialmente porque, devido a diferentes fatores, muitos homens se amparam unicamente no sistema público. O modelo múltiplo observado no presente estudo, no que tange às variáveis socioeconômicas e demográficas, encontra amplo respaldo na literatura, principalmente pela relação com a não posse de plano de saúde e com menor nível de escolaridade, ajustado por renda familiar e classe econômica. Entretanto, quanto à associação identificada com a situação conjugal requer um olhar mais apurado mediante novos estudos.

Embora o contato com o médico tenha sido o de maior prevalência entre os homens adultos, constatou-se que o contato com o enfermeiro e com outros profissionais, como o agente comunitário de saúde, foi significativamente maior entre aqueles que optavam pelos serviços públicos. Porém, a doença continua sendo o motivo mais frequente de procura pelos serviços e a morbidade referida também se mostra importante fator associado. Entre os homens que enfrentaram dificuldades ao utilizar os serviços de saúde, a maioria expressiva utilizou serviços públicos. Homens que classificaram o atendimento que costumam receber nos serviços de saúde como “regular” buscaram, em maior medida, o setor público, além de declararem que a atenção e a prontidão são os aspectos mais importantes a serem considerados em relação à satisfação quanto ao atendimento.

Entende-se que os achados do presente estudo revelam aspectos a serem discutidos no âmbito do planejamento de políticas e implementação de ações contextualizadas, conforme os fatores que mais influenciam a utilização dos serviços públicos por homens adultos. Práticas alternativas em saúde do homem devem ser enaltecidas e incentivadas, de modo a garantir o atendimento pelos profissionais de saúde e a utilização/ acesso por parte dos usuários. Reforça-se que a opinião do usuário sobre a qualidade do serviço constitui-se

protagonismo e subsídio para a construção/estruturação da atenção a saúde do homem pelos serviços de saúde.

## Referências

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(Sup): S190-S98.
2. Travassos C, Viacava F. Utilização e financiamento de serviços de saúde: dez anos de informação das PNAD. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(9): 3646-3647.
3. Porto SM, Ugá MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(9): 3795-3806.
4. Simões AV, Sampaio DMN, Bittencourt IS, Sales ZN, Boery EM. Modelos de atenção à saúde e estratégias de controle social. *Rev Saúde Com*. 2011; 7(1): 33-43.
5. Morosini MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família. EPSVJ/Fiocruz. 2007. 240 p.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 2009. 46 p. [acesso em: 14 set. 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
7. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 659-78.
8. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3): 565-74.
9. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – Informações Demográficas e Socioeconômicas. [acesso em: 12 jun. 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil; 2010.
11. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, et AL. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis Rev Saúde Colet*. 2011; 21(1): 113-28.
12. Lima-Costa MF, Loyola Filho AIL. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008; 17(4): 247-57.
13. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(9): 3807-16.
14. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(3):475-84.
15. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC. Utilização de serviços de saúde pela população de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5): 868-76.
16. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1): 41-6.

17. Ribeiro, MM. Utilização de Serviços de Saúde no Brasil: uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005 [acesso em: 20 fev. 2013]. Disponível em: [http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2005/MiriamMartins\\_Ribeiro.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2005/MiriamMartins_Ribeiro.pdf)
18. Ibge. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Um panorama da saúde no Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro; 2010.
19. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Cienc Saúde Colet*. 2008; 13(5): 1501-10.
20. Pavão ALB, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E, Werneck GL, Chor D. Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1): 98-103.
21. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(11): 4395-404.
22. Nunes AA, Levorato CD, Mello LM, Silva AS. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cienc Saúde Colet* [periódico na internet] 2013 set [acesso em: 16 set. 2013]; 17 p. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
23. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):595-603. doi: 10.1590/S0034-89102009005000040.
24. Lyra J, Leão LS, Lima DC, Targino P, Crisóstomo A, Santos B. Homens e cuidado: uma outra família? 3a ed. São Paulo: Cortez; 2008. p. 79-91.
25. Fernandes MGM. Papéis de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(5): 705-10.
26. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária a saúde: discutindo invisibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comuni Saúde Educ*. 2010; 14(33): 257-70 [acesso em: 5 maio 2013]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext).
27. Silva MM, Budó MLD, Resta DG, Silva SO, Ebling SBD, Carvalho SORM. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. *Cienc Cuid Saúde*. 2013; 12(1): 155-63.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
29. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3): 549-57.
30. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):961-70.
31. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(11): 4513-21.

32. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento a população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1): 120-7.
33. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Cienc Saúde Colet*. 2006; 11(4): 1011-22.
34. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2): 353-63.
35. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde – considerações sobre os resultados de pesquisa de condições de vida, 2006. São Paulo *Perspectiva*. 2008; 22(2): 19-29.
36. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis: Comunicação em Saúde*. 2010; 96:12-19.
37. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4): 733-40.
38. Castillo L, Dougnac, A, Vicente I, Muñoz V, Rojas V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. *Rev Med Chile*, 2007; 135: 696-701.
39. Brito RS, Santos DLA, Maciel PSO. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2010; 11(4): 135-42.
40. Toneli MJF, Souza MGC, Muller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2010; 20(3): 973-94.
41. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de Saúde do Homem. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (Supl): 108-116.

## 7.4 Artigo 4

### FATORES ASSOCIADOS AOS INDICADORES DE NECESSIDADES EM SAÚDE ENTRE HOMENS ADULTOS: ESTUDO TRANSVERSAL

### FACTORES ASOCIADOS A LOS INDICADORES DE NECESIDADES EN SALUD ENTRE HOMBRES ADULTOS

### FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH NEEDS INDICATORS AMONG ADULT MEN

#### Resumo

Neste estudo teve-se por objetivo identificar fatores associados aos indicadores das necessidades em saúde de homens adultos. Estudo transversal, tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado no município de Maringá, junto a 421 homens, com idade entre 20 e 59 anos, selecionados de forma aleatória e sistemática. Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas, realizadas entre janeiro e julho de 2013. Para a análise utilizaram-se Modelos de Regressão Logística Múltipla. Homens desempregados, com idade entre 30 e 39 anos relataram, com maior frequência, a autopercepção de saúde regular/ruim e aposentados ou em licença médica, com idade entre 40 e 59 anos, a presença de morbidade. Escolaridade e classe econômica ajustaram o modelo referente à autopercepção da saúde regular/ruim. A faixa etária e o status ocupacional estiveram associados à autopercepção da saúde e à morbidade referida, sendo esta última também associada à cor da pele.

**Descritores:** Saúde do homem; Necessidades e demandas de serviços de saúde; Enfermagem.

#### Abstract

This study aimed to identify factors associated with health needs indicators among adult men. This is a cross-sectional study, conducted through population-based household survey in the city of Maringá, with 421 men aged between 20 and 59 years old, randomly and systematically selected. Data was collected through semi-structured interviews conducted between January and July 2013. For analysis, models of Multiple Logistic Regression were used. Unemployed men, aged between 30 and 39 years old reported more often self-perception of regular/poor health, and those retired or on sick leave, aged between 40 and 59 years old, reported morbidity. Education and social class adjusted the model referring to self-perception of regular/poor health. Age group and occupational status were associated with self-perception on health and reported morbidity; the latter was also associated with skin color.

**Keywords:** Men's health; Needs and demands of health services; Nursing.

#### Resumen

Este estudio tuvo por objetivo identificar factores asociados a los indicadores de las necesidades en salud de hombres adultos. Estudio transversal, tipo averiguación domiciliar de base poblacional, realizado en el municipio de Maringá, junto a 421 hombres con edad entre 20 y 59 años, seleccionados de forma aleatoria y sistemática. Los

datos fueron recolectados por medio de entrevistas estructuradas realizadas entre enero y julio de 2013. Para el análisis se utilizaron Modelos de Regresión Logística Múltiple. Hombres desempleados, con edad entre 30 y 39 años refirieron con mayor frecuencia la autopercepción de salud regular/mala y jubilados o en licencia médica, con edad entre 40 y 59 años, la presencia de morbilidad. Escolaridad y clase económica ajustaron el modelo referente a la autopercepción de la salud regular/mala. La franja de edad y el estatus ocupacional estuvieron asociados a la autopercepción de la salud y a la morbilidad referida, siendo esta última también asociada al color de la piel.

**Descriptor:** Salud del hombre. Necesidades y demandas de servicios de salud. Enfermería.

## Introdução

O tema das necessidades em saúde permeou diversos estudos e discussões, contribuindo para a estruturação do campo da Saúde Coletiva e para a reforma da saúde no Brasil, porém, sua análise ainda se mostra premente na busca pela melhora da qualidade da assistência à saúde (SCHRAIBER, 2012)<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, pautadas nas necessidades em saúde da população, reconhece-se a importância das políticas públicas para a organização dos serviços de saúde, preparo de profissionais e integração ensino-serviço na formação em saúde (COUTO; GOMES, 2012)<sup>(2)</sup>.

Cabe, portanto, considerar as diferentes perspectivas atuais, a partir das quais se direciona o olhar sobre as necessidades em saúde. Destaca-se, inicialmente, uma perspectiva de cunho abstrato, referente às dimensões social e histórica de cada sujeito no atinente aos carecimentos em saúde; e outra concreta e operativa, voltada aos serviços de saúde, em que as necessidades da população impulsionam políticas e programas de saúde (SCHRAIBER, 2012; TRAD, 2010)<sup>(1,3)</sup>. Em consonância com essa segunda concepção, vale destacar o Modelo Comportamental de Andersen que concebe necessidade em saúde a partir de dois indicadores básicos: o estado de saúde do indivíduo (presença/ausência de morbilidade) e a percepção que este tem da própria saúde, como determinantes mais próximos da procura por cuidado em saúde e utilização dos serviços (PAVÃO et al., 2012)<sup>(4)</sup>.

Esse modelo, além de ser o pioneiro, tem sido o mais utilizado, visando, principalmente, ao entendimento da utilização dos serviços de saúde, justamente pela abordagem às necessidades em saúde (PAVÃO; COELI, 2008)<sup>(5)</sup>. No entanto, propõe-se, aqui, um recorte do modelo supracitado, direcionado para a análise dos indicadores de necessidades em saúde de homens adultos, com o qual se pretende contribuir para o conhecimento e como subsídio para profissionais de saúde na identificação de fatores associados a esses indicadores na população masculina adulta.

Mostra-se importante distinguir necessidades masculinas de necessidades femininas em saúde, porque coexistem possibilidades diferentes de adoecer e de perceber a saúde, conforme os gêneros (SCHRAIBER, 2012)<sup>(1)</sup>. Apesar do perfil de morbimortalidade desfavorável à condição de saúde, os homens, ainda em grande medida, relatam menos frequentemente do que as mulheres possuir morbidade e ter saúde ruim, mesmo frente à necessidade de cuidado, o que compromete a atenção à saúde desta população (BRASIL, 2009a)<sup>(6)</sup>. Identifica-se, no entanto, uma lacuna no conhecimento, considerando-se que os estudos não têm investigado fatores associados aos indicadores de necessidades em saúde na população masculina. Embora os profissionais de saúde reconheçam que os homens têm necessidades em saúde, eles hesitam em procurar cuidado devido ao próprio comportamento ou ao perfil dos serviços e profissionais de saúde (SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(7)</sup>. Além disso, em estudo realizado com médicos e enfermeiros, os autores relatam que as equipes de saúde têm dificuldades de identificar necessidades de saúde e planejar suas ações com base nelas. Destacam, ainda, que a utilização de dados epidemiológicos não aparece entre as estratégias empregadas para a identificação das necessidades da população (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010)<sup>(8)</sup>.

Com base nesses pressupostos, têm-se como objetivo deste estudo epidemiológico identificar fatores associados aos indicadores das necessidades de saúde de homens adultos.

## **Métodos**

Foi realizado estudo transversal tipo inquérito domiciliar de base populacional, junto a 421 homens, com idade entre 20 e 59 anos, residentes na zona urbana do município de Maringá-PR, entre janeiro e julho de 2013. Para o cálculo amostral tomou-se como base a contagem populacional de homens com idade entre 20 e 59 anos, em 2010, que era de 103.819 indivíduos (DATASUS, 2013d)<sup>(9)</sup>, e os seguintes parâmetros e estimativas: 50%, para a prevalência das variáveis resposta entre os homens adultos, associado a erro de estimativa de 5% e intervalo com 95% de confiança para a detecção das associações entre as variáveis independentes e o desfecho. Foram acrescentados 10% (38 indivíduos) à amostra mínima calculada (383 indivíduos), considerando-se a possibilidade de falhas no preenchimento dos instrumentos de coleta.

Para a seleção dos indivíduos utilizou-se a técnica de amostragem aleatória sistemática, a partir da divisão do município de Maringá em 20 Áreas de Ponderação (AP) que leva em consideração as semelhanças socio-ocupacionais dos indivíduos residentes no

território e é adotada pelo Observatório das Metrôpoles – Núcleo Região Metropolitana de Maringá. Com o número de homens de 20 a 59 anos das AP, realizou-se o cálculo proporcional, do qual se obteve a subamostra a ser coletada em cada AP. Assim, foram sorteadas as ruas visitadas, nas quais se respeitou o intervalo predefinido para a seleção dos indivíduos: a quarta residência à direita da rua. As entrevistas ocorreram nos domicílios dos homens, em sua maioria, durante os dias da semana pela manhã e à tarde, entre os meses de janeiro e julho de 2013.

Para a coleta de dados utilizou-se instrumento estruturado. As variáveis de interesse foram: a autopercepção da saúde e a morbidade referida. As variáveis independentes foram as socioeconômicas e demográficas: faixa etária, cor da pele, status conjugal, filhos, religião, escolaridade (em níveis), trabalho, renda familiar (em salários mínimos), status ocupacional, plano de saúde e classe econômica, categorizada conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISA, 2010)<sup>(10)</sup>.

Os dados foram compilados no *software* Microsoft Excel 2010, com migração posterior para o programa IBM SPSS 20. Para análise de dados realizou-se análise univariada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e análise múltipla por meio de Modelos de Regressão Logística Múltipla não condicionada. Utilizou-se o método *Forwards* (para frente), por meio do qual as variáveis que apresentaram valores de  $p < 0,20$  na análise univariada foram testadas na análise logística, conforme ordem crescente do valor de  $p$ , a fim de identificar variáveis que permanecessem associadas ou que ajustassem o modelo. A medida de associação utilizada foi o *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando  $p < 0,05$  para os testes realizados.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), sob o Protocolo de número 162.077, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

## **Resultados**

Os 421 indivíduos em estudo tinham idade média de 40,9 anos, com predominância de homens de cor branca (58%), com companheira (67,9%), com filhos (71,3%), adeptos a religiões (89,8%), com ensino médio completo (36,8%), inseridos no mercado de trabalho

(80,3%), com renda entre 2,1 e 4 salários mínimos (34%), empregadores/autônomos (40,9%), sem plano de saúde (52,7%) e da classe econômica B (53%). Constatou-se prevalência de 23% e 42,8% para autopercepção da saúde regular/ruim e morbidade referida, respectivamente.

