

**Seção 06: Saúde, Gênero e Direito.****A influência de crenças masculinas de gênero no cuidado com a saúde****Michael Augusto Souza de Lima****Josevânia da Silva****Francisca Marina de Souza Freire****Karla Carolina Silveira Ribeiro****Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli**

**Resumo:** O presente trabalho objetivou analisar a influência de crenças masculinas frente à procura por atendimento médico e suas implicações sobre os cuidados em saúde. Tratou-se de um estudo quantitativo, com participação de 400 homens na faixa etária de 24 a 59 anos (M=36; DP=9,47), residentes na cidade de João Pessoa. Foi utilizado um questionário bio-sócio-demográfico e a Escala de Crenças Masculinas em Saúde (ECMS). Na análise comparativa dos grupos critérios em relação às variáveis bio-sócio-demográficas verificou-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para os itens idade, nível de religiosidade, renda, nível de escolaridade e nível de atividade física. Os itens idade, renda, grau de escolaridade e nível de atividade física apresentaram valores consideráveis tanto para o Fator Procura por Serviços de Saúde – Idade (De 40 a 59 anos [M=3,31; DP=2,71]); Renda (Até 3 salários mínimos [M=3,15; DP=2,68]); Grau de escolaridade (Menor que 12 anos de escolaridade [M=3,17; DP=2,69]) e Nível de Atividade Física (1- Pouca atividade física [M=3,96; DP=3,09]) – quanto no Fator Gênero – Idade (De 40 a 59 anos [M=4,21; DP=2,21]); Renda (Até 3 salários mínimos [M=3,74; DP=2,22]); Grau de escolaridade (Menor que 12 anos de escolaridade [M=3,95;

DP=2,21]) e Nível de Atividade Física (1- Pouca atividade física [M=4,29; DP=2,61]). Os dados demonstraram que os participantes mais velhos, com menores rendas, menor grau de escolaridade e com baixa ou nenhuma prática de atividade física apresentaram maior média no grau de concordância com as crenças masculinas. Conclui-se que a vulnerabilidade ao adoecimento entre os homens é perpassada por elementos que caracterizam a vulnerabilidade social.

**Palavras-chave:** Crenças. Vulnerabilidade. Gênero.

**Abstract:** This study aimed to analyze the influence of men's beliefs regarding demand for medical care and its implications for health care. This was a quantitative study, with participation of 400 men aged 24-59 years (M = 36, SD = 9.47), residents in the city of João Pessoa. A bio-socio-demographic and Belief Scale Men's Health (ECMS) questionnaire was used. In the comparative analysis of the criteria groups regarding bio-socio-demographic variables revealed statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) for the items age, level of religiosity, income, education level and level physical activity. The items age, income, education level and physical

activity level showed significant values for both Factor Searching for Health Services - Age (40 to 59 years [M = 3.31, SD = 2.71]); Income (Up to 3 minimum wages [M = 3.15, SD = 2.68]); Education level (less than 12 years of schooling [M = 3.17, SD = 2.69]) and Physical Activity Level (1 - Little physical activity [M = 3.96, SD = 3.09]) - as Factor in Gender - Age (40 to 59 years [M = 4.21, SD = 2.21]); Income (Up to 3 minimum wages [M = 3.74, SD = 2.22]); Education level (less than 12 years of schooling [M = 3.95, SD = 2.21]) and Physical Activity Level (1 - Little physical activity [M = 4.29, SD = 2.61]). The data showed that older participants, with lower incomes, less education and low or no physical activity had the highest average level of agreement with the masculine beliefs. It is concluded that the vulnerability to illness among men is permeated by elements that characterize the social vulnerability.

**Keywords:** Beliefs. Vulnerability. Genre.

## Introdução

Nos últimos anos várias pesquisas têm demonstrado padrões elevados nos níveis de adoecimento e mortalidade relacionados à população masculina (Figueiredo, 2005; Laurenti et al., 2005) em praticamente todos os ciclos de vida. À exceção de meia dúzia de países, estas pesquisas mostram que esses atores sociais possuem uma esperança de vida mais baixa e taxas de mortalidade mais elevadas, vivendo, em

média, sete anos menos do que se comparados as mulheres. Em vista a essa situação, no Brasil, o Ministério da Saúde no ano de 2008 elaborou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de abarcar a saúde masculina de forma integral (Ministério da Saúde, 2008).

