



CARACTERIZAÇÃO DA PROCURA MASCULINA POR SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Amanda Trajano Batista¹
Juliana Rodrigues de Albuquerque²
Pollyana Ludmilla Pimentel³
Isabelle Tavares Amorim⁴
Josevânia da Silva⁵
Ana Alayde Werba Saldanha⁶

Resumo: O objetivo desse trabalho foi caracterizar a procura masculina pelos serviços de saúde e sua percepção acerca de pessoas e meios de informação na determinação dessa procura. Participaram 218 homens da população em geral da cidade de João Pessoa-PB, na faixa etária de 25 a 59. Utilizou-se um questionário sócio demográfico e entrevista. Verificou-se que, embora a maioria dos participantes não possuísse plano de saúde, o local da última consulta foi em consultório particular. A televisão apresentou-se como veículo de informação principal, não influenciando a sua procura por esses serviços. A maioria dos participantes afirmou que ninguém os influencia nessa procura, porém, ressaltou-se a importância da esposa/companheira e da mãe, o que aponta para a importante relação, não dicotômica, entre a saúde do homem e da mulher.

Palavras-chave: Masculinidade, saúde, determinantes.

Introdução

Nos últimos anos, pesquisas em diversos setores do saber têm buscado a análise de especificidades no processo de saúde, adoecimento e mortalidade em homens e mulheres (Aquino, 2005). Segundo o autor, os estudos têm observado diversas alterações nos aspectos de adoecimento e morte no que concerne ao gênero. A produção científica nesse campo tem

¹ Universidade Federal da Paraíba. Amandapsi2010.1@hotmail.com

² Universidade Federal da Paraíba. Juh_ufpb@yahoo.com.br

³ Universidade Federal da Paraíba. pollyanaludmilla9@hotmail.com

⁴ Universidade Federal da Paraíba. isabelle_psico@yahoo.com.br

⁵ Universidade Federal da Paraíba. josevaniasco@gmail.com

⁶ Universidade Federal da Paraíba. analayde@gmail.com

apontado uma tendência dos homens buscarem de forma reduzida os sistemas de saúde, quando comparados com o sexo feminino (Luizaga, 2010).

De acordo com indicadores de saúde no Brasil, pode-se observar uma maior mortalidade masculina em quase todas as faixas etárias, de maneira que a proporção de idosos homens é menor (RIPSA, 2008). Diversos estudos comparativos entre gêneros verificaram que os homens são mais vulneráveis à doenças crônicas, morrendo de forma mais precoce do que as mulheres (Nardi, 2007; Courtenay, 2000). É recente o interesse progressivo acadêmico por pesquisas relacionadas à saúde masculina, onde se busca uma perspectiva que ultrapasse o determinismo biológico, reconhecendo assim aspectos socioculturais que envolvem tal temática (Nascimento, 2011).

Considera-se um modelo hegemônico de masculinidade, aceito por ambos os gêneros, o qual determina reações desiguais entre homens e mulheres (Luizaga, 2010). Esse modelo normativo diz respeito a um conjunto de elementos que se articulam (crenças, atitudes, comportamentos), os quais servem de referencial para que se defina o que é ser homem em um determinado contexto (Nascimento, 2011). Tal modelo, construído socialmente, determina os homens como ativos, fortes, competentes para o trabalho árduo e competitivo (Luizaga, 2010). A autora ainda afirma que os homens que não se encaixam nesse padrão de masculinidade rígida são rotulados como inferiores; de maneira que a literatura chega a apontar esse modelo como universal, isto é, a representação de masculinidade é caracterizada dessa maneira em diferentes contextos culturais e foi desenvolvida ao longo de décadas. Korin (2001) observa que os homens buscam desprender-se de comportamentos de passividade, debilidade, enfermidade, dependência e sensibilidade; por se tratarem de práticas específicas do sexo feminino, segundo o modelo de masculinidade.

A literatura identifica ligações entre o modelo normativo de masculinidade e as práticas de saúde, como por exemplo: a não procura pelos serviços de saúde, relatado pelos homens como uma demonstração de fraqueza e vulnerabilidade; a associação entre autocuidado e feminilidade; a prioridade do tempo para outras atividades, como o trabalho, em detrimento da saúde e a percepção de invulnerabilidade do corpo masculino (Gomes, 2008). Luizaga (2010) ainda observa que o desejo e a capacidade do cuidado desaparecem durante a socialização do homem de acordo com esse modelo de masculinidade, obrigando tal gênero a possuírem autonomia, poder, força, racionalidade bem como reprimir estados de emoção. Portanto, caso os homens decidam se comportar de acordo com o modelo masculino prescrito, isto é, de maneira inexpressiva e competitiva, necessidades psicológicas básicas ficam

insatisfeitas, resultando assim em condutas de risco, o que coloca esses homens em posição de maior vulnerabilidade ao adoecimento e à mortalidade (Luizaga, 2010).