Em análise univariada da autopercepção da saúde regular/ruim constatou-se associação (ou valores de  $p < 0,20$ ) com as seguintes variáveis, em ordem de significância: faixa etária ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p < 0,001$ ), status ocupacional ( $p < 0,001$ ), classe econômica ( $p < 0,001$ ), trabalho ( $p = 0,002$ ), renda familiar ( $p = 0,005$ ), cor da pele ( $p = 0,054$ ), plano de saúde ( $p = 0,065$ ) e religião ( $p = 0,118$ ). Contudo, permaneceram no modelo múltiplo apenas as variáveis faixa etária e status ocupacional, pois, homens, com idade entre 30 e 39 anos ( $p = 0,012$ , OR=2,94) e desempregados ( $p = 0,025$ , OR=3,17) relataram mais frequentemente a autopercepção regular/ruim de saúde, ao passo que os indivíduos com ensino médio apresentaram razão de chance significativamente menor que aqueles com outros níveis de escolaridade para esse desfecho (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise logística múltipla das associações entre variáveis socioeconômicas e demográficas com autopercepção da saúde, homens adultos, Maringá, PR, 2013

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Autopercepção da saúde (regular/ruim)			
	n	%	OR (IC95%)	p-valor*
Faixa Etária				
20 a 29	10	11,0	1	-
30 a 39	27	28,4	2,94 (1,26; 6,86)	0,012
40 a 49	20	16,9	1,26 (0,52; 3,09)	0,606
50 a 59	40	34,2	2,29 (0,95; 5,53)	0,064
Status ocupacional				
Autônomo/empregador	39	22,7	1	-
Empregado	26	16,6	0,76 (0,43; 1,36)	0,370
Aposentado/em licença médica	21	44,7	1,95 (0,9; 4,15)	0,084
Desempregado	9	45,0	3,17 (1,15; 8,72)	0,025
Estudante/	2	8,0	0,51 (0,10; 2,57)	0,419
Estagiário				
Escolaridade				
Até 4ª série	22	44,0	1	-
Fundamental	31	31,0	0,66 (0,31; 1,39)	0,279
Médio	23	14,8	0,38 (0,16; 0,87)	0,023
Superior	21	18,6	0,63 (0,24; 1,65)	0,346
Classe Econômica				
Classe A	4	12,9	1	-
Classe B	37	16,6	1,52 (0,46; 5,05)	0,494
Classe C/D	55	33,1	2,60 (0,71; 9,49)	0,149

\*Regressão Logística Múltipla, com modelo ajustado pela variável “classe econômica”.

Quanto à morbidade relatada identificou-se, na análise univariada, que as seguintes variáveis apresentaram-se associadas (ou com  $p < 0,20$ ): faixa etária ( $p < 0,001$ ), status ocupacional ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p = 0,004$ ), trabalho ( $p = 0,004$ ), classe econômica ( $p = 0,016$ ), filhos (0,034) e cor da pele (0,053). O modelo múltiplo, por sua vez, mostra que apenas as variáveis “faixa etária” e “status ocupacional” mantiveram-se associadas, e a variável “cor da pele” passou a ser associada significativamente. Desse modo, homens nas faixas etárias de 40 a 49 ( $p = 0,007$ , OR=2,45) e de 50 a 59 anos ( $p < 0,001$ , OR=4,40), aposentados ou em licença médica ( $p = 0,006$ , OR=3,01) e de cor branca ( $p = 0,016$ , OR=1,69) relataram mais frequentemente possuir morbidade que os outros homens investigados (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise logística múltipla das associações entre variáveis socioeconômicas e demográficas com morbidade relatada, homens adultos, Maringá, PR, 2013

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Morbidade Referida			
	n	%	OR (IC95%)	p-valor*
Faixa Etária				
20 a 29	24	26,4	1	-
30 a 39	26	27,4	1,13 (0,57; 2,25)	0,726
40 a 49	53	44,9	2,45 (1,28; 4,68)	0,007
50 a 59	77	65,8	4,40 (2,22; 8,71)	<0,001
Status ocupacional				
Autônomo/empregador	72	41,9	1	-
Empregado	55	35,0	0,88 (0,55; 1,41)	0,592
Aposentado/em licença médica	36	76,6	3,01 (1,36; 6,65)	0,006
Desempregado	10	50,0	1,62 (0,60; 4,34)	0,333
Estudante/ Estagiário	7	28,0	1,04 (0,37; 2,87)	0,937
Cor da pele				
Branca	114	46,7	1,69 (1,10; 2,87)	0,016
Não branca	66	37,3		

\*Regressão Logística Múltipla.

## Discussão

Os limites dos resultados deste estudo referem-se ao delineamento transversal, o qual não possibilita o estabelecimento de relações causais ou predispõe a interpretações reversas de causalidade. Porém, ressalta-se que o presente estudo identificou associações importantes de fatores socioeconômicos e demográficos com os indicadores de necessidades em saúde entre homens adultos.

Nesse sentido, os resultados deste estudo apresentam informações epidemiológicas fundamentais para a organização dos serviços de saúde na atenção à saúde do homem, pois

apontam fatores a serem considerados na abordagem às necessidades masculinas em saúde. Ressalta-se, ainda, a importância de os profissionais de enfermagem considerarem a autopercepção masculina e a presença de morbidade, além dos fatores associados, atentando-se, porém, para as singularidades de gênero na percepção desses indicadores pelos homens.

A prevalência de autopercepção da saúde regular/ruim encontrada (23%) assemelha-se à de estudo realizado com adultos em Pelotas (22,3%), que comparou, ainda, a autopercepção da saúde com adolescentes e idosos (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012)<sup>(11)</sup>, porém divergiu da prevalência evidenciada em Rio Branco (BEZERRA et al., 2011)<sup>(12)</sup>. Em sua maioria, os estudos abordam, também, a população idosa e apresentam em geral prevalências maiores do que 30%, (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012; AGOSTINHO et al., 2010)<sup>(11,13)</sup>. Destaca-se, assim, a lacuna referente à investigação de fatores associados à autopercepção da saúde enquanto indicador de necessidades em saúde, sobretudo na população adulta, e, ainda mais, entre os homens.

Cabe salientar que a autopercepção da saúde constitui-se em variável fácil de ser coletada e capta, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que estas geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, sendo importante na análise da saúde individual e da população por profissionais de saúde (VENSKUTONYTE et al., 2013)<sup>(14)</sup>. Perceber a saúde subjetivamente gera relações com outros fatores que envolvem a vida do indivíduo (como o acesso a informações), além da condição física, o que reforça sua importância como indicador de necessidades em saúde.

A relação da autopercepção da saúde com o avanço da idade já foi constatada na literatura, devido, principalmente, ao aumento das doenças crônicas e complicações decorrentes, mais prevalentes entre os idosos (HARTMANN, 2008)<sup>(15)</sup>. No entanto, o presente estudo identificou proporção significativamente maior de autopercepção da saúde regular/ruim para homens com idade entre 30 e 39 anos. Infere-se que este achado ressalta a necessidade de se aprofundar as investigações sobre a saúde do homem adulto e sobre os aspectos que a influenciam, nessa fase da vida, e que levam mais especificamente os homens a referirem autopercepção negativa da saúde.

O status ocupacional se mostrou importante no que se refere à autopercepção regular/ruim e este achado se coaduna com os de outros estudos, no sentido de que indivíduos inativos em relação ao trabalho, principalmente os desempregados, possuem também maiores chances de conviverem em condições desfavoráveis de saúde e de

buscarem os serviços de saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009)<sup>(16)</sup>. O status ocupacional pode ser determinante de desigualdades em saúde, principalmente se consideradas as possibilidades de proteção social (com/sem carteira assinada/contribuição previdenciária) (GIATTI; BARRETO, 2011)<sup>(17)</sup>.

A despeito de a classe econômica não manter associação, constata-se em outros estudos que essa variável é importante no que tange à autopercepção da saúde (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012; AGOSTINHO et al., 2010)<sup>(11,13)</sup>. A literatura revela que a escolaridade e a posição socioeconômica confluem na formação de determinados contextos sociais e culturais, implicando crenças em saúde, percepções e motivação para agir, determinando comportamentos e estilos de vida (BEZERRA et al., 2011)<sup>(12)</sup>. Por isso, vale ressaltar a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem essas características dos homens a fim de contextualizarem suas atuações, pois o suporte profissional adequado também pode ser fator determinante da autopercepção de saúde (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010)<sup>(18)</sup>.

Quanto à morbidade relatada, a prevalência identificada encontra-se em intervalo identificado por estudo nacional, qual seja de 33,9% a 62,0%, entre indivíduos de 25 a 64 anos (IBGE, 2010b)<sup>(19)</sup>. Em estudos que consideraram morbidade apenas a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, constataram-se prevalências entre adultos semelhantes a 30% (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; BOING et al., 2010)<sup>(20-21)</sup>. A população masculina apresenta importantes carências de autocuidado, o que incrementa as taxas de morbimortalidade e requer dos profissionais de saúde empenho na inclusão dos homens nas ações e serviços de saúde, sobretudo no âmbito da atenção primária (FONTES et al., 2011)<sup>(22)</sup>.

Em estudo realizado em município de pequeno porte do interior do Paraná, foi evidenciado que os homens relatam menos seus problemas de saúde do que as mulheres, o que está atrelado ao modo com que os homens percebem e concebem a saúde (MERINO; MARCON, 2007)<sup>(23)</sup>. Desse modo, além de considerarem a possível subestimação dos dados sobre morbidade referida entre os homens, os profissionais de saúde devem conhecer as particularidades e individualidades quanto ao reconhecimento da morbidade, conforme o sexo, de modo a franquear o acesso, sobretudo dos homens, às ações em saúde.

Entre os homens adultos foi possível identificar que aqueles com mais de 40 anos, quando comparados aos mais jovens, relataram com mais frequência possuir doenças. Esse achado mostra-se consoante a de outros estudos que verificaram tendência crescente das

doenças com o avanço da idade, principalmente, devido a questões biológicas, tempo de exposição a fatores de risco e envelhecimento (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009)<sup>(24)</sup>. Destaca-se que, embora a referência às morbidades tenha sido maior entre os homens mais velhos, o mesmo não se verificou em relação à autopercepção da saúde, o que sugere a existência de outras variáveis que impliquem sobre a forma como os homens nessa idade percebem sua saúde.

Assim, ressalta-se, também, a importância do status ocupacional no que se refere à associação com morbidade referida. No caso de homens em licença médica, essa relação pode se estabelecer de duas maneiras: a primeira, em que as condições de trabalho, o não reconhecimento de seu papel no trabalho e a insatisfação com este propiciam o desenvolvimento de doenças; ou, a segunda, em que a morbidade já existente, ou o agravamento desta, compromete o trabalho e determina o afastamento (FERREIRA; BOMFIM; AUGUSTO, 2012)<sup>(25)</sup>. Ambas as situações merecem atenção por parte de políticas e serviços de saúde, de modo que os profissionais de saúde possam identificar riscos ocupacionais e atuar sobre os mesmos, contribuindo para a manutenção de condições adequadas de saúde para os homens desenvolverem suas atividades, especialmente porque eles atribuem importante valor ao trabalho (FIGUEIREDO, 2008)<sup>(26)</sup>.

No que se refere à cor da pele constatou-se escassez de estudos que investigaram desigualdades em saúde, especificamente a partir da cor da pele como fator associado à morbidade relatada. Entretanto, constata-se que o achado do presente estudo – isto é, a maior proporção de indivíduos de cor branca relatando morbidade – diverge de outros estudos que demonstraram associações importantes entre a cor da pele negra e causas de morbimortalidade, sobretudo as causas externas (BRASIL, 2005; ARAÚJO et al., 2009)<sup>(27-28)</sup>. Embora exista influência da autopercepção da saúde sobre os relatos de presença de morbidade, não se pode justificar a associação da cor da pele com a morbidade referida, a partir da autopercepção da saúde, pois a associação entre cor da pele e autopercepção não foi identificada no presente estudo e também em estudo realizado em Pelotas (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012)<sup>(11)</sup>.

## **Conclusão**

A faixa etária e o status ocupacional demonstraram se constituir em fator associado, tanto em relação à autopercepção de saúde quanto à morbidade relatada entre homens

adultos, e a cor da pele mostrou-se associada apenas à morbidade. Embora sem significância, a escolaridade e a classe econômica foram fatores importantes no ajuste do modelo proposto para autopercepção da saúde.

## Referências

1. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10): 2635-44.
2. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10): 2569-78.
3. Trad LAB. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. *Projeto Integralidade em Saúde - 10 anos: por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ, Abrasco; 2010. p. 39-54
4. Pavão ALB, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E, Werneck GL, Chor D. Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1): 98-103.
5. Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad Saúde Coletiva*. 2008; 16(3): 471-82.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 2009. 46 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> Acesso em: Setembro 2013.
7. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):961-70.
8. Santos PT, Bertolozzi MR, Hino P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6): 788-95.
9. DATASUS. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações de saúde – Demográficas e socioeconômicas. 2013. [acesso em: 5 maio 2013]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil-CCEB. 2010 [acesso em: 6 jun 2012]. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org).
11. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17(12): 3353-62.
12. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(12): 2441-51.
13. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *R Bras Med Fam e Comum*. 2010; 5(17):9-15.
14. Venskutonyte L, Brismar K, Öhrvik J, Rydén L, Kjellström B. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a DIGAMI 2 quality of life sub-study. *Diab Vasc Dis Res*. 2013, 10(4) 361–67 [acesso em: 12 jun. 2012]. Disponível em: <http://171.67.113.31/content/10/4/361.full.pdf+html>

15. Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
16. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4): 595-603.
17. Giatti L, Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3817-27.
18. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA. Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosas institucionalizadas. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(2): 246-54.
19. Ibge. Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro; 2010.
20. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):436-43.
21. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1): 41-6.
22. Fontes WD, Barboza TM, Leite MC, Fonseca RLS, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(3): 430-33.
23. Merino MFGL, Marcon SS. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(6): 651-8.
24. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(6): 491-98.
25. Ferreira DKS, Bomfim C, Augusto LGS. Condições de Trabalho e Morbidade Referida de Policiais Militares, Recife-PE, Brasil. *Saúde Soc*. 2012; 21(4): 989-1000.
26. Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. Tese [doutorado]–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2008 [acesso em: 5 maio 2013]. Disponível em: <http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/EME/WagnerdosSantosFigueiredoTeseDoutorado.pdf>.
27. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade . Brasília (DF): Funasa, 2005.
28. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3): 405-12.