A PNAISH foi desenvolvida pelo médico sanitarista José Gomes Temporão em março de 2008, um ano após assumir o Ministério da Saúde, no segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva. Essa política propõe qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, ou seja, promover, prevenir e assistir os homens compreendendo suas particularidades.

Os homens que são educados para acreditar que “os verdadeiros homens não ficam doentes” podem ver-se invulneráveis à doença ou ao risco, considerando que a prevenção ou promoção da saúde são práticas tidas como obrigatórias “naturalmente” para as mulheres (Schraiber et al., 2010). Sendo assim, tais fatos devem ser levadas em conta, bem como a forma de socialização, forma de vida, a

construção da masculinidade e suas implicações associadas à questão de gênero (Vieira et al., 2011).

Considerando que o conceito de gênero não remete apenas a ideias, mas também a instituições, a estruturas, a práticas cotidianas e a rituais, ou seja, a tudo aquilo que constitui as relações sociais (Scott, 1989). O ideal de masculinidade é perpassado por uma quimérica ideia de invulnerabilidade construída socialmente. Desse modo, quando ficam doentes, os homens podem tentar suportar a doença ou apenas solicitarem assistência médica como último recurso, valorizando mais as práticas de cura, não reconhecendo necessidades de orientações preventivas (Schraiber et al., 2010).

Nas relações entre os gêneros observa-se a existência de desigualdades naturalizadas que perpetuam a sociedade de classes ao interpenetrar fatos biológicos supostamente "naturais", significados "culturais" e relações socioeconômicas na estruturação das relações sociais (Saldanha, 2012) que podem colocar as pessoas em situações de maior vulnerabilidade.

Considerando a situação de vulnerabilidade como um conjunto de

aspectos individuais e coletivos que se relacionam à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menos disponibilidade de recursos para sua proteção (Ayres et al., 2006) a exposição a agravos de saúde resultaria, além de aspectos individuais, de contextos ou condições construídas socialmente que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para sua resiliência ou enfrentamento.

Segundo Ayres et al. (2012) no quadro da vulnerabilidade, o indivíduo é compreendido como constituído de intersubjetividades e como ativo construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem ser, então, remodeladas para garantir o "comportamento saudável". Considerando o modo de análise do quadro de vulnerabilidade, Ayres, Paiva e França Jr. (2012) apontam três dimensões que se interligam e inter-relacionam neste contexto: Individual, Social e Programática.

Dentro da dimensão Individual, Ayres et al. (2012) consideram o indivíduo como um ser em relação, logo, "a forma de uma pessoa

experimental um processo de adoecimento ou se proteger dele envolve aspectos que vão desde sua constituição física até o seu modo próprio de gerir o cotidiano” (Saldanha, 2013: 13 ss). Nesta dimensão, segundo Ayres et al. (2012) objetiva-se apreender os aspectos psicossociais que se expressam no grau e qualidade de informações que o indivíduo dispõe, nos modos como ele elabora sua compreensão e no poder possui para incorporá-la às suas práticas cotidianas, ou seja, as condições materiais e socioculturais de que dispõe para transformar essas práticas.

A segunda dimensão, Social, apresentada por Ayres et al. (2012) enfoca questões como as informações e os significados que o indivíduo adquire frente aos valores e experiências das pessoas e as possibilidades de praticar. Logo, esta dimensão aponta para as relações sociais em que os indivíduos se inserem, bem como os aspectos econômicos, de gênero, crenças, entre outros.

Por fim, a dimensão Programática aborda questões relacionadas aos serviços de saúde e sua atuação e influência frente ao processo saúde-doença do indivíduo, ou seja,

como as “políticas e instituições atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos” (Saldanha, 2013: 14 ss).