Reconhecendo que a construção social do modelo de masculinidade pode colocar esses indivíduos em posição de vulnerabilidade a comportamentos de risco à saúde, fez-se relevante utilizar como aporte conceitual o modelo teórico da Vulnerabilidade desenvolvido por Mann, Trantola e Netter (1993). Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann, Trantola e Netter (1993), Ayres (2002), no Brasil, aponta que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos.

Método

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 218 homens residentes na cidade de João Pessoa, na faixa etária de 25 a 59 anos. Este recorte etário fundamentou-se nas Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. Já para estimativa do tamanho da amostra, foi adotada a estratégia sugerida por Barbeta (2008) para amostragem aleatória simples, considerando um erro amostral de 5%.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário sócio demográfico, o qual versava sobre questões como estado civil, escolaridade, presença de doença e procura pelos serviços de saúde. A pesquisa também contou com uma entrevista que buscou verificar quais as pessoas e os meios de informação que motivariam os participantes a buscarem o atendimento médico.

Procedimento

Coleta de dados

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

Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Quando os participantes não sabem ler, o investigador teve a responsabilidade de ler e explicar o Termo de Consentimento Informado, de forma a deixar claras as suas intenções ao realizar a pesquisa. Depois do prévio consentimento, os participantes responderam ao questionário temático.

Análise dos dados

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

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

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a resolução nº 196/96, tendo sido submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba – CEP SES/PB.

Resultados

Dados sóciodemográficos

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

Tabela 1- Frequências e percentuais referentes ao perfil dos participantes (N=218)

		%
Área Geográfica	Sul	32,6
	Norte	22,0
	Leste	21,1
	Oeste	20,3
	Área metropolitana	4,0

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

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

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

Ressalta-se ainda que 32% dos homens participantes procuraram por pronto atendimento (urgência/emergência e ambulatórios de hospitais). Demonstrando assim a

procura por serviços emergenciais, uma vez que nestes estabelecimentos os homens poderiam expor mais facilmente seus problemas e serem atendidos com mais rapidez (Figueiredo, 2005).

Pessoas e meios de informação que influenciam na busca pelos serviços de saúde

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

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

Tabela 2- Frequências e percentuais referentes a quem influencia o homem a procurar o sistema de saúde

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

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

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

Além disso, outras medidas devem ser tomadas, já que algumas pessoas (f=17) afirmaram nunca ter ouvido falar a respeito da importância em buscar serviços de saúde, revelando que a TV e a mídia em geral não supre toda a lacuna existente entre a população e o acesso aos serviços de saúde, corroborando com teoria da vulnerabilidade social a que propõe Ayres (2003), relacionando a complexa interação entre a predisposição individual à vulnerabilidade, o meio vivenciado e a presença/ausência de estrutura social.

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

Considerações finais

Em decorrência dos dados relatados, é lícito pensar em políticas de autoconscientização para a classe masculina, objetivando elevar as práticas preventivas em saúde; e ainda em programas que envolvam o casal, uma vez que, além dele mesmo, a mulher é o elo entre o homem e os serviços de saúde.

Desta forma são indispensáveis maiores discussões acerca da totalidade no qual o homem está inserido, uma vez que o maior desafio das políticas públicas não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de saúde, mas também sensibilizá-los sobre a

importância do cuidado e da inexistência de invulnerabilidade, contribuindo, consequentemente para ações em saúde coletiva.

Referências Bibliográficas

Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 117-39.

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

Brito, R. S., Santos, D. L. A & Maciel, P. S. O. (2010). Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. [Rev. RENE](#), Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 135-142.

Couterney, W. H. (2000). Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. *SocSciMed*, v. 50, n. 1, p.385-401.

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

Gomes, R., Moreira, M. C. N., Nascimento, E. F., Rebello E. L. F., Couto M. T & Schraibe L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 1, p.983-992.

Gomes, R., Nascimento, E.F. & Araújo, F.C. (2007). Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? A explicação de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 23(3):565-574.

Kalckmann, S., Batista, L. E. (2005). Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. Edusp, São Paulo, p. 199-217.

Korin, D. (2001). Nuevas perspectivas de generoensalud. *Adolescência Latinoamericana*. Vol. 2, p. 67-79.

Laurenti, R.; Melo, J.; Prado, M. H.; Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n 1, p.35-46.

Luizaga, C. T. M. (2010). *Mortalidade masculina no tempo e no espaço*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Ministério da Saúde. (2008). Uma análise da situação de saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília.

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

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

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

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

Taberner JS, Leite PC, Cutait MM, Takada J, Mansur AP, Caramelli B. (2007). A influência da mídia nos atendimentos cardiológicos de urgência: O caso Bussunda. *RevAssocMed Bras*.53(4):335-7.