## 7.5 Artigo 5

### COMPREENSÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE HOMENS ADULTOS: SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM

### COMPREHENSION OF HEALTH NEEDS FROM ADULT MEN'S PERSPECTIVE: SUBSIDIZES FOR NURSING

### COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD BAJO LA PERSPECTIVA DE HOMBRES ADULTOS: CONTRIBUCIONES PARA LA ENFERMERÍA

#### Resumo

Neste estudo objetivou-se compreender as necessidades de saúde sob a perspectiva de homens adultos. Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizado junto a dez homens com idade entre 29 e 59 anos, com diferentes características socioeconômicas e residentes em diferentes áreas no Município de Maringá, PR. As necessidades de saúde expressas foram boa alimentação, prática de atividade física, realização de exames periódicos, exercício da religiosidade/espiritualidade, ter um trabalho e manter boas relações interpessoais. A situação econômica, o local onde mora e o acesso a serviços de saúde constituem-se tanto em necessidades quanto em aspectos que diferenciam percepções e a busca de atendimento das necessidades de saúde. Os homens procuram hospitais para atenderem suas necessidades de natureza clínica, porém, também consideram possibilidades como a farmácia e automedicação. A atenção às necessidades de saúde envolve articulação política intersetorial e postura respeitosa de profissionais de saúde. Questões de gênero perpassam as percepções masculinas e a mulher, seja esposa ou mãe, influencia o modo como os homens pensam sua saúde. Compreender as necessidades de saúde sob a perspectiva de homens adultos pode ampliar o olhar de profissionais de enfermagem sobre a saúde da população masculina.

**Descritores:** Saúde do homem; Necessidades e demandas de serviços de saúde; Gênero e saúde; Enfermagem.

#### Abstract

The purpose of the present study was to comprehend health needs from the perspective of adult men. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, conducted with 10 men aged between 29 and 59 years old, with different socioeconomic characteristics and living in different areas in the city of Maringá, state of Paraná, Brazil. The health needs expressed were good diet, practice of physical activity, performance of periodic health exams, exercise of religiosity/spirituality, having a job and maintaining good interpersonal relationships. Economic status, place of residence and access to health services constitute both needs and aspects that differentiate perceptions and the search for assistance to health needs. Men look for hospitals to meet their needs of clinic nature, but also consider possibilities such drug stores and self-medication. Attention to health needs involves intersectorial political articulation and respectful attitude from health professionals. Questions of gender crosses male perceptions, and women, whether spouses or mothers, influence the way men think about their own health. Understanding health needs from the perspective of adult men can expand the view of nursing professionals about the health of the male population.

**Keywords:** Men's health; Needs and demands of health services. Gender and health. nursing.

## Resumen

Tuvo como objetivo comprender las necesidades de salud bajo la perspectiva de hombres adultos. Estudio de abordaje cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado junto a diez hombres con edad entre 29 y 59 años, con diferentes características socioeconómicas y residentes en diferentes áreas en el Municipio de Maringá, PR. Las necesidades de salud expresadas fueron buena alimentación, práctica de actividad física, realización de exámenes periódicos, ejercicio de la religiosidad/espiritualidad, tener un trabajo y mantener buenas relaciones interpersonales. La situación económica, el local donde vive y el acceso a servicios de salud se constituyen tanto en necesidades como en aspectos que diferencian percepciones y la búsqueda de atención de las necesidades de salud. Los hombres buscan hospitales para atender sus necesidades de naturaleza clínica, sin embargo, también consideran posibilidades como la farmacia y automedicación. La atención a las necesidades de salud involucra articulación política intersectorial y postura respetuosa de profesionales de salud. Cuestiones de género van más allá de las percepciones masculinas y la mujer, sea esposa o madre, influencia el modo como los hombres piensan su salud. Comprender las necesidades de salud bajo la perspectiva de hombres adultos puede ampliar la visión de profesionales de enfermería sobre la salud de la población masculina.

**Descriptor:** Salud del hombre; Necesidades y demandas de servicios de salud. Género y salud; Enfermería.

## Introdução

Na produção de cuidados, as necessidades de saúde surgem como uma categoria central, pois representa o que os indivíduos precisam que seja atendido para que ocorra a manutenção do estado de vida e saúde desejado. O fluxo de eventos que leva à obtenção de cuidados resulta da percepção de uma necessidade pelo indivíduo, que origina a busca por cuidado, a qual se constituirá em demanda a ser sanada pelos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2008)<sup>(1)</sup>.

Necessidades de saúde percebidas por usuários podem divergir daquelas percebidas por profissionais, as quais, portanto, não são necessariamente problemas de ordem médica ou doenças, sofrimentos e riscos, mas abarcam carências e vulnerabilidades, expressas de modo diferente por diferentes indivíduos, grupos sociais e ao longo do tempo, no que é necessário para se ter saúde e gozar de boa vida (PAIM, 2006)<sup>(2)</sup>. Com isso, mostra-se premente conhecer as necessidades de saúde dos sujeitos inseridos no processo de produção/consumo de cuidado (“dar voz”), sobretudo a partir de concepções subjetivas que trazem à tona significados atinentes ao modo de vida e que podem subsidiar o processo de trabalho em saúde visando à satisfação dessas necessidades (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011)<sup>(3)</sup>.

Os estudos sobre necessidades em saúde têm se concentrado em oferta/demanda de ações nos serviços de saúde, administração dos serviços de saúde e necessidades de saúde propriamente ditas (CAMPOS; BATAIERO, 2007)<sup>(4)</sup>, segundo diferentes públicos (LIMA;

TOCANTINS, 2009; SHIMODA; SILVA, 2010)<sup>(5-6)</sup>. Nesse campo, contudo, os estudos sobre necessidades de saúde, conforme a perspectiva exclusivamente de homens, ainda são escassos. No âmbito internacional, estudos têm se voltado para temáticas como o câncer de próstata (PAYNE; PEARCY, 2012)<sup>(7)</sup> e a função sexual masculina (BILLUPS, 2012)<sup>(8)</sup>. No Brasil, os objetos de pesquisa evidenciados têm se coadunado com as prioridades delimitadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – o acesso aos serviços de saúde, sexualidade, saúde reprodutiva, violências e os principais agravos à saúde masculina (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013)<sup>(9)</sup>.

Esses estudos têm se destacado e fundamentado a área de saúde do homem, a qual mostra-se em franca expansão no meio científico (GOMES, 2011)<sup>(10)</sup>. Mesmo com tal expansão, inúmeras são as dificuldades em identificar e lidar com as necessidades masculinas em saúde, segundo apontam os estudos, por construções sociais e culturais de gênero e masculinidades que influenciam comportamentos e socialização das necessidades de saúde por parte dos homens (FIGUEIREDO, 2008; SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(11-12)</sup>.

Portanto, o estudo das necessidades de saúde com olhar ampliado, sob a perspectiva de homens adultos, pode proporcionar importantes contribuições à atuação da enfermagem: subsidiar a atuação profissional para além da doença e, no caso do homem; extrapolar abordagens relativas à prevenção do câncer de próstata e às vivências sexuais masculinas que, embora representem demandas importantes, não devem ser exaltadas a ponto de sustentar um estereótipo masculino.

Desse modo, questiona-se: *Quais são as necessidades de saúde de homens adultos? O que mais eles têm a dizer sobre esse assunto?* Com isso, neste estudo tem-se o objetivo de compreender as necessidades de saúde sob a perspectiva de homens adultos.

## **Metodologia**

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizado no Município de Maringá-PR; é um recorte de estudo maior com dupla abordagem metodológica, intitulado “Comportamentos, necessidades de saúde e utilização dos serviços de saúde por homens adultos no Município de Maringá-PR”, o qual teve sua etapa de abordagem quantitativa realizada com 421 homens, de 20 diferentes áreas do Município de Maringá, definidas conforme critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os informantes do presente estudo foram dez homens adultos selecionados por conveniência.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: possuir idade entre 20 e 59 anos, ter participado da etapa de abordagem quantitativa do estudo supracitado e ter demonstrado interesse no estudo, além de apresentar-se expressivo em comentários adicionais sobre suas respostas ao instrumento estruturado. A partir do instrumento estruturado preenchido nessa primeira etapa, homens de diferentes áreas do município foram contatados por telefone para se verificar possível disposição para participarem da entrevista qualitativa. As entrevistas foram marcadas em datas e horários conforme a disponibilidade dos potenciais participantes, sendo realizadas em seus domicílios, minimizando interferências nas respostas inerentes ao ambiente de serviços de saúde, como já constatado em outro estudo (SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(12)</sup>.

A Área de Residência no município correspondente ao domicílio foi obtida a partir de mapas. As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2013, por meio de instrumento semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, contendo a seguinte questão norteadora: *O que o Sr./você necessita para ter saúde?* Esta questão precedeu questões de apoio que foram elaboradas para facilitar o percurso realizado em busca de atingir o objetivo proposto, mas só foram acionadas quando necessário, ao longo da entrevista. As entrevistas duraram em média 22 minutos, foram captadas por meio de gravador digital e deglavadas na íntegra, gerando 37 páginas de material redigido. Os depoimentos foram submetidos à edição para eliminação de vícios de linguagem.

Pretendendo-se compreender as necessidades de saúde em modos não lineares, o percurso analítico ocorreu por meio da Análise de Conteúdo modalidade temática, proposta por Bardin (2011)<sup>(13)</sup>, a qual não impõe normas rígidas para a análise, portanto torna-se parte do conteúdo que se analisa, por meio de um exercício teórico e prático (ARRAES et al., 2013)<sup>(14)</sup>. No entanto, propõe etapas de organização que foram seguidas neste estudo: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. A organização inicial do material compreendeu a aquisição das mensagens e aproximação, através de uma leitura superficial. Na leitura pormenorizada constituiu-se o *corpus* (dados a serem analisados) apropriado para a exploração e a interpretação. Em seguida, iniciou-se a codificação dos dados, na qual os dados brutos foram agregados em unidades, a partir de indicadores comuns, permitindo uma descrição dos conteúdos. Depois de concluída a codificação iniciou-se a análise temática e a categorização baseadas nos temas encontrados e nas inferências que emergiram do *corpus* analisado (BARDIN, 2011)<sup>(13)</sup>.

Para fins de análise, e visando garantia do anonimato, cada homem entrevistado recebeu um código, composto da letra H (referência a “Homem”), seguindo de um número

referente à sequência em que foi entrevistado, separados por ponto. O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do CNS para estudos com seres humanos; cada indivíduo assinou TCLE em duas vias de igual teor. O projeto foi aprovado pelo comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), sob o Protocolo nº 162.077.

## Resultados

### *Caracterização dos sujeitos*

Os homens entrevistados apresentaram idades entre 29 e 59 anos. Dos dez entrevistados, oito deles possuem companheira, por casamento ou união estável. Embora não sejam idosos, dois deles já eram aposentados, devido à lesão decorrente de acidente automobilístico (H.2) e por tempo de serviço (H.9). As demais informações constam no Quadro 1.

Sujeito	Idade	Morbidade Referida	Plano de saúde	Profissão	Status Ocupacional	Escolaridade	AR*
H.1	55	Sim (Diabetes)	Sim	Bancário	Desempregado	Superior Incompleto	17
H.2	58	Sim (Sequela neurológica)	Não	Comerciário	Aposentado	Superior Incompleto	16
H.3	35	Não	Não	Consultor de Marketing	Autônomo	Superior	4
H.4	57	Não	Não	Técnico em Segurança do Trabalho	Empregado	Médio	1
H.5	29	Não	Sim	Publicitário	Autônomo	Superior	18
H.6	52	Sim (HAS)	Não	Cobrador	Em licença	Fundamental Incompleto	7
H.7	46	Não	Não	Corretor de Seguros	Autônomo	Superior	12
H.8	44	Não	Sim	Construtor	Autônomo	Médio	20
H.9	59	Sim (Gastrite, Esofagite e Dislipidemia)	Sim	Bancário	Aposentado	Superior Incompleto	10
H.10	38	Não	Sim	Cabeleireiro	Autônomo	Médio	3

\*Área de Residência (entre 1 e 20).

Quadro 1 – Caracterização dos homens adultos participantes do estudo, Maringá-Paraná, 2013.

Do movimento analítico resultaram quatro categorias temáticas, as quais são descritas e discutidas a seguir.

*Necessidades de saúde: o que dizem os homens*

Essa categoria apresenta como os homens entrevistados percebem as necessidades de saúde, ressaltando os elementos que, em suas concepções, são indispensáveis para que possam obter um bom estado de saúde e manterem o curso de suas vidas de modo satisfatório.

Alguns homens referiram que comportamentos adequados são necessários para a manutenção de uma boa saúde, sobretudo a de um corpo em bom funcionamento e que esteja protegido contra as doenças: [...] *acho que uma boa alimentação, prática de algum esporte também, não ser totalmente sedentário, acho que isso ajuda bastante uma pessoa a ter uma boa saúde, evitar bebidas alcoólicas, refrigerantes [...] (H5). Fundamental uma boa alimentação, esporte, tomei gosto por uma alimentação mais saudável, diminuí um pouquinho minha cervejinha, uma carinha gorda (risos), diminuí meus índices logo que entrei na atividade física eu fiz uma avaliação (H10). Eu acho que é você fazer exames periódicos, claro que pode aparecer alguma coisa, mas você tem que estar sempre monitorando para se tiver alguma coisa, pegar no começo (H9).*

Para além da referência ao corpo saudável, os homens elencaram outros elementos importantes, de natureza psicológica, que dizem respeito à religiosidade/espiritualidade ou às boas relações interpessoais, que possibilitam manter um equilíbrio e a saúde de forma integral: [...] *a saúde depende muito do bem estar até psicológico da pessoa, então isso aí é realmente uma coisa que leva a gente a ter um melhor padrão na saúde (H.1). [...] um pouco também que influi, mas as pessoas não percebem isso, é quanto à religiosidade... a religião (H.2). [...] primeiramente, eu preciso ter a paz de espírito, eu considero muito importante Deus na vida do ser humano, em primeiro lugar, as demais coisas acontecem, como os cuidados que nós precisamos ter (H.7). Paz no lugar que mora, na família, nas amizades, sem preocupação, sem ficar badernando na rua, acho que é um ponto bom (H.6).*

Aliado ao aspecto emocional, ter uma boa condição financeira também parece ser uma necessidade, segundo H8. Além disso, foram evidenciadas outras necessidades: ter um bom lugar para se viver (privilegiado e salubre), a possibilidade de trabalhar e o acesso a bons sistemas e atendimentos de saúde. *Eu acho que é muito importante, além de a pessoa obviamente ter um equilíbrio emocional, sem dúvida, é você estar equilibrado financeiramente (H.8). Acho que o local onde mora... a gente mora numa cidade privilegiada, quase toda a cidade tem a sua rede de esgoto, se você for olhar em muitos lugares aí do Brasil, que esse problema aí é um agravante para as pessoas estarem doentes (H.4). O trabalho é muito importante. Eu parei de trabalhar há dois anos e meio e parece que eu envelheci cinco anos (risos), quando eu trabalhava eu tinha mais disposição, e como eu estou parado, parece que eu estou envelhecendo mais e travando (H.6). Eu acho que um bom atendimento, é*