A vulnerabilidade então pode ter uma gradação maior ou menor que predispõe ao risco, e as proteções têm relação direta para compensar. As crenças contrárias em saúde constituem um elemento da vulnerabilidade, de modo que suas influências e impactos em uma sociedade, em especial a população masculina, podem implicar na anulação de comportamentos saudáveis.

As crenças compartilhadas são conhecidas por ter importantes consequências cognitivas, afetivas e comportamentais, tanto para os membros do grupo enquanto indivíduos, quanto para o grupo como um todo, especialmente quando seus conteúdos referem a temas relacionados à vida do grupo e da sociedade. Neste sentido, “a partir das crenças, os indivíduos passariam a ter um núcleo de identidade de gênero, que é um conjunto de convicções pelas quais se considera socialmente o que é masculino ou feminino” (Saldanha, 2012: 3 ss). Além disso, Ricou et al. (2004: 133 ss)

salientam que dada a ocorrência de crenças contrárias em saúde, comportamentos específicos tendem a ser minimizados por meio de comparação com ideias que são familiares, e “mesmo quando a informação é adequada, os riscos percebidos poderão ser desvalorizados em decorrência destas crenças”.

No que tange a adoção de comportamentos de cuidado com a saúde, formados a partir de crenças salutares, a prevenção estaria permeada por “significados que vão desde a ideia da prevenção da doença manifesta, que foi seu marco inaugural, até a perspectiva dos direitos humanos nos dias atuais” (Saldanha, 2012: 3 ss). Desse modo, a prevenção resulta de uma construção coletiva que envolve sujeitos diversos, portadores de diferentes projetos de vida, em contínua e imprescindível interação material e simbólica (Ayres, 2001).

Contrariamente as práticas saudáveis, quando influenciado por crenças contrárias ao cuidado, o homem pode abdicar da prevenção e dos cuidados com a saúde, e passar a crer que estes não são necessários, para rejeitar o que é típico do que entende como feminino (Gomes e Couto, 2005)

ou seja, estas práticas exerceriam o papel de negação masculina a feminilização advinda do exercício do cuidar de si. Contudo, Brito (2010) salienta que estas colocações não podem ser generalizadas, visto que nem todos os homens constroem a sua masculinidade em oposição aos comportamentos e crenças saudáveis, dada a individualidade do ser humano mesmo diante de crenças socialmente compartilhadas.

Assim, tomando como base a teoria da vulnerabilidade (Ayres et al., 2012), buscou-se investigar a seguinte problemática: Em que medida as crenças de gênero, influenciam os cuidados em saúde e a vulnerabilidade em homens? Objetivando apreender as crenças acerca do cuidado com a saúde de homens na cidade de João Pessoa e identificar as construções de gênero relacionando às crenças do grupo sob estudo.

## **Método**

### *Participantes*

Tratou-se de um estudo quantitativo, realizado com 400 homens, moradores na cidade de João Pessoa e área metropolitana, na faixa etária de 24 a 59 anos (M=36;

DP=9,47), sendo a maioria casados/conviventes (53,3%), com ensino médio completo (50%) e renda familiar de até três salários mínimos (48,2%). A escolha dos participantes se deu de forma não probabilística e acidental, sendo estes abordados em locais públicos como praças e logradouros.

#### *Instrumentos*

Foi utilizado um questionário bio-sócio-demográfico e a *Escala de Crenças Masculinas em Saúde (ECMS)*, sendo esta última do tipo Likert de dez pontos, composta por 11 itens distribuídos em dois fatores: 1) *Procura por Serviços de Saúde*, constituído por 4 itens (O homem só precisa procurar o médico se estiver muito doente; O homem só precisa procura o médico se estiver sentindo muita dor; O homem só precisa procurar o médico se seu estado de saúde estiver impedindo de trabalhar; Ir ao médico é procurar doença) e 2) *Gênero*, composto 7 itens (Os serviços de saúde são locais mais adequados para as mulheres; O homem não precisa tanto de cuidados com a saúde; O homem tem a saúde mais forte do que as mulheres; É constrangedor para o homem ficar no serviço de saúde; O