*primordial, um atendimento de respeito, acho que está faltando isso para toda a população, para as pessoas que tem plano de saúde e para as pessoas que não tem (H.5). [...] uma rede pública ou um plano de saúde que te atenda bem, isso eu acho fundamental (H.10).*

#### *A busca de atendimento profissional para as necessidades de saúde pelos homens adultos*

Nas entrevistas evidenciaram-se as opções que os homens adotam em busca de atendimento de suas necessidades de saúde. Ao mesmo tempo em que consideram a procura pelos serviços de saúde, também relatam resistência na procura ou que possuem alternativas para solucionarem problemas orgânicos, como a automedicação. [...] *sempre busco os hospitais ou médicos conveniados (H.8). Geralmente, quando eu tenho alguma coisa, eu já procuro um especialista, porque ficar se aconselhando com aventureiros é complicado, acho que é a única coisa que a gente tem, é quando começa um resfriado e sabe que é demorado, a gente acaba procurando um farmacêutico para saber qual é o mais indicado para gente tomar [medicamento], para evitar ter que ir ao hospital (H.5). [...] a dor no meu braço que eu tenho, tenho há dois meses já e não vou atrás, não sei se é um pouco de falta de respeito com meu próprio corpo (risos), acho que daqui a pouco está sarando e continua a dor, adiando sempre, mesmo porque plano de saúde tem, não necessito de postinho de saúde, de médicos do SUS, é falta mesmo de pensar um pouco mais rápido (H.1). [...] quando ocorrem esses problemas a gente recorre a hospitais, geralmente públicos porque eu não possuo plano de saúde, e em situações do cotidiano, acredito eu que, uma grande parte dos brasileiros fazem esse erro que é automedicação, então geralmente um analgésico a gente acaba ingerindo (H.3).*

A possibilidade de ter um profissional de referência para o atendimento às necessidades de saúde parece ser uma questão importante, segundo H6, no que se refere à criação de vínculo com os serviços de saúde. No entanto, em contraponto, H10 revela que não considera relevante fixar relação com um ou outro profissional, mas toma como preferência aquele que lhe atende o mais breve possível. [...] *é bom, porque no fim, são as mesmas conversas, a gente chega e eles já sabem o que é, já conversa, se você vai hoje num lugar e no outro vai em outro lugar, a pessoa já começa a perder (H.6). [...] eu mesmo não vou muito nessa questão não, a gente pega na lista lá e procura saber quem te atende primeiro, que às vezes, por essa questão de você trabalhar, no meu caso mesmo eu sou autônomo, tenho essa dificuldade, não consigo pegar uma atestadinho (H.10).*

A mudança de comportamento quanto à procura por serviços de saúde também foi evidenciada e com isso o homem tomou para si a responsabilidade. Conforme sugere H10, a mulher fez parte desse processo. [...] *antigamente eu deixava elas, meio que a mãe empurrando “vai ao médico!”, a mulher empurrando “você paga plano!”. Então por isso, hoje não é assim, “preciso ir no médico, vou fazer um check up” (H.10).*

*Estado, serviços e relações com profissionais de saúde: papéis e barreiras*

Em relação ao atendimento das necessidades de saúde, segundo os entrevistados, identificaram-se menções ao papel do Estado, enquanto governo, na provisão de condições para uma vida saudável. Pelo papel do Estado perpassam a elaboração de políticas e programas de saúde, a oferta de saneamento básico e o compromisso com a proteção social. [...] *o que o brasileiro precisaria para ter saúde, acredito eu que é uma política mais séria, mas seria em relação a tudo, eu acredito que apenas isso já contemplaria milhões de brasileiros e faria com que nos tivéssemos uma saúde mais digna* (H.3). *A única coisa que eles falam é do Câncer de Próstata, mas eu acho que deveria ter alguns outros programas para evitar a hipertensão, porque queira ou não, o homem come mais gordura, mais comida salgada, eu acho que tem uma necessidade de algo que acompanhasse isso para o homem* (H.5). *Você tendo esses tipos de benefícios que o governo deve oferecer, tipo o saneamento básico, uma água tratada, isso aí contribui para uma saúde melhor, isso faz diferença* (H.4). *Se o médico impossibilitou você de trabalhar, te deu um atestado de um ano, como que eles vão cortar seu benefício? Eles [previdência social] não olham os problemas que a gente tem, nunca olharam nada, e eu tenho tudo aí [laudos médicos, exames, avaliações]* (H.6).

No que tange aos serviços de saúde, os homens perceberam dificuldades importantes nas quais eles esbarram quando tentam acessar as tecnologias de assistência à saúde. As queixas giram em torno de questões como a indisponibilidade de profissionais, sobretudo, especialistas, a demora em conseguir atendimentos e exames, tanto pelo sistema público quanto pelo privado. *Eu acho que deveria ter mais médicos especialistas, para pelo menos em um mês, ou dois meses, as pessoas serem atendidas, porque ninguém vai ao médico sem estar doente, se você vai é porque está doente e não tem condições de pagar, você tem que recorrer, só que é demorado* (H.6). *Eu estive há dois meses atrás participando do dia do homem, e fizemos todos os procedimentos, mas há alguns procedimentos que nós precisamos agendar, um exame de próstata por exemplo, um exame mais específico, um exame de vistas, por exemplo, e a gente nota que há uma certa demora no retorno desse agendamento. Em questão de dois meses nós estivemos participando, como eu disse para você, e até então eu não recebi ainda ligação me confirmando meu exame de próstata e meu exame de vista, oftalmológico* (H.7). *Os únicos questionamentos são quando eu preciso, igual esses dias, meu ombro estava meio limitado (levou a mão ao ombro e ensaiou movimento giratório), com movimentos limitados e isso me incomoda um pouco e é aquele negócio, é uma demora mesmo com o plano de saúde, é uma demora no atendimento, espera dali, espera de lá, mas o que faltava para ficar feliz mesmo era esse tipo de atendimento, ser um pouco mais rápido* (H.10).

Outras dificuldades emergem da “forma de tratar o outro” que é praticada pelos profissionais de saúde, caracterizadas pela falta de respeito, comunicação e atenção para com a real situação em que o indivíduo que procura atendimento se encontra. H9 traça uma comparação entre a realidade de seu irmão que acessa profissionais do sistema público e sua realidade no sistema privado. *Você vai, fala o que está sentindo, você recebe um medicamento,*

*então acredito que está muito mecanizado o atendimento, então é como eu estava tentando te explicar, a gente percebe que não existe uma real preocupação (H.3). Ele te receita um medicamento, ele não faz uma coleta de sangue para saber, o que é na verdade, porque ele não sabe o que é, o diagnóstico dele é muito superficial, ele capta, ele fala que é virose e se não cessar a diarreia em três dias e tal, então vai levar mais três dias você passando mal (H.5). [...] no serviço público, atendem mal, não falam um bom dia, uma boa tarde, então eu acho que ainda bem que não tem essa influência do serviço público no privado aí, porque não funcionaria não, do jeito que funciona (H.9).*

### *Diferenças na percepção e no atendimento das necessidades de saúde*

Nas falas dos homens adultos pôde se constatar alguns aspectos que determinam certas diferenças no modo como as pessoas percebem as necessidades de saúde. Entre esses aspectos estão a situação econômica, a disponibilidade de acesso a serviços de saúde conforme o local onde se mora, a forma de pensar e agir em saúde e a idade, atrelada à chegada de um filho. *Geralmente quando a pessoa é mais pobre, mais dificuldade ela tem para adquirir alguma coisa que ela precisa, então o grau de condições talvez de comprar um alimento, de vestir uma roupa, de ir ao médico muito bom, ela vai ter mais dificuldade (H.2). Eu estava morando em uma cidade de 23.000 habitantes, e lá só tinha três ou quatro clínicos geral, não tinha mais especialista em nada, então o que você tinha que fazer, eu tinha que me deslocar, andar 200 km de onde eu estava morando, para a capital, pra poder fazer exame (H.9). [...] o pensar a saúde, porque às vezes a minha saúde, o que está me incomodando não me leva a um prejuízo tão grande e imediato, pode ser que futuramente possa estar mais complicado o tratamento, só que muitas pessoas por qualquer dor vão atrás de tratamento (H.1). Eu acho que é a cabeça também, a gente amadurece e começa a prestar mais atenção até porque, recentemente, nasceu minha filha então, você passa a amadurecer e fala “pô! Preciso cuidar de alguém” (H.10).*

Algumas falas evocaram a questão de gênero como uma marca importante que, porém, que se entrecruza com fatores biológicos, e que fazem com que homens e mulheres empreguem maneiras diferentes de se comportarem em relação as suas necessidades de saúde. *Homem é mais retraído, é menos flexível a receber atendimento em certas situações, de uma médica, por exemplo, tem coisas que o homem falaria mais abertamente para um médico homem, já a mulher eu acredito que tenha uma facilidade a mais (H.3). Eu acho que elas têm mais necessidades sim, porque a mulher, ela tem a questão da... teve aquele tempo da gestação, perde muita energia, o homem não tem esse problema, como a osteoporose que vai perdendo o cálcio, eu acho que o homem já não tem tanto esses problemas assim. Seriam outras questões (H.4). Na nossa cabeça quem tem que prover tudo para a família é o pai, é o homem no caso, ele tem na sociedade esse papel, então muitas vezes ele prioriza estas outras possibilidades que ele tem e acaba desleixando da sua própria saúde, não fazendo exames periódicos, estas coisas assim. Já a mulher, você vê que pela cultura, ela já busca mais atendimento médico, teve a primeira menstruação já vai ao ginecologista, é diferente (H.8).*

## Discussão

Ao falarem sobre o que é necessário para ter saúde os homens adultos se referiam a necessidades que, em um primeiro momento, possam parecer naturais, como a boa alimentação, prática de atividade física, evitar vícios ou realizar exames periódicos, mas, no entanto, são produzidas em contextos sociais, incluindo a amplitude e os modos com que elas são atendidas, na busca pela preservação da saúde (HINO et al., 2009)<sup>(15)</sup>. Vale ressaltar, também que, embora se constitua em demonstração de autonomia, corresponsabilidade e autodeterminação, a busca por atender a essas necessidades perfaz uma interface com as práticas realizadas pelos profissionais de saúde, as quais condicionam ou não o sujeito a aderir a um comportamento ou outro, sobretudo por meio da função educativa (BARROS; CHIESA, 2007)<sup>(16)</sup>.

No presente estudo, a menção a questões relacionadas ao cotidiano como o bem-estar psicológico, as boas relações, o local onde se vive, a condição financeira, o trabalho e o acesso à assistência à saúde sinalizam que os homens adultos percebem essas necessidades como determinantes da saúde e de boas condições de vida. Essas necessidades também foram identificadas em estudo realizado com usuários acompanhados por equipe de saúde da família no Município de Jequié-Bahia (NERY, 2006)<sup>(17)</sup> e também em estudo realizado junto a 18 usuários de uma unidade de saúde no Estado de São Paulo (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011)<sup>(3)</sup>, em que essas necessidades foram concebidas enquanto resultados de produção e reprodução social, caracterizadas pelas condições de vida.

A necessidade de boas relações, inserida nas condições de vida, indica que as atividades em meios sociais, até mesmo em família, mostram-se relevantes na vida do homem adulto, o que reforça a necessidade de convivência e participação em sociedade, envolvendo elementos, entre os quais a religião (FRANCO et al., 2012)<sup>(18)</sup>.

A religiosidade e a espiritualidade destacaram-se em meio às necessidades elencadas pelos homens. Embora sejam questões do cotidiano (ou que o transcendam) e estabeleçam relações práticas, a referência por homens em diferentes condições de saúde mostrou-se interessante. A religiosidade foi destacada por H.2 que sofreu sério acidente automobilístico e possui sequelas neurológicas, além de ter permanecido longo tempo em internação e convivido com grandes dúvidas sobre seu prognóstico, circunstância esta que propicia a evocação de aspectos religiosos, como aponta a literatura (MARTINS et al., 2012)<sup>(19)</sup>. No caso de H.7, que se encontra em bom estado de saúde, a menção à

espiritualidade emergiu enquanto necessidade de um indivíduo sadio e como caminho para promover a prevenção de doenças, segundo se constata em estudo sobre as percepções de docentes e alunos de enfermagem acerca da interface entre religiosidade e espiritualidade e saúde (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011)<sup>(20)</sup>.

Outra necessidade relevante e que guarda importante relação com o homem é o trabalho. Embora em muitas circunstâncias o trabalho já tenha sido identificado como fator limitador dos cuidados em saúde pelos homens, devido à própria sobrecarga, a falta de tempo ou condições de trabalho, disparidade entre horários (expediente de trabalho e serviços de saúde), o medo de assumir uma doença e de perder o emprego (SCHRAIBER, 2010; TONELI; SOUZA; MULLER, 2010)<sup>(12,21)</sup>, paradoxalmente o homem atribui grande valor ao trabalho como forma de obter satisfação e de sustentar um papel de provisão e controle sobre sua vida, constituindo-se, portanto, em um aspecto central e que modula a identidade masculina na sociedade (MACHIN et al., 2011)<sup>(22)</sup>.

Nesse contexto surge a necessidade de utilização dos serviços de saúde e acesso a bons atendimentos, enquanto tecnologias indispensáveis para a manutenção da saúde. No entanto, o presente estudo evidenciou que a necessidade masculina parte desde o respeito no atendimento pelo profissional de saúde, constituindo-se no principal aspecto a ser considerado em um atendimento de saúde, e que será enfatizado mais adiante nesta discussão. Embora, conforme aponta a literatura (NUNES et al., 2013)<sup>(23)</sup>, ser do sexo masculino e não possuir doença sejam aspectos relacionados a não procura pelos serviços de saúde, os homens também necessitam buscar atendimento junto aos profissionais de saúde, porém, o fazem quase sempre e somente quando se deparam com algum sintoma.

Desse modo, os homens procuram com frequência os hospitais ou as farmácias, quando consideram sua necessidade de menor ordem. Compreende-se, portanto, que a opção dos homens se concentra em serviços que atendam mais rapidamente seus problemas clínicos, geralmente com base na prática médica e no uso de medicamentos, o que caracterizam a racionalidade medicalizante (SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(12)</sup>. Quando resistem à procura por suporte profissional adotam medidas como a automedicação. Esta, por sua vez, embora possa parecer naturalizada enquanto prática do cotidiano, pode se constituir em marca do protagonismo do homem sobre sua própria saúde, permeada, também, de marcas de masculinidades - independência, invulnerabilidade e enfrentamento - conforme aponta estudo realizado com homens idosos polimedicados (ARRUDA; LIMA; RENOVATO, 2013)<sup>(24)</sup>.

Contudo, quando o homem acessa profissionais de saúde, em alguns casos apenas após grande pressão de alguma mulher (mãe ou esposa), ele se depara com a possibilidade de ter um profissional de referência, com o qual possa desenvolver um vínculo terapêutico. O estabelecimento do vínculo permite a longitudinalidade da atenção que é caracterizada pelo contato constante, comprometimento dos profissionais com a situação de saúde do indivíduo e com uma assistência integral que melhore a qualidade de vida deste (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012)<sup>(25)</sup>. No caso do enfermeiro, essa continuidade do acompanhamento e criação de laços duradouros pode favorecer a identificação e a atuação sobre as necessidades masculinas em saúde.