homem doente é um homem fraco; O exame de próstata não é coisa de homem; É mais difícil o homem contrair o vírus da Aids). Deste modo, quanto maior o grau de concordância com as crenças maior à vulnerabilidade em saúde. Com a utilização desta escala objetivou-se verificar o grau de concordância dos participantes com crenças acerca da procura por atendimento médico, bem como o grau de concordância com crenças relacionadas ao gênero associadas ao cuidado em saúde, que poderiam provocar uma maior vulnerabilidade em saúde.

#### *Procedimentos*

Após a autorização do comitê de ética, foi iniciada a fase de coleta de dados, em que os participantes da pesquisa foram informados, previamente, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Portanto, foi solicitado aos participantes que lessem e assinassem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Quando os

participantes não saibam ler, o pesquisador teve a responsabilidade de ler e explicar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de forma a deixar clara as intenções da pesquisa. Depois do prévio consentimento, os participantes responderam o instrumento. O instrumento foi respondido em locais diversos, tais como praças, logradouros, feiras livres e residências.

#### *Tabulação e Análise dos dados*

Os dados do questionário bio-sócio-demográfico foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média) e de variabilidade (Desvio Padrão e Amplitude) por meio de

software estatístico (Pasw Statistics 18). A partir da elaboração de grupos critérios baseados nos dados bio-sócio-demográficos, a fim de verificar as médias de concordância dos participantes com as crenças propostas, foi utilizada a *Correlação  $\rho$  de Spearman*, correlacionando os fatores existentes no instrumento com as variáveis bio-sócio-demográficas.

#### **Resultados e Discussões**

##### *Dados bio-sócio-demográficos e Grupos Critérios*

*Tabela 1.* Frequências e percentuais referentes aos dados bio-sócio-demográficos.



**Frequências e percentuais referentes aos dados bio-sócio-demográficos**

Variável		f	%
Orientação sexual	<b>Heterossexual</b>	<b>373</b>	<b>95,2</b>
	Homossexual	12	3,1
	Bissexual	7	1,8
	<b>Católico</b>	<b>249</b>	<b>63,8</b>
Religião	Evangélico	80	20,5
	Espírita	10	2,6
	Outra	51	13,1
	Ens. fundamental incompleto	22	5,5
Nível de escolaridade	Ens. fundamental completo	21	5,3
	Ens. médio incompleto	16	4,0
	<b>Ens. médio completo</b>	<b>199</b>	<b>50,0</b>
	Superior incompleto	63	15,8
	Superior completo	77	19,3
	Norte	36	9,4
Zona onde reside	<b>Sul</b>	<b>113</b>	<b>29,4</b>
	Leste	31	8,1
	Oeste	72	18,8
	Área metropolitana	89	23,2
	Outros	43	11,2
Renda	Até 1 salário mínimo		
	<b>Entre 1 e 3 salários mínimos</b>	<b>86</b>	<b>22,5</b>
	<b>Entre 3 e 6 salários mínimos</b>	<b>80</b>	<b>20,9</b>
	Superior a 6 salários mínimos	32	8,4
Pratica atividade física	Não	124	31,0
	Algumas vezes	130	32,5
	<b>Sim</b>	<b>146</b>	<b>36,5</b>
Estado civil	Solteiro	144	36,0
	<b>Casado/Convivente</b>	<b>213</b>	<b>53,3</b>
	Separado/Divorciado	38	9,5
Fumante	Outros	5	1,3
	<b>Não</b>	<b>341</b>	<b>85,5</b>
	Sim	58	14,5
Ingestão de bebida alcoólica.	Nunca	94	23,5
	<b>Algumas vezes</b>	<b>286</b>	<b>71,5</b>
	Sempre	20	5,0
Já entrou na unidade Básica de Saúde ou PSF do bairro	Não	89	22,3
	<b>Sim</b>	<b>311</b>	<b>77,8</b>

participantes informaram possuir o

Conforme disposto na *Tabela 1*, no que se refere ao nível de escolaridade, a maior parte dos

ensino médio completo (ver tabela 1), além de a maioria possuir renda variando de um a três salários mínimos.



No que diz respeito à utilização dos serviços do PSF (Programa de Saúde Família) ou UBS (Unidade Básica de Saúde), a maioria dos participantes (77,8%) respondeu que já utilizaram os serviços de saúde destes locais. Faz-se necessário observar que “procura” neste estudo não está relacionada unicamente com o consumo de serviços de saúde, não cabendo aqui apenas uma mensuração entre oferta e demanda. Tal expressão, de maneira mais ampla, se remete a hábitos de prevenção que usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens. Diante disto, pode-se inferir que tal procura por estes serviços não traduz necessariamente uma preocupação com o “cuidar de si”, em especial a prevenção ao HIV/Aids. Além do mais, esta alta utilização do serviço de saúde pública pelos participantes pode estar relacionada à busca de tratamento da doença manifesta, como apontado por Schraiber et al. (2010), caracterizando o cuidado apenas após a enfermidade estar manifesta. A partir da criação de grupos critérios os dados bio-sócio-demográficos considerados mais relacionados com os fatores foram posteriormente utilizados em teste de correlação.

### *Médias, desvios padrão e amplitudes de respostas aos itens da Escala de Crenças Masculinas em Saúde*

A Escala de Crenças Masculinas em Saúde (ECMS) utilizada neste estudo teve por objetivo verificar o grau de concordância dos participantes com crenças acerca da procura por atendimento médico, bem como o grau de concordância com crenças relacionadas ao gênero associadas ao cuidado em saúde, que poderiam provocar numa maior vulnerabilidade a enfermidades, inclusive à Aids. Este instrumento foi constituído de 10 pontos, variando de 1 (Discordo totalmente) a 10 (Concordo totalmente), tendo como ponto de corte estabelecido o valor de 5,5. Assim, médias iguais ou superiores a 5,5 foram consideradas alto grau de concordância e, abaixo de 5,5 consideradas baixo grau de concordância. A Tabela 2 descreve os itens, com suas médias, desvios padrões e amplitude de resposta.

*Tabela 2.* Médias, desvios padrão e amplitudes de respostas aos itens da Escala de Crenças Masculinas em Saúde.

**Médias, desvios padrão e amplitudes de respostas aos itens da Escala de Crenças Masculinas em Saúde (N=400)**

Itens	Média	DP	Ampl.
<b>1. Os serviços de saúde são locais mais adequados para as mulheres.</b>	<b>4,53</b>	<b>3,34</b>	<b>1-10</b>
2. O homem não precisa tanto de cuidados com a saúde.	2,77	2,65	1-10
3. O homem tem a saúde mais forte do que as mulheres.	3,96	3,17	1-10
4. É constrangedor para o homem ficar no serviço de saúde.	3,33	3,00	1-10
<b>5. O homem doente é um homem fraco.</b>	<b>4,56</b>	<b>3,58</b>	<b>1-10</b>
6. O exame de próstata não é coisa de homem.	2,65	2,73	1-10
7. É mais difícil o homem contrair o vírus da Aids.	2,54	2,50	1-10
8. O homem só precisa procurar o médico se estiver sentindo muito doente.	2,98	2,91	1-10
9. O homem só precisa procurar o médico se estiver sentindo muita dor.	2,94	2,87	1-10
10. O homem só precisa procurar o médico se seu estado de saúde estiver o impedindo de trabalhar.	3,04	3,03	1-10
11. Ir ao médico é procurar doença.	2,35	2,55	1-10

Os dados apresentados na *Tabela 2* demonstram que os participantes apresentaram baixo grau de concordância com as crenças masculinas em saúde, uma vez que, em sua maioria, não concordaram que o homem é possuidor de uma saúde mais resistente em detrimento a das mulheres, bem como não consideraram que os homens necessitem menos de cuidados com a saúde que o grupo feminino. Nos itens "1. Os serviços de saúde são locais mais adequados para as

mulheres" e "5. O homem doente é um homem fraco", pertencentes ao fator "Gênero", foram encontradas as maiores médias dentre todos os itens, estando próximas ao ponto de corte 5,5. Contudo os valores ainda não foram suficientes para serem considerados fortes na representatividade das crenças de gênero para os participantes. No item 7 "É mais difícil o homem contrair o vírus da Aids", os participantes também demonstram que a crença masculina de invulnerabilidade ao HIV/Aids não seria representativa.