No entanto, a despeito de as práticas assistenciais de saúde serem determinantes no atendimento às necessidades de saúde, elas não ocorrem de modo isolado, pelo contrário, estão atreladas a propostas ou programas de intervenção formulados em políticas públicas (SCHRAIBER, 2012)<sup>(26)</sup>. Nessa linha, com o fortalecimento do campo da Saúde Coletiva, teceram-se críticas importantes ao individualismo nas relações em saúde, ressaltando os deveres do Estado em relação à população, além de mobilizar a formulação de novas políticas, novas modalidades de organizar e distribuir a prestação dos serviços e aproximações com as necessidades de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008; GOMES, 2011)<sup>(1,10)</sup>.

Conforme se constatou nas falas dos homens adultos no presente estudo, o papel do Estado não se concretiza apenas na formulação de políticas integrais voltadas unicamente à saúde, mas eles também citaram as questões de saneamento básico e a proteção social, o que reforça a concepção de que as necessidades de saúde não se limitam ao adoecimento, mas abrangem aspectos da vida cultural e social, indispensáveis à qualidade de vida (GOMES, 2011)<sup>(10)</sup>. Ressalta-se, assim, o que se insere no conceito de integralidade, em seu sentido de articulação de um conjunto de políticas, em caráter intersetorial, que implique melhor interpretação das necessidades de saúde e mudanças nas condições de vida (GOMES, 2011)<sup>(10)</sup>.

Considerando-se a grande distinção observada no cotidiano entre as práticas assistenciais de saúde e o texto das políticas que, por sua vez, nem sempre contemplam a complexidade de determinados grupos sociais (SCHRAIBER, 2012)<sup>(26)</sup>, também se constatam, no presente estudo, problemas de cunho operacional como a falta de profissionais especialistas, demora para a marcação e execução de agendamentos de consultas e realização de exames/procedimentos que também acometem o sistema privado

de saúde. O acesso a essas tecnologias constitui-se em importante necessidade de saúde, pois qualifica a atenção, promove integralidade e vínculo, a partir dos sentidos atribuídos por usuários dos serviços de saúde, segundo aponta a literatura (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; SCHRAIBER, 2010; FRANCO et al., 2012)<sup>(3,12,18)</sup>.

Direcionando o olhar para o microcenário dos atendimentos em saúde, os resultados do presente estudo mostram que os aspectos respeito, comunicação e atenção, por vezes, não são considerados na relação profissional-homem, o que independe do sistema em que se procura atendimento (público ou privado). Considerar a necessidade de respeito, no entanto, implica conflito de ordem subjetiva, isto é, que sentidos ou referências cada sujeito toma para si ao definir um atendimento como respeitoso. Segundo estudo realizado em quatro estados brasileiros, os homens tomam como referência para o atendimento de suas necessidades o atendimento calcado, principalmente, na atenção, na comunicação, na resolução de seus problemas e na prontidão (GOMES et al., 2011b)<sup>(27)</sup>.

Assim, em conformidade com a literatura, compreende-se que o modelo tradicional de práticas de saúde, calcado no biologismo ou até em estereótipos de gênero, não facilita a interação dos homens com os serviços de saúde, e muito menos a emergência de determinadas necessidades da população masculina (FIGUEIREDO, 2008)<sup>(11)</sup>. Portanto, não cabe responsabilizar unicamente os homens por suas condições de saúde quando não buscam os serviços de saúde por ações preventivas, mas, também, considerar o papel e a postura dos profissionais de saúde ante a população masculina.

A percepção e a busca por atender às necessidades de saúde, na perspectiva dos homens adultos entrevistados, envolvem aspectos que marcam diferenças nesses movimentos. Compreende-se, então, que a situação econômica, o local onde reside e a disponibilidade de acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que configuram necessidades propriamente ditas, também determinam o que cada indivíduo pensa sobre saúde e como recorre ao atendimento de suas necessidades.

Mostra-se relevante considerar o amadurecimento do homem com o avançar da idade e a mudança em suas concepções sobre cuidado e saúde ao surgir um filho em sua vida. Logo, salienta-se que a paternidade os aproxima do cuidado com a saúde, dele mesmo ou de outro ser (CORRÊA; FERRIANI, 2007)<sup>(28)</sup>, e com isso os homens podem elaborar de forma mais adequada a socialização de suas necessidades de saúde, dimensão mais próxima do universo feminino (SCHRAIBER et al., 2010)<sup>(12)</sup>.

A mulher, por sua vez, possui papel importante na construção do “homem que se cuida”. Quando os homens lançam sobre eles próprios um olhar analítico, percebem e relatam o papel da mulher, pois, necessariamente, consideram as diferenças e semelhanças entre homens e mulheres, o que “facilita” a construção de uma identidade de gênero (GOMES, 2011)<sup>(10)</sup>. Constitui-se, assim, a perspectiva relacional de gênero, por meio da qual a compreensão de como o homem é passa, necessariamente, pela análise do que a mulher é, e vice-versa (GOMES, 2011)<sup>(10)</sup>. Envolvidos por esse processo, os homens que participaram do presente estudo relataram marcas atinentes aos homens no tocante ao cuidado com a saúde – a resistência masculina ao cuidado, a vergonha de se mostrar para uma mulher e o papel de provedor da família. Essas marcas identitárias definem um comportamento que inibe o homem quando ele precisa atender as suas necessidades de saúde, tornando-o vulnerável (ARRAES et al., 2013)<sup>(14)</sup>.

Os relatos dos entrevistados também foram perpassados por menções a características femininas determinadas biologicamente e que determinam a aproximação delas com o cuidado e as necessidades de saúde, como o período da puberdade, a menstruação e a gestação. Tais características também vêm se refletindo na organização dos serviços de saúde e na elaboração de políticas e estratégias de aproximação com a população. Segundo estudo que levantou o relato de profissionais de saúde, o próprio sistema de saúde vem sendo, historicamente, pautado na valorização do cuidado à mulher e voltado à sexualidade e reprodução, sob a ótica feminina (GOMES et al., 2011c)<sup>(29)</sup>.

### **Considerações Finais**

O presente estudo permitiu compreender as necessidades de saúde sobre a perspectiva de homens adultos, identificando-se que eles necessitam de boa alimentação, da prática de atividade física regular, da realização de exames periódicos; devem evitar vícios, manter o bem-estar psicológico, estabelecer boas relações interpessoais, ter um trabalho, ter boa condição financeira, cultivar a religiosidade e espiritualidade e ter acesso ao saneamento básico, à proteção social e aos bons atendimentos de saúde.

A socialização das necessidades de saúde não ocorre de modo linear, mas está envolta por construções sociais e culturais, nas quais está inserido o processo de trabalho em saúde, o qual, além de atender e estabelecer vínculos produz e reproduz necessidades de saúde. O trabalho em saúde envolve desde o respeito no atendimento aos usuários dos

serviços quanto a associação com boas políticas públicas ou disponibilidade de tecnologias que favoreçam a integralidade.

Reforça-se, desse modo, o pressuposto de que quanto mais as ações em saúde estiverem aliadas às necessidades masculinas de saúde, maior será a eficiência dessas mesmas ações, o que implica conexão entre políticas de saúde e atuação/postura dos profissionais, em especial os profissionais de enfermagem, no âmbito público ou privado.

## Referências

1. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: Ed. UFBA; 2006.
3. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1): 19-25.
4. Campos CMS, Bataiero MO. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. Interface: Comunic Saúde, Educ. 2007; 11(23): 605-18.
5. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3): 367-73.
6. Shimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1): 58-65.
7. Payne H, Percy R. Symptoms and health-related quality of life in castration-resistant prostate cancer: the patient's perspective. J Men's Health. 2012; 9(1): 9-16.
8. Billups KL. Erectile dysfunction and testosterone deficiency as gender-specific markers of cardiometabolic risk in minority and non-minority men: potential role of social determinants. J Men's Health. 2012; 9(3): 139-45.
9. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Saúde Soc. 2013; 22(2): 415-28.
10. Gomes R. Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
11. Figueiredo WS. Masculinidade e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. (tese). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
12. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad Saúde Pública. 2010; 26(5): 961-70.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Arraes CO, Palos MAP, Barbosa MA, Teles SA, Souza MM, Matos MA. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas as doenças sexualmente transmissíveis/HIV/ Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(6): 1273 [acesso em: 7 nov. 2013]. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041692013005092363&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692013005092363&lng=pt&nrm=iso)>. <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3059.2363>>.

15. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de captação. *Rev Enferm USP*. 2009. 43 (Esp.2): 1156-67.
16. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Enferm USP*. 2007; 41(Esp): 793-8.
17. Nery AA. Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA: em busca de uma tradução [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006.
18. Franco FA, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1): 157-62.
19. Martins ME, Ribeiro LC, Feital TJ, Baracho RA, Ribeiro MS. Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. *Rev Enferm USP*. 2012; 46(6): 1340-7.
20. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2011; [acesso em: 5 jan. .2013]; 19(5): [08 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-11692011000500019&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692011000500019&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT)
21. Tonelli MJF, Souza MGC, Muller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2010; 973-94.
22. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde na atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(11): 4503-12. [acesso em: 12 maio 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>.
23. Nunes AA, Levorato CD, Mello LM, Silva AS. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na internet] 2013 set [acesso em: 16 set. 2013]; 17p. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
24. Arruda, GO, Lima SCS, Renovato RD. Uso de medicamentos por homens idosos com polifarmácia: representações e práticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013. [acesso em: 8 nov. 2013]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013005042372&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013005042372&lng=pt&nrm=iso).
25. Baratieri T, Mandú ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos de experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5): 1260-67.
26. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das políticas profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 17(10): 2635-44.
27. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, et AL. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2011; 21(1): 113-28.
28. Corrêa ACP, Ferriani MGC. Paternidade adolescente: um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2007; 6(2): 157-63.
29. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 983-92.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação do homem com os cuidados em saúde instiga, cada vez mais, a realização de pesquisas que busquem compreender essa relação e identificar fatores que determinem ou condicionem o comportamento masculino. Portanto, a figura do homem forte e invulnerável na sociedade vem sendo problematizada a fim de impulsionar um processo de desconstrução dessa imagem, fortemente incorporada ao imaginário coletivo, e a oferecer ao homem um lugar no campo da saúde que lhe permita ser sujeito que se constrói e se reconstrói culturalmente e, para tanto, vivencia experiências que determinam o modo como percebe, socializa e atende as suas necessidades.

Embora esse processo ainda caminhe a passos curtos nos cenários da prática em saúde, o que inclui a enfermagem, o trabalho investigativo constitui-se em importante aliado na instrumentalização dos profissionais para a prática cotidiana e para o planejamento e elaboração de políticas de saúde. Nesse sentido, considera-se que esse estudo possibilitou o levantamento de algumas questões importantes relacionadas aos comportamentos em saúde, utilização dos serviços de saúde e às necessidades de saúde de homens adultos.

No que se refere aos comportamentos em saúde, a constatação de associações com características socioeconômicas e demográficas apontou especificidades relacionadas a cada comportamento, de modo que o enfermeiro possa utilizar essas informações como subsídios para o planejamento de suas ações. Por exemplo, observou-se associação de maior renda e plano de saúde com o consumo abusivo de álcool e menor renda, não possuir plano de saúde, não ter religião e menor escolaridade com o tabagismo. A faixa etária de 30 a 39 anos e trabalhar demonstraram associação com a atividade física insuficiente e a classe econômica D com a dieta inadequada. Ausência de companheira e classe econômica D estiveram associadas à situação vacinal inadequada e não realização de exames preventivos. A faixa etária de 50 a 59 anos e a classe econômica C apresentaram associação com a não realização de atividades de lazer.

Sobre a utilização dos serviços de saúde destaca-se que o presente estudo não considerou apenas a utilização de serviços médicos, o que amplia o olhar para o papel de outros profissionais de saúde, inclusive para o do enfermeiro. A prevalência de utilização evidenciada não difere muito da encontrada em outros estudos, consideradas as devidas

ponderações de cunho metodológico. Na busca por identificar os fatores associados à utilização, constatou-se que esta foi maior entre homens aposentados ou em licença médica e desempregados, com plano de saúde, optantes pelo sistema privado, internados recentemente e com morbidade relatada. Ao apontar a associação com esses fatores, levantam-se questões preponderantes a serem respondidas por novas pesquisas em saúde do homem, por exemplo, a menor utilização dos serviços de saúde por homens sem plano de saúde e as possibilidades dos profissionais de saúde para alcançar esses indivíduos, sobretudo em nível de serviço público de saúde.

Nessa linha de pensamento, o presente estudo também identificou fatores associados à utilização dos serviços públicos de saúde que, em grande medida, atrai homens adultos sem plano de saúde, com menor nível de escolaridade e sem companhia. Salienta-se que estudos de base populacional também identificaram indivíduos que não utilizam os serviços de saúde, não se restringindo a abordar aqueles presentes nos serviços. Enfermeiros e outros profissionais (agentes comunitários de saúde), que não médicos e dentistas, foram os mais contatados nos serviços públicos de saúde pelos homens, embora estes tenham procurado mais os serviços por motivo de doença. Cabe, portanto, salientar a importância do enfermeiro na atuação junto à saúde do homem, enquanto profissional que atua nos diferentes níveis de atenção, e que, geralmente, está a frente da implementação de políticas e programas voltados à assistência de distintos grupos populacionais.

Homens que utilizaram os serviços públicos tiveram mais dificuldades relacionadas ao atendimento, classificaram a prestação dos serviços como regular e apontaram a atenção e a prontidão como aspectos mais importantes em atendimento a saúde. O levantamento das variáveis supracitadas contribuiu também para o conhecimento da satisfação dos homens adultos com os serviços de saúde, sobretudo os de gestão pública. Conforme discutido, satisfação com o serviço reflete a qualidade com que as necessidades de saúde dos usuários são atendidas.

Portanto, mostrou-se importante identificar fatores associados aos indicadores de necessidades de saúde, a fim de caracterizar essas necessidades, com base na autopercepção da saúde regular/ruim e na morbidade relatada. Com isso, constatou-se que a faixa etária e o status ocupacional, mais uma vez, foram variáveis importantes na saúde do homem, agora, relacionadas aos indicadores de necessidades de saúde.

Sob a perspectiva qualitativa, buscou-se compreender mais profundamente as necessidades de saúde segundo os homens adultos, para além da presença de uma doença

ou da percepção subjetiva de saúde, as quais respondem por problemas particulares que participam na formulação de políticas e programas de saúde. Com isso, salienta-se que o estudo qualitativo acrescentou aos resultados quantitativos o conhecimento de outras necessidades masculinas e de outros aspectos que influenciam socialmente a identificação dessas necessidades pelos próprios homens.

Foi possível compreender, por exemplo, que as necessidades masculinas extrapolam a visão biomédica praticada no cotidiano profissional em saúde. Segundo os homens, as suas necessidades vão desde boa alimentação, prática de atividade física e realização de exames periódicos, até o exercício da religiosidade/espiritualidade, ter um trabalho e manter boas relações interpessoais. A situação econômica, o local onde se mora e o acesso a serviços de saúde constituem-se tanto em necessidades quanto em aspectos que diferenciam percepções e a busca de atendimento das necessidades de saúde.

Ainda no que diz respeito às necessidades de saúde, segundo os homens adultos, estes procuram hospitais para atenderem suas necessidades de natureza clínica, porém, consideram possibilidades a farmácia e a automedicação. Embora se busque “fugir” da predominância das questões puramente médicas, inevitavelmente elas perpassam os depoimentos masculinos. Porém, a atenção ampliada às necessidades de saúde envolve articulação política intersetorial e postura respeitosa de profissionais de saúde. Questões de gênero também estão imbricadas nas percepções masculinas e a mulher mostra-se importante nesse processo, pois influencia o modo de pensar dos homens sobre sua própria saúde.

No que tange aos principais problemas encontrados no decorrer do desenvolvimento do presente estudo destacam-se os relacionados ao processo de coleta de dados: a dificuldade para encontrar homens adultos em seus domicílios em dias da semana e horário comercial, a pouca expressividade de alguns homens para responderem as questões (sobretudo nas entrevistas qualitativas), as recusas por parte de alguns homens que se encontravam em casa e as adversidades provenientes do clima — os dias frios ou chuvosos.

Algumas limitações no desenvolvimento do estudo também devem ser consideradas, considerando-se que podem influenciar os resultados e as inferências apresentadas. Destaca-se o tipo transversal de estudo que não propicia a relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas, a abordagem a homens entre 20 e 59 anos em seus domicílios, fazendo com que fossem encontrados mais homens empregadores/autônomos,

além de aposentados e em licença médica, e o número reduzido de indivíduos identificado em categorias de algumas variáveis nos testes de associação, o que limita o achado de diferenças estatisticamente significativas. Contudo, o delineamento de base populacional com amostragem sistemática, a distribuição dos indivíduos pelo município, segundo Áreas de Ponderação, e a amostra representativa da população masculina proporcional a cada recorte territorial colaboram para a validação dos resultados encontrados.

Conclui-se que o presente estudo atendeu aos objetivos propostos, mas não esgotou o assunto, pelo contrário, deu margem para investigações futuras acerca dos comportamentos, das necessidades e da utilização dos serviços de saúde por homens adultos. Além da importância de novos estudos de corte transversal que revelem instantâneos da saúde dos homens adultos, aponta-se para a necessidade de estudos que visem à elaboração, implementação e avaliação de ações/estratégias particularizadas para a população masculina e, com isso, a validação dessas para a aplicação na prática assistencial.

De posse dos resultados do presente estudo sugere-se que os profissionais de enfermagem podem ser determinantes na motivação para comportamentos mais saudáveis por parte dos homens, desde que os profissionais verifiquem os fatores que se relacionam com esses comportamentos e que considerem as múltiplas interfaces e diferenças entre os sujeitos; sugerem, ainda, a importância de se conhecer as variáveis que interferem na utilização dos serviços de saúde e nas necessidades masculinas de saúde, em termos quantitativos e qualitativos (complementares). Vislumbra-se, com isso, a possibilidade de transformação do perfil da saúde masculina no local estudado e, por que não, em outras localidades.

## **9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Acredita-se que os resultados deste estudo apontam para implicações importantes nos âmbitos do ensino, pesquisa e prática da enfermagem.

Para o ensino, ressalta-se que os conteúdos a serem ministrados nos cursos de graduação e, por que não, no âmbito da pós-graduação, devem ser atualizados conforme o avanço do desenvolvimento das pesquisas em saúde do homem. Embora o presente estudo não tenha investigado especificamente problemas como a falta de conhecimento de profissionais de saúde sobre a saúde do homem ou a escassez de ações junto a essa população, aponta-se para a necessidade de os novos profissionais serem formados com uma visão ampliada sobre a relação dos homens com sua saúde. Para tanto, faz-se necessário associar a análise de informações epidemiológicas aos estudos de gênero, no processo de ensino-aprendizagem de futuros enfermeiros, sejam estes recém-formados ou pós-graduados.

Ainda a respeito das implicações para o ensino em enfermagem, sugere-se que as aulas e demais abordagens sobre a temática de saúde do homem não devem se limitar aos textos oficiais do Ministério da Saúde, por exemplo, a PNAISH. Além desses textos de base, devem ser utilizados resultados de pesquisas, visando contextualizar a compreensão dos indivíduos em formação sobre comportamento em saúde, utilização dos serviços de saúde e necessidades de saúde. Sugere-se, também, o aperfeiçoamento das disciplinas que são voltadas para a pesquisa em enfermagem, a fim de subsidiar a iniciação dos futuros enfermeiros no campo científico, a partir de metodologias que permitam o conhecimento do perfil de determinada população, no caso, destaca-se a população masculina.

A proposição arbitrária de uma disciplina específica para a saúde do homem, semelhante à destinada às crianças e às mulheres, pode não ser uma ideia adequada, considerando-se a liberdade que os cursos de graduação têm em adequar suas grades curriculares. No entanto, a saúde do homem deve ser um tema transversal e perpassar todas as práticas educativas elencadas para a formação profissional em enfermagem e outras da área da saúde. O ensino sobre a saúde do homem deve extrapolar e superar os estigmas e estereótipos que culturalmente são difundidos; deve permear desde salas de aula e

laboratórios de prática até estágios supervisionados, apresentação de seminários, extensão e pesquisa.

A pesquisa em enfermagem, por sua vez, deve, cada vez mais, servir ao ensino e à prática, além de retroalimentar o conhecimento científico, fornecer novas informações sobre perfis de saúde masculina e indicar caminhos para novas pesquisas. A realização periódica de pesquisas de base populacional, como o presente estudo, pode colaborar para o contínuo monitoramento do perfil masculino, no que se refere a comportamentos, procura e uso dos serviços e necessidades masculinas de saúde. No presente estudo não teve a pretensão de esgotar o assunto, sendo necessários outros que problematizem esses temas.

Desse modo, a pesquisa pode ser um artifício determinante para o enfermeiro que atua nos cenários de prática da enfermagem, enquanto meio que direcione ações para a população masculina, identificando e planejando estratégias para subgrupos de homens, evidenciados conforme fatores associados. Isso porque, em suma, os fatores associados aos comportamentos em saúde sugerem a necessidade de intensificar estratégias específicas, voltadas à promoção de práticas adequadas para a população masculina.

Considerando-se, ainda, que os enfermeiros e outros profissionais, que não médicos e dentistas, foram os mais acessados na utilização dos serviços públicos de saúde, aponta-se para a necessidade desses profissionais conhecerem as características da população masculina por eles assistida, quanto à idade, status conjugal, status ocupacional, escolaridade, renda, classe econômica, posse de plano de saúde, dentre outras variáveis.

Para a prática, o presente estudo também reforça que os profissionais de enfermagem devem atender a demanda masculina conforme fatores associados e avançar para além da atenção curativa, qualificar os serviços e criar uma cultura de aproximação com a população masculina que favoreça o cuidado integral em saúde, além de compreender as necessidades de saúde sob a perspectiva de homens adultos. Assim, torna-se imperiosa a participação dos profissionais da enfermagem na implementação de ações articuladas e complementares na identificação e resposta às necessidades masculinas de saúde.

Por fim, considera-se que, com esta investigação, a intencionalidade do pesquisador volta-se para a contribuição para a prática, o ensino e a pesquisa por parte dos profissionais de enfermagem, para todos aqueles que, de alguma forma, assistem a população masculina. Espera-se que os resultados encontrados impliquem de fato a prática e a formação continuada dos profissionais sobre a inserção da saúde do homem na formação inicial dos acadêmicos e dos pós-graduandos e sobre a realização de novas pesquisas em enfermagem.

## RERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil/2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso: 31 ago. 2012.
- ABREU, D. M. X.; CÉSAR, C. C.; FRANÇA, E. B. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2672-2682, 2009.
- AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: MEDSI: Guanabara-Koogan, 2006.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, D. C., v. 36, no. 1, p. 1-10. 1995.
- ARAÚJO, E. M. et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 405-412, 2009.
- ARRAES, C. O. et al. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas as doenças sexualmente transmissíveis/HIV/ Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041692013005092363&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692013005092363&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 7 nov. 2013.
- ARRUDA, G. O. et al. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2013. Trabalho não publicado.
- ARRUDA, G. O.; LIMA, S. C. S.; RENOVATO, R. D. Uso de medicamentos por homens idosos com polifarmácia: representações e práticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013005042372&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013005042372&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 8 nov. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2010.

AZEVEDO E SILVA, G.; VALENTE, J. G.; MALTA, D.C. Trends in smoking among the adult population in Brazilian capitals: a data analysis of telephone surveys from 2006 to 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 103-114, 2011. Supplement 1.

AZEVEDO E SILVA, G. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 48-56, 2009. Supplement 2.

AZEVEDO, M. R. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 70-77, 2008. Supplement 2.

BAPTISTA, E. K. K.; MARCON, S. S.; SOUZA, R. K. T. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 225-229, 2008.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida, 2006. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, 2012.

BARATIERI, T.; MANDÚ, E. M. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos de experiência profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002. cap. 3. p. 81-98

BARBIERI, T. Sobre la categoria género. Una introducción teórico-metodológica. In: AZERÊDO, S.; STOLCKE, V. (Coord.). **Direitos Reprodutivos**. São Paulo: FCC/DPE, 1991. p.25-45.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. S. **Prevalência de não-adesão à terapêutica farmacológica e do inadequado controle pressórico em indivíduos com hipertensão arterial em Maringá – Paraná**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 793-798, 2007.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, p. 6-19, 2008. Suplemento 1.

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

BEZERRA, P. C. L. et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2441-2451, 2011.

BILLUPS, K. L. Erectile dysfunction and testosterone deficiency as gender-specific markers of cardiometabolic risk in minority and non-minority men: potential role of social determinants. **Journal of Men's Health**, New Rochelle, v. 9, no. 3, p. 139-145, 2012.

BOING, A. F. et al. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 41-46, 2010.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atuação do enfermeiro na atenção Básica**. Brasília, DF, 2002. Informe da Atenção Básica, n. 16

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. 2009a. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port 2008/PT-09-CONS.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port%202008/PT-09-CONS.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2012.

BRASIL. Gabinete Ministerial. Portaria nº 2.669 de 3 de Novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 2009b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**: Vigitel 2012. Brasília, DF, 2012b.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, O. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 135-142, 2010.

BURILLE, A. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BURSZTYN, I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2227-2238, 2008.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMPBELL, B. B. A novel approach to educating men about preventative health in the digital age. **Journal Men's of Health**, New Rochelle, v. 9, no. 1, p. 45-50, 2012.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1260-1268, 2005.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

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.

CARRERA-LASFUENTES, P. et al. Medicine consumption in the adult population: Influence of self-medication. **Atencion Primaria**, Madrid, v. 45, n. 10, p. 528-535, 2013.

CARVALHO, J. B. L.; BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Percepção de homens sobre a atenção recebida dos profissionais que assistem a companheira com síndromes hipertensivas. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 322-329, abr./jun. 2011.

CASTILLO, L. et al. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. **Revista Médica do Chile**, Santiago, n. 135, p. 696-701, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001. p. 113-126.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 2000. **Behavioral Risk Factor Surveillance System Spanish Questionnaire.** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/q2000cspan.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. O sexo masculino vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 720-728, 2012.

CONCEIÇÃO, C. C.; LEÃO, M. **O enfermeiro na promoção da saúde do homem**. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)-Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2011.

CONILL, E. M. et al. O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

CONNELL, R. W. **The men and the boys**. Cambridge: Polity Press, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196 – 10 de Outubro de 1996. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp\\_print\\_completo.php?d=3228](http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp_print_completo.php?d=3228)>. Acesso em: 12 jan. 2013.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. Paternidade adolescente: um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 157-163, 2007.

CORRÊA, A. C. P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, 2011.

CORTEZ, B. F.; MONTENEGRO, F. M. T.; BRITO, J. A. M. Censo Demográfico 2010 - definição das áreas de ponderação para o cálculo das estimativas provenientes do questionário da amostra. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2012, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia: ABEP, 2012. p.1-13.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./ fev. 2009.

COURTENAY, W. H.; KEELING, R. Men, gender, and health: toward and interdisciplinary approach. **Journal of American College Health**, Carbondale, v. 48, p. 243-246, 2000.

COUTO, M. T. **Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução**. 2001. Tese (Doutorado em Sociologia)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

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

CUNHA, R. B.; REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R. Como nossos pais? Gerações, sexualidade masculina e autocuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1419-1437, 2012.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)**. 2013a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde: Epidemiológicas e Morbidade**. Morbidade Hospitalar do SUS – Geral, por local de residência. 2013b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrpr.def>>. Acesso em: 31 out. 2013.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde: informações demográficas e socioeconômicas**. 2013c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde: demográficas e socioeconômicas**. 2013d. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: 5 maio 2013.

DEGHAN, M.; AKHTAR-DANESH, N.; MERCHANT, A. T. Factors associated with fruit and vegetable consumption among adults. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, Oxford, v. 24, no. 2, p. 128-134, 2011.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 353-363, 2008.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços de saúde pela população de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 868-876, 2011.

DIAS-DAMÉ, J. L.; CESAR, J. A.; SILVA, S. M. Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2166-2174, 2011.

DOMINGUES, C. M. A.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa

Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.

ESTAQUIO, C. et al. Socioeconomic differences in fruit and vegetable consumption among middle-aged French adults: adherence to the 5 A Day recommendation. **Journal of American Diet Association**, New York, v. 108, no. 12, p. 2021-2030, 2008.

EUROPEAN COMMISSION. **The status of health in the European Union: towards a healthier Europe**. Brussels: European Commission, 2009.

FEIJÓ, A. M. et al. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 783-791, 2012.

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERNANDES, M. G. M. Papéis de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 5, p. 705-710, 2009.

FERREIRA, D. K. S.; BOMFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Condições de Trabalho e Morbidade Referida de Policiais Militares, Recife-PE, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 989-1000, 2012.

FERREIRA, L. N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1473-1486, 2011.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 777-785, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500001&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500001&lng=en)>. Acesso em: 22 ago. 2012.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidade e cuidado**: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. 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**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 935-944, 2011.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

FRANCO, F. A. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 157-162, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília, DF, 2005.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99-106, 2006.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3817-3827, 2011.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciências e Saúde Coletiva: Saúde do Homem: Alerta e Relevância**, v. 10, n. 1, p. 47-57, 2005.

GOLDBERG, H. **The Hazards of Being Male: Surviving the Myth of Masculine Privilege**. Plainview: Nash Publishing, 1976.