Esse resultado inicial demonstrou que para os participantes desta pesquisa o fato de serem homens não é um fator que lhes atribui maior resistência à contaminação. Contudo, a fim de se verificar a veracidade deste resultado inicial, serão realizados testes comparativos entre estes itens, agrupados em seus respectivos fatores, os dados sócios demográficos e os grupos critérios dentro de cada fator, como verificado a seguir.

*Comparações entre fatores, médias bio-sócio-demográficas e critérios.*

Após serem obtidas as frequências e os percentuais referentes aos dados sócio demográficos, foram realizadas correlações entre as médias dos fatores *Procura por atendimento* e *Gênero* e as médias das variáveis sócio demográficas. Foram criados dois grupos critérios para cada item, onde os mesmos foram correlacionados com os fatores, conforme apresentado na *Tabela 3*.

*Tabela 3. Análise comparativa entre os Fatores e as médias bio-sócio-demográficas com base nos critérios*

<b>Análise comparativa entre os Fatores e as médias bio-sócio-demográficas com base nos critérios</b>						
<b>Fatores</b>	<b>Item</b>	<b>Critério</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p<sup>1</sup></b>
Procura	Idade	De 24 a 39 anos	243	2,49	2,28	<b>,002</b>
		<b>De 40 a 59 anos</b>	<b>150</b>	<b>3,31</b>	<b>2,71</b>	<b>,002</b>
Gênero		De 24 a 39 anos	247	3,03	1,89	<b>,000</b>
		<b>De 40 a 59 anos</b>	<b>152</b>	<b>4,21</b>	<b>2,21</b>	<b>,000</b>
Procura	Nível de Religiosidade	<b>Pouca religiosidade</b>	<b>114</b>	<b>3,39</b>	<b>2,82</b>	<b>,005</b>
		Muita religiosidade	270	2,61	2,31	,009
Gênero		Pouca religiosidade	116	2,74	2,35	,111
		Muita religiosidade	274	3,37	1,97	,139
Procura	Estado civil	Solteiro	181	2,57	2,35	,082
		Casado/Convivente	208	3,01	2,59	,080
		João Pessoa	250	2,69	2,34	,172

<sup>1</sup> p<0,05

Procura	Zona onde Reside	Zona Metropolitana	128	3,06	2,80	,197
Gênero		João Pessoa	252	3,36	2,03	,155
		Zona Metropolitana	132	3,68	2,27	,170
Procura	Renda	<b>Até 3 salários mínimos</b>	<b>264</b>	<b>3,15</b>	<b>2,68</b>	<b>,000</b>
		Maior que 3 salários mínimos	112	1,99	1,75	,000
Gênero		<b>Até 3 salários mínimos</b>	<b>270</b>	<b>3,74</b>	<b>2,22</b>	<b>,000</b>
		Maior que 3 salários mínimos	112	2,84	1,62	,000
Procura	Grau de Escolaridade	<b>Menor que 12 anos de escolaridade</b>	<b>253</b>	<b>3,17</b>	<b>2,69</b>	<b>,000</b>
		Maior ou igual que 12 anos de escolaridade	139	2,15	1,90	,000
Gênero		<b>Menor que 12 anos de escolaridade</b>	<b>258</b>	<b>3,95</b>	<b>2,21</b>	<b>,000</b>
		Maior ou igual que 12 anos de escolaridade	140	2,63	1,53	,000
Nível de Atividade Física	Procura	<b>Não pratica atividade física</b>	<b>120</b>	<b>3,96</b>	<b>3,09</b>	<b>,000</b>
		Pratica atividade física	144	2,17	1,89	,000
Gênero		<b>Não pratica atividade física</b>	<b>124</b>	<b>4,29</b>	<b>2,61</b>	<b>,000</b>
		Pratica atividade física	146	3,08	1,73	,000

A partir dos dados expostos da *Tabela 3*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para os itens idade, nível de religiosidade, renda, nível de escolaridade e nível de atividade física. No fator *Procura por Serviços de Saúde*, o item Idade demonstrou que os participantes na faixa etária de 40 a 59 anos apresentaram maior média de concordância (*Tabela 3*) com as crenças. Este resultado contradiz o que Pires e Mussi (2008) afirmam, visto que estes autores consideram que geralmente os mais jovens se sentem

invulneráveis à doença, não se preocupando com a prevenção, enquanto que os demais grupos etários mostram-se mais preocupados com a saúde; e consideram que tais características demonstram que a forma de significar e reagir diante dos comportamentos de saúde é distinta em função das diferentes fases da vida. Diante do resultado obtido supõe-se que a existência e influência de crenças negativas relacionadas ao cuidado com a saúde e a busca por atendimento médico em homens mais velhos exerce um poder mais forte em suas práticas

em saúde do que em homens mais jovens, visto que para estes as crenças ainda se encontram em fase de constituição (Pires e Mussi, 2008). No fator *Procura por Serviços de Saúde* o item Nível de Religiosidade apontou que os participantes que possuem baixa ou nenhuma religiosidade (*Tabela 3*) também apresentaram maior média de concordância com as crenças masculinas em saúde, acarretando numa menor procura por cuidados médicos.

Além do papel dúbio exercido pelas crenças religiosas, percebe-se que para os participantes da presente pesquisa a baixa religiosidade ou sua ausência apresentam-se de modo negativo a adoção de comportamentos saudáveis e a busca por cuidados médicos, visto que este dado se correlacionou com a existência de crenças masculinas impeditivas a procura por serviços de saúde. Contudo, não é possível afirmar que no caso dos participantes que apresentam um maior grau de religiosidade, se tais crenças masculinas seriam ou não significativas para estes casos, dado ao fato de que o enfrentamento religioso decorrente da fé pela proteção e cura divina só terá sentido se as crenças religiosas fizerem parte de um sistema mais amplo de

valores do indivíduo, que por agora não se configura como objetivo de investigação, além disso, Paiva (1998) ressalta que o envolvimento da religiosidade no enfrentamento não pode ser direcionado unicamente à cura de doenças, mas ao bem estar mais amplo da pessoa, incluindo outros aspectos de sua vida.

O item Renda apresentou valores significativos para ambos os fatores. No fator *Procura por Serviços de Saúde* e no fator *Gênero*, o item Renda demonstrou que os participantes que possuem renda de até 3 salários mínimos (*Tabela 3*) apresentaram maior concordância com as crenças. No item Grau de Escolaridade os dois fatores também apresentaram valores significativos, onde foi demonstrado que os participantes que possuem menos que 12 anos de escolaridade apontaram maior concordância com as crenças para ambos os fatores. O resultado obtido nestes dois itens corrobora com Fonseca et al. (2000) que afirmam que a renda pode indicar estimativa quanto ao acesso de bens materiais e serviços de saúde e a escolaridade diferenciaria as pessoas quanto ao acesso às informações.

No estudo intitulado “Pesquisa sobre Padrões de Vida” (PPV) realizado pelo IBGE (1998) ficou evidenciado o impacto da escolaridade sobre as condições de saúde da população. Isto, em termos de Brasil, é preocupante, tendo em vista que a grande parcela da população brasileira é formada por pessoas de nível socioeconômico, educacional e cultural extremamente baixos. Seria esse um dos desafios que surgem para a PNAISH, sendo fundamentais ações em saúde que resguardem as diferenças nas necessidades da população masculina, sem discriminação, baseadas na equidade e na humanização (Vieira et al., 2011). A mobilização dos homens para lutar pela garantia de seu direito social à saúde, por meio da sensibilização para reconhecimento e enunciação de suas condições sociais, para que sejam protagonistas de suas demandas, é o maior desafio dessa política. Isso porque ela requer o estímulo ao autocuidado, elemento que se permanece omitido devido à existência das crenças que impedem essa ação, bem como a necessidade da valorização do outro (Schraiber et al., 2005, apud Vieira, 2011: 217 ss).