GOMARIZ, E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. **Isis Internacional: Ediciones de las Mujeres**, Santiago, n. 17, p. 83-110, 1992.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Ed. da UNESP, 2010.

GOMES, R. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção de conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO F. C. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOMES, R. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, 2011a.

GOMES, R. et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011b.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 983-992, 2011c. Suplemento, 1.

GONÇALVES, G. O.; NIELSEN, A. C.; FERREIRA FILHO, P. F. **Procedimentos gráficos para identificação de pontos influentes no ajuste de um modelo logístico**. Florianópolis: UFSCar, 2010.

GONZALEZ, B.; RIBEIRO, J. P. Comportamento de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 5, n. 1, p. 107-127, 2004.

HARTMANN, A. C. V. C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008. 73 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A. et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 39, no. 8, p. 1423-1434, 2007.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1156-1167, 2009.

HUOT, R. **Métodos quantitativos para as ciências humanas**. Tradução de Maria Luísa Figueiredo. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

IBGE. **Tabelas das estimativas das populações residentes**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2012.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/>. Acesso em: 19 jun. 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2010b.

INSTITUTO PROMUNDO. **Salud y género: razões e emoções**. México, DF, 2001. p. 10. (Série – Trabalhando com Homens). Disponível em: <http://www.promundo.org.br/396>. Acesso em: 17 jul. 2012.

ISSER, B. P. M. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil: principais resultados do Vigitel 2010. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2343-2356, 2012.

KLEINUBING, R. E. et al. Relevância da Saúde do homem para a enfermagem: abordagem para o contexto da saúde pública. In: SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO PESQUISA E EXTENSÃO, 1., 2009, Uruguaiana. **Anais...** Uruguaiana: [S.l.], 2009. Disponível em: <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/5133>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

KORIN, D. Novas Perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latino-americana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 67-79, 2001.

LACERDA, M. R.; LABROCINI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 359-364, 2011.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LAURENTI, R. et al. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.

LEITE, D. F. et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 50-56, 2010.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; WACHHOLZ, P. A. Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosos institucionalizados. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 246-254, 2010.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 367-373, 2009.

LIMA, M. L. L. T. et al. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região

Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 17, n. 4, p. 247-257, 2008.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos services de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

LUIZAGA, C. T. M. **Mortalidade masculina no tempo e no espaço**. 2010. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LUZ, L. L.; SILVA, J. F. S.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, 2013. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 19 set. 2013

LYRA, J. et al. **Homens e cuidado: uma outra família?** 3. ed. São Paulo: IEE: Cortez, 2008.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. et al. Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79-91.

MACHADO NETO, A. S. M. et al. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 36, n. 6, p. 674-682, 2010.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidades e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MARQUES, F. R. B. et al. Relação entre morbidade hospitalar e cobertura vacinal contra Influenza A. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 686-693, 2012.

MARTINS, M. E. et al. Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1340-1347, 2012.

MARTINS, T. G. et al. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 814-824, 2009.

MATHIAS, T. A. F.; AIDAR, T. Diferencial de mortalidade na população idosa em um município da região sul do Brasil, 1979-2004. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, p. 44-51, 2010.

- MATHIAS, T. A. F.; MELLO JORGE, M. H. P. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2005.
- MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MCKINLAY, E. **Men and health**: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, 2005.
- MCVITTIE, C.; WILLOCK, J. "You can't fight windmills": how older men do health, ill health, and masculinities. **Health Qualitative Research**, Sydney, v. 16, no. 6, p.788-801, 2006.
- MECHANIC, D. Sex, illness, illness behavior and the uses of health services. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 12, p. 207-214, 1978.
- MEIER, D. A. P.; SECCO, I. A. O.; VANNUCHI, M. T. O. Análise de indicadores de programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 129-137, 2012. Suplemento.
- MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 341-346, 2007.
- MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.
- MERHY, E. E. **Modelo de atenção à saúde como contrato social**. Brasília, DF, 2000. Texto apresentado na 11ª Conferência Nacional de Saúde.
- MERINO, M. F. G. L.; MARCON, S. S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 651-658, 2007.
- MESQUITA, M. G. R.; MOREIRA, M. C.; MALISKI, S. Em busca de conhecimento de enfermagem sobre o homem com câncer: uma experiência internacional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 421-424, 2009.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MISHIMA, S. M. et al. (In) satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 766-773, 2010.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 649-656, 2010.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, p. 113-124, 2008. Suplemento 1.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MORAIS, C. M. **Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística**. Bragança: Escola Superior de Educação: Instituto Politécnico, 2005. Disponível em: <<http://www.ipb.pt/~cmmm>>. Acesso em: 25 out. 2013.

MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MUSQUIM, C. A. **Experiência de cuidado pelo homem na vivência familiar do adoecimento crônico**. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.

NARDI, H. C. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1988. p. 95-104.

NATHANSON, C. Sex roles as variables in preventive health behaviour. **Journal of Community Health**, Yazd, v. 3, no. 2, p. 142-155, 1977.

NERY, A. A. **Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA**: em busca de uma tradução. 2006. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NEUTZLING, M. B. et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2365-2374, 2009.

NUNES, A. A. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na internet], Rio de Janeiro, set. 2013. 15 p. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 16 set. 2013.

NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 17, p. 67-91, 1989.

OLIVEIRA, M. C. S. M.; ROSA, T. E. C. Dia de Atenção à Saúde do Homem: ação estratégica da Unidade Médica de Saúde da Família do Rio Comprido, Jacareí, SP. **BIS: Boletim Institucional de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 41-47, 2012.

OLIVEIRA, V. C. et al. Situação vacinal dos estudantes da Universidade Federal de São João Del Rei, 2009. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 588-593, 2012.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: Ed. da UFBA, 2006.

PALMUTI, C. S.; PICCHIAI, D. Mensuração do risco de crédito por meio de análise estatística multivariada. **Revista Economia Ensaios**, Uberlândia, v. 26, n. 2, p. 7-22, 2012.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PAVÃO, A. L. B. et al. Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 98-103, 2012.

PAYNE, H.; PEARCY, R. Symptoms and health-related quality of life in castration-resistant prostate cancer: the patient's perspective. **Journal of Men's Health**, New Rochelle, v. 9, no. 1, p. 9-16, 2012.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 351-362, 2007.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 213-220, 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PORTES, L. H.; GUIMARÃES, M. B. L. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 1, p. 101-112, 2012.

PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D.; MOREIRA, R. S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, 2011.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RIBEIRO, M. M. **Utilização de Serviços de Saúde no Brasil**: uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde. 2005. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <[http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2005/MiriamMartins\\_Ribeiro.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2005/MiriamMartins_Ribeiro.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2013.

RODRIGUES, A. L. **A pobreza mora ao lado**: segregação socioespacial na Região Metropolitana de Maringá. 2004. 258 f. Tese (Doutorado)-Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2004.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-165, 2013.

SANTOS, P. T.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 788-795, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Índice de Necessidades em Saúde da Cidade de São Paulo**. São Paulo: CEInfo, 2010.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta de saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, Suplemento, p. 108-116, 2012.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. 2. ed. Recife: SOS Corpo, 1995. (Trad. Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila). m

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.
- SHIMODA, G. T.; SILVA, I. A. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 58-65, 2010.
- SILVA, A. S. **Consumo adequado de frutas, legumes e verduras**: associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde. 2011. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília:, DF, 2011. Disponível em:  
<<http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/9217/1/2011SaraAraujodaSilva.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2012.
- SILVA, J. A. C. et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 27-30, 2013.
- SILVA, M. M. et al. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 155-163, 2013.
- SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, . v. 16, n. 3, p. 561-568, 2012.
- SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva de homens**: um olhar da enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2010.
- SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.
- SIMÕES, A. V. et al. Modelos de atenção à saúde e estratégias de controle social. **Revista Saúde e Comunicação**, v. 7, n. 1, p. 33-43, 2011. Disponível em:  
<<http://www.uesb.br/revista/rsc/v7/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.
- SMITH, J. A. et al. “I’ve been independent for so damn long!”: Independence, masculinity and aging in a help seeking context. **Journal of Aging Studies**, Greenwich, v.21, p. 325-335, 2007.
- SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis:Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013.
- SOUZA, E. R. et al. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferencias de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3243-3248, 2012.

THOMÉ, E. G. R. **Homens doentes renais crônicos em hemodiálise: a vida que poucos vêem**. 2011. Tese (Doutorado)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2011.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4395-4404, 2011.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5 [08 telas]. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-11692011000500019&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692011000500019&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT)>. Acesso em: 5 nov. 2013.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C.; MULLER, R. C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010.

TRAD, L. A. B. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Projeto Integralidade em Saúde - 10 anos: por uma sociedade cuidado-ra**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS: UERJ: Abrasco, 2010. p. 39-54.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. . p. 215-243.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Utilização e financiamento de serviços de saúde: dez anos de informação das PNAD. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3646-3647, 2011.

VAITSMAN, J. Hierarquia de gênero e iniquidade em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-22, 1994.

VALE de ALMEIDA, M. **Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade**. 2. ed. Lisboa: Ed. Fim de Século, 2000.

VAN EYKEN, E. B. B. D. O.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 111-123, 2009.

VENSKUTONYTE, L. et al. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: A DIGAMI 2 quality of life sub-study. **Diabetes & Vascular Disease Research**, Birmingham, v. 10, no. 4, p. 361–367, 2013. Disponível em: <<http://171.67.113.31/content/10/4/361.full.pdf+html>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 96, p. 12-19, 2010. Disponível em: <[www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis\\_96.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf)>. Acesso em: 5 mar. 2012.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 18-34, 2005.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.

WHITE, A.; CASH, K. The state of men's health in Western Europe. **Journal of Men's Health and Gender**, Amsterdam, v.1, no.1, p. 60-66, 2004.

WHITE, A.; WITTY, K. Men's under use of health services – finding alternative approaches. **Journal of Men's Health**, New Rochelle, v. 6, n. 2, p. 95-97, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building blocks for tobacco control: a handbook**. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated prevention of non-communicable diseases**: Executive Board, 113 th Session. Draft global strategy on diet, physical activity and health. EB113/44 Add. 1, 2003. Disponível em: <[apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/.../eeb11344.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/.../eeb11344.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2013.

YOKOKURA, A. V. C. P. et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 522-534, 2013.

ZAPPONI, A. L. B.; PINTO, C. B.; TOCANTINS, F. R. Nursing, diagnosis of vulnerabilities and health needs of men living on the island of Paqueta-RJ. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1088-1094, 2010.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS – COMPORTAMENTOS, NECESSIDADES EM SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E COMPORTAMENTAL

1) Idade (anos completos): \_\_\_\_\_ 2) DN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 3) Religião (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Sem religião (5) Outra: \_\_\_\_\_ 4) Raça/cor (1) branca (2) Parda (3) Negra (4) Amarela 5) Situação Conjugal (1) solteiro (2) casado (3) união estável (4) separado (5) divorciado (6) viúvo 6) Tem filhos (1) Sim (2) Não 7) Quantos filhos e idade deles? (1)1 (2)2 (3)3 (4)4 (5) Outro: \_\_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_  
8) Escolaridade: \_\_\_\_\_ 9) Com quem mora? (1) Sozinho (2) Com os pais (3) Cônjuge/cônjuge e filhos (4) Outros: \_\_\_\_\_. 10) Você trabalha? (1) Sim (2) Não 11) Em que períodos? (1) Matutino (2) Vespertino (3) Noturno (12) Renda Individual (n. sal. Mínimos Paraná): \_\_\_\_\_ 13) Renda familiar em salários mínimos \_\_\_\_\_  
14) Profissão \_\_\_\_\_ 15) Status Ocupacional (1) Empregador ou autônomo (2) Empregado (3) Aposentado (4) Licença médica (5) Desempregado (6) Estudante ou estagiário  
16) Plano de Saúde (1) Sim (2) Não Caso não, paga plano de saúde para outro membro da família? (1) Sim (2) Não Caso sim, para quem? \_\_\_\_\_ 17) Quem é o chefe da família? \_\_\_\_\_

#### 18) Grau de instrução do chefe da família\*:

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA	ASSINALAR	PONTOS
Analfabeto/ até a 3ª série fundamental		0
Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto		1
Fundamental completo/médio incompleto		2
Médio completo/superior incompleto		4
Superior completo		8

#### 19) Posse de itens domésticos:

POSSE DE ITENS	NÃO TEM	QUANTIDADE			
		1	2	3	4 ou mais
Televisores em cores					
Videocassete/DVD					
Rádios					
Banheiros					
Automóveis (carros/motos)					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer					

20) Costuma ingerir bebidas alcóolicas? (1) Sim (2) Não 21) Fez uso de 5 doses ou mais de bebida alcoólica, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não 22) É fumante? (1) Sim (2) Não 23) Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ 24) Quantos

- Cigarros por dia? \_\_\_\_\_ 25) Caso não, já fumou? (1) Sim (2) Não 26) Dorme quantas horas por noite? \_\_\_\_\_ 27) Tem problemas com o sono? (1) Sim (2) Não 28) Costuma praticar exercício físico (1) Sim (2) Não 29) Que tipo de exercício? \_\_\_\_\_ Quantos dias na semana e por quanto tempo? \_\_\_\_\_ 30) Realiza atividades de lazer? (1) Sim (2) Não 31) Se sim, quais? (1) TV (2) Música (3) Esporte (4) Cinema (5) Artesanato (6) Internet (7) Outro \_\_\_\_\_ 32) Com que frequência? (1) diariamente (2) semanalmente (3) fins de semana (4) esporadicamente
- 33) Com que frequência o senhor ingere frutas, verduras e legumes? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 vezes por semana (4) todos os dias (5) quase nunca (6) nunca
- 34) Com que frequência o senhor usa açúcar? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 vezes por semana (4) todos os dias (5) quase nunca (6) nunca
- 35) Com que frequência o senhor ingere leite integral? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 vezes por semana (4) todos os dias (5) quase nunca (6) nunca
- 36) Com que frequência o senhor ingere carne com gordura visível? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 vezes por semana (4) todos os dias (5) quase nunca (6) nunca
- 37) Com que frequência o senhor ingere carne de frango com pele? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 vezes por semana (4) todos os dias (5) quase nunca (6) nunca
- 38) Com que frequência o senhor ingere produtos industrializados? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 vezes por semana (4) todos os dias (5) quase nunca (6) nunca
- 39) Com que frequência o senhor ingere refrigerantes com açúcar? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 vezes por semana (4) todos os dias (5) quase nunca (6) nunca
- 40) Realiza exames de rotina (preventivos)? (1) Sim (2) não 41) Com que frequência? (1) 6 em 6 meses (2) anualmente (3) 2 em 2 anos (4) mais de 2 anos (5) Outro: \_\_\_\_\_
- 42) O que o motiva a realizar os exames preventivos? (1) Exigência do seu trabalho (2) Cônjuge (3) Família (4) Outro: \_\_\_\_\_ 43) Seu calendário vacinal está em dia? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe 44) Quando tomou a última vacina e para quê? \_\_\_\_\_ 45) Faz uso de medicamentos por conta própria? (1) Sim (2) Não
- 46) Em que situações faz uso de medicamentos por conta própria? (1) Dor de cabeça (2) Dores musculares (3) Desconforto gastrointestinal (4) Outras: \_\_\_\_\_
- 47) Você fez/faz algo que considera bom para sua saúde? (1) Sim (2) Não 37) Cite uma delas: \_\_\_\_\_