Os dois fatores também se apresentaram significativos quando correlacionados com o item Nível de Atividade Física. Neste item os participantes que apresentaram um baixo nível na prática de atividade física tanto no fator *Procura por Serviços de Saúde*, quanto no fator *Gênero*, demonstraram maior média de concordância com as crenças masculinas em saúde (*Tabela 3*) para os dois fatores. Segundo Brito (2010) a prática regular de atividade física auxilia na prevenção do ganho de peso, como também na redução das mortalidades e morbidades. Ademais, os benefícios se estendem às reduções da ansiedade e do stress, e, também podem auxiliar no combate ao uso de drogas lícitas, principalmente no que se refere aos adolescentes. Desse modo, a prática regular de atividades físicas traduz aspectos que se inserem nos indicadores de comportamentos saudáveis. Assim, resultado obtido pode estar relacionado com a ideia de que os homens que praticam atividades físicas buscam os benefícios saudáveis que esta prática pode proporcionar, demonstrando um grau de cuidado com a sua saúde em detrimento àqueles que não a praticam e que creem na crença da

invulnerabilidade e da não necessidade de tais práticas. Em concordância com este achado, Schraiber et al. (2005) explicam que geralmente não está presente na socialização do homem aspectos que valorizem o corpo a partir do cuidado de saúde.

### **Conclusão**

Diante dos resultados expostos, pode-se perceber o quanto as crenças influenciaram na construção da ideia de invulnerabilidade masculina em saúde para a amostra pesquisada, repercutindo de forma negativa nos comportamentos de cuidados para com a saúde, bem como para a busca por atendimento médico, corroborando com o que Ricou et al. (2004) e Brito (2010) salientaram acerca do quanto às crenças afetam no processo saúde-doença. Conclui-se que a vulnerabilidade ao adoecimento entre os homens, ainda que verificada por meio de crenças individuais, é perpassada por elementos que caracterizam a vulnerabilidade social. Assim, 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, favorecendo a construção de crenças positivas relacionadas ao cuidado masculino, bem como se faz fundamental considerar o que nos apresenta Saldanha (2013) acerca da visibilidade do indivíduo como um ser formado por intersubjetividades, que é ativo construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem ser, então, remodeladas para garantir o “comportamento saudável” (Ayres et al., 2012). Tais medidas devem zelar pela promoção de atores sociais participativos no processo de construção e desconstrução na própria noção de saúde e bem estar e na forma como estas noções são operacionalizadas nas dimensões individuais, sociais e programáticas, o que implicaria na própria socialização dos gêneros e na noção de participação e controle social por parte do indivíduo, uma vez que a mudança depende da ação concreta de pessoas que se reconheçam e sejam reconhecidos como cidadãos plenas, como sujeitos de direitos (Saldanha, 2013).



## Referências Bibliográficas

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al., (2012). Conceitos e Práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade. In Geraldo José Paiva et al., (Orgs.). Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juriá, 4, 71-94.

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita, (2001), Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, 6(1), 63-72.

BRASIL, Ministério da saúde, (2008), Política Nacional de Atenção (Princípios e Diretrizes). Integral à Saúde do Homem. Brasília: Secretaria De Atenção À Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Brito, Annie. Mehes. Maldonado; Camargo, Brigido. Vizeu, (2011), Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. Temas em Psicologia, Ribeirão Preto, 19, 283-303.

Brito, Annie. Mehes. Maldonado, (2010), Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Fonseca, Maria Goretti et al., (2000), Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cadernos de Saúde Pública, 16(1), 77-87.

Gomes, Romeu; Nascimento, Elaine Ferreira