#### NECESSIDADES EM SAÚDE

- 48) Comparando com indivíduos da mesma idade que a sua, como você percebe sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Muito Ruim
- 49) Considera importante o homem cuidar de sua saúde? (1) Sim (2) Não 50) Pensando em sua saúde, você acha que necessita se preocupar mais com ela? (1) Sim (2) Não 51) Você acha que necessita de cuidados preventivos em relação a sua saúde? (1) Sim (2) Não 52) Você tem algum problema de saúde (morbidade referida)? (1) Sim (2) Não 53) Qual/quais? \_\_\_\_\_
- 54) Necessita de algum tipo de tratamento? (1) Sim (2) Não 44) Qual? \_\_\_\_\_
- 55) Necessitou de internação hospitalar nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não 56) Caso sim, por qual motivo: \_\_\_\_\_ 57) Você acha que o hospital (profissionais, tecnologia, assistência) atendeu bem as suas necessidades durante a internação? (1) Sim (2) Não
- 58) Você se sente a vontade para expressar suas necessidades (preocupações/condições de saúde/dúvidas) quando busca atendimento? (1) Sim (2) Não 59) Você acha que tem tempo suficiente para contar suas necessidades (preocupações/condições de saúde/dúvidas)? (1) Sim (2) Não 60) Acha que as informações recebidas nos atendimentos a saúde são suficientes? (1) Sim (2) Não 61) Qual destes aspectos você considera que é mais importante para o atendimento de suas necessidades em saúde? (1) Atenção (2) Comunicação (3) Resolução do problema (4) Prontidão (rápida resolução) (5) Outro: \_\_\_\_\_

**62) Você já necessitou de encaminhamentos?** (1) Sim (2) Não **63) Você acha que os encaminhamentos foram eficientes?** (1) Sim (2) Não

**64) Você acha necessário conversar com profissionais de saúde sobre outros temas que não sejam doença, sintomas, queixas?** (1) Sim (2) Não **65) Você acha necessário participar de atividades de orientação ou sensibilização sobre saúde?** (1) Sim (2) Não **66) Você participa de alguma atividade neste sentido?** (1) Sim (2) Não **67) Que temas você considera necessários e que deveriam ser abordados com o homem?** (1) Planejamento Familiar (2) DST/Aids (3) Violência (4) Uso de álcool e drogas (5) Tabagismo (6) Prevenção de Doenças (7) Trabalho e Saúde (8) Relacionamento entre homem e mulher (9) Práticas sexuais (10) Outros: \_\_\_\_\_

#### UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**68) Você utiliza algum tipo de serviço de saúde?** (1) Sim (2) Não **69) Caso diga não, diga o por quê.** (1) Horário de atendimento do serviço (2) Falta de tempo (3) Desinteresse (4) Medo/receio (5) Acha que não precisa (6) Falta de informação (7) Outro: \_\_\_\_\_

**70) Que tipo de serviço utiliza mais frequentemente?** (1) UBS (2) Ambulatorial (3) Pronto Atendimento (4) Hospitalar (5) Consultório Odontológico (6) Outro: \_\_\_\_\_

**71) Que tipo de serviço mais utiliza, em termos de gestão/financiamento?** (1) Público (2) Particular (3) Pelo Plano de Saúde (4) Outro: \_\_\_\_\_

**72) Que tipo de atendimento você costuma buscar?** (1) Consulta Médica (2) Consulta de Enfermagem (3) Atendimento odontológico (4) De farmácia (5) Imunização (6) Procedimentos (Curativos, Adm. Medicamentos, nebulização) (7) Reuniões/Palestras/Rodas de Conversa (8) Outros: \_\_\_\_\_

**73) Quando procurou o serviço pela ultima vez?** \_\_\_\_\_ **74) Qual o motivo da procura pelo serviço?** \_\_\_\_\_

**75) Você enfrenta dificuldades quando utiliza o serviço de saúde?** (1) Sim (2) Não **76) Caso diga sim, que dificuldades enfrenta?** (1) Tempo de atendimento (2) Qualidade do atendimento (3) Ambiente do serviço (4) Acolhimento no serviço (5) Acesso ao serviço (6) Demora para ser atendido **77) Como você classificaria o serviço de saúde que costuma utilizar?** (1) Muito Ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Muito Bom (6) Excelente **78) Com qual profissional você mantém maior contato?** (1) Agente Comunitário de Saúde (2) Dentista (3) Enfermeiro (4) Médico (5) Psicólogo (6) Farmacêutico (7) Técnico/Auxiliar de Enfermagem (8) ACD (9) Outro: \_\_\_\_\_

**79) Por qual motivo costuma buscar um serviço de saúde?** (1) *check up* geral (2) Quando apresenta algum sintoma (3) Por não sanar o problema de outra maneira (4) Prevenção em saúde e orientações (5) Outros: \_\_\_\_\_

**80) Você considera que o serviço de saúde está preparado para o atendimento ao homem?** (1) Sim (2) Não

**81) Por que?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**82) Indique opções de melhoria:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**83) Você acha que atendimento deve ser diferente entre homens e mulheres?** (1) Sim (2) Não

**84) Por quê acha isso?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**85) Além do serviço de saúde, quem mais oferece apoio em relação a sua saúde?** (1) Cônjuge/namorada (2) Os pais (3) Amigos (4) Colegas de trabalho (5) Outros: \_\_\_\_\_

**86) Indicaria os serviços de saúde que costuma utilizar, para outro homem?** (1) Sim (2) Não

**87) Por que?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM OS HOMENS ADULTOS – ABORDAGEM QUALITATIVA

**Data da Entrevista:**

**Nome:**

**Idade:**

**Questão norteadora:** O que você/o Sr. necessita para ter saúde? Que outras coisas são necessárias para viver bem, no seu caso?

**Questões de Apoio:**

- Você/O Sr. acha que as necessidades são diferentes de uma pessoa para outra? Que aspecto faz com que as necessidades em saúde das pessoas sejam diferentes?
- O serviço de saúde que você/o Sr. costuma utilizar responde às suas necessidades em saúde? Por que? Como você/o Sr. Classifica este atendimento? Relate como você/o Sr. tem sido atendido ultimamente.
- Aponte os aspectos que facilitam e/ou que dificultam o atendimento as suas necessidades pelo serviço de saúde que você/o Sr. costuma utilizar.
- Além do serviço de saúde, existe mais alguém que ajude você/o Sr. a suprir suas necessidades em saúde?
- E você/o Sr., ajuda alguém a cuidar da saúde? Colabora para o atendimento das necessidades desta/destas pessoa/pessoas? De que forma isto ocorre? O que você faz para ajudar?

**\*Características socioeconômicas e demográficas – vide instrumento estruturado de abordagem quantitativa.**

## **ANEXOS**

## ANEXO A

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**COMPORTAMENTOS, NECESSIDADES EM SAÚDE E O PERFIL DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR HOMENS ADULTOS NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ/PR**”, que está sendo desenvolvida sob orientação da prof. Dra Sonia Silva Marcon, como cumprimento de exigência do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é analisar os comportamentos em saúde e como homens utilizam os serviços de saúde e atendem suas necessidades de saúde no município de Maringá. Sua participação é muito importante, e ela se dará por meio de uma entrevista a ser realizada no próprio domicílio, porém, de modo a não interferir em suas atividades. Informamos que poderá ocorrer um leve desconforto ao responder o questionário em seu domicílio, porém o pesquisador se propõe a sanar qualquer dúvida ou necessidade demonstrada por você. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, você pode recusar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Quanto aos benefícios resultantes deste estudo, não garantimos nenhum benefício individual a você, no entanto, espera-se que o levantamento destas informações possa contribuir para conhecer as necessidades de saúde de homens de 20 a 59 anos, além de identificar como avaliam/identificam os serviços de saúde em Maringá, visando corroborar ainda com o corpo científico de conhecimento acerca do tema e para futuras intervenções sobre a saúde do homem. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura do pesquisador

**Contatos:**

Prof. Dra Sonia Marcon. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, fone: (44) 3011-4513 ou 3011-4494. E-mail:

Mestrando Guilherme Oliveira de Arruda, Fone: (44) 91663381. Email: [enfgoa@gmail.com](mailto:enfgoa@gmail.com). Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## ANEXO B

## Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** NECESSIDADES EM SAÚDE E O PERFIL DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR HOMENS ADULTOS NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ/PR

**Pesquisador:** Sonia Silva Marcon

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10754612.2.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 162.077

**Data da Relatoria:** 26/11/2012

## Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora a saúde dos homens consiste em uma temática em expansão nos últimos anos e com isso, está incluída na agenda das prioridades em políticas públicas de saúde no Brasil. As discussões têm se ampliado, no sentido de articular questões biológicas, epidemiológicas e de gênero, voltadas a relação do homem com sua saúde. Fatores como especificidades biológicas, o perfil de utilização dos serviços de saúde e da socialização das necessidades em saúde, além da postura de profissionais e gestores de saúde frente a esta parcela da população estabelecem interfaces com o perfil de adoecimento e morte dos homens. Posto isso, pretende-se analisar como homens utilizam os serviços de saúde e atendem suas necessidades de saúde no município de Maringá. Tratar-se-á de estudo transversal, descritivo-analítico de base populacional a ser realizado junto a indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos.

A pesquisa será desenvolvida no domicílio dos homens residentes nas áreas a serem visitadas, e serão entrevistados 421 sujeitos, que segundo levantamento estatístico corresponde ao número representativo da população masculina nessa idade em Maringá. Os dados serão coletados através de um instrumento composto por questões fechadas e abertas elaborado pelos pesquisadores, que será aplicado também pelo pesquisador. O indivíduo será abordado e terá a explicação adequada das intenções do estudo e do processo de coleta. A partir do número amostral estipulado para cada AED, serão sorteadas aleatoriamente as ruas (de diferentes setores da AED) e as primeiras residências a serem visitadas. Assim, de forma sistemática e com intervalo pré-definido de unidades domiciliares, sempre à esquerda, uma residência será abordada. Caso não

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: cocep@uem.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



exista indivíduo que atenda aos critérios definidos para o estudo, passará ao domicílio seguinte, permitindo-se até duas substituições. Será entrevistado apenas um indivíduo por domicílio, e quando existir mais de um indivíduo que se encaixe nos critérios de inclusão, será realizado sorteio simples. Se o indivíduo não estiver presente, será definido o melhor horário para encontrar a pessoa em casa e o pesquisador retornará na mesma residência até três vezes para tentar contato. Os questionários, após preenchimento, serão revistos quanto a presença de falhas, antes da compilação das informações no banco de dados. Os dados coletados a partir dos questionários serão compilados no programa Microsoft Office Excel® 2010 e analisados através de estatística descritiva simples, por meio de frequências absolutas e relativas, e teste de associação (qui-quadrado), através de tabelas de contingência, no programa SPSS Statistics Versão 20.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar como homens utilizam os serviços de saúde e atendem suas necessidades de saúde no município de Maringá-PR

**Objetivo Secundário:**

Identificar as principais necessidades em saúde expressas por homens; Identificar como o homem classifica/avalia os serviços de saúde, tomando por referência as possíveis respostas às suas necessidades de saúde; Verificar associações entre as características socioeconômicas/sociodemográficas e o perfil de utilização dos serviços de saúde por homens; Descrever as características comportamentais voltadas à manutenção da saúde de homens adultos no Município de Maringá.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos a pesquisadora informa que poderá ocorrer o risco de desconforto ao responder as questões do instrumento em seu domicílio. "Entende-se que não existem maiores riscos associados a participação no estudo que pretende-se realizar. A participação será voluntária e com possibilidade de desistência a qualquer momento".

**Benefícios:**

A pesquisadora salienta que não haverá nenhum benefício individual para cada participante, a não ser as informações requeridas pelo participante em relação ao estudo ou a questões relacionadas a saúde. No entanto, espera-se que o levantamento dos dados a ser realizado nesta proposta de estudo possa contribuir para a busca de caminhos para ações de promoção e prevenção em saúde

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



e que profissionais de saúde levem em consideração possíveis diferenças de gênero em relação as necessidades em saúde e a utilização dos serviços de saúde, sobretudo, considerando a percepção que estes indivíduos têm acerca do atendimento prestado. Ressalta-se ainda que esta proposta de estudo pode vir a corroborar futuramente com discussões acerca da saúde do homem, enquanto temática em expansão no contexto científico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto em questão demonstra relevância científica e mérito ético, em função dos potenciais benefícios que poderá auferir aos sujeitos envolvidos. O delineamento se mostra adequado aos objetivos propostos. A formação e capacitação da equipe é compatível à condução do estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto foi apresentada e está assinada pela pesquisadora responsável e pelo Prof. Dr. Herbert L. de Freitas Goes, chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Não foi apresentado um formulário de autorização institucional para coleta de dados, tendo em vista que, a pesquisa será realizada nas residências e será aplicado apenas o TCLE.

O cronograma de execução foi apresentado, prevendo duração total do estudo de 12 meses tendo início em 10/11/12, com coletas de dados previstas para iniciarem em 10/12/2012 e sendo finalizado em 12/12/2013.

O orçamento do estudo, totalizando R\$ 836,00 será custeado pela própria pesquisadora.

No projeto é apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dirigido diretamente aos sujeitos da pesquisa, convidando-os para participar do projeto, com uma breve descrição do mesmo, esclarecendo que a participação é voluntária, podendo os participantes recusar-se ou desistir de participar a qualquer momento sem ônus ou prejuízo, sendo garantido o sigilo e confidencialidade. Ressalta que "o teor de algumas perguntas da entrevista pode causar desconforto. Caso isso ocorra o sujeito poderá negar-se a respondê-las" e que não haverá benefício direto previsto como resultado de sua participação. Dessa forma, a pesquisadora se propõe a sanar qualquer dúvida ou necessidade demonstrada, estando portanto em acordo com a Resolução 196/96-CNS.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



**Recomendações:**

Ressaltamos que no texto da metodologia existem tempos verbais no presente e no passado, e não no futuro como deveria ser em um projeto.

Tal fato pode constituir-se em indício de que a pesquisa já foi executada sem aprovação deste comitê. Solicita-se atentar para tais fatos, recomendando que a pesquisa SOMENTE SEJA INICIADA APÓS SUA DEVIDA APROVAÇÃO ÉTICA.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma em que ora se apresenta.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma em que ora se apresenta.

MARINGÁ, 04 de Dezembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Ieda Harumi Higarashi**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
UF: PR Município: MARINGÁ  
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: cocep@uem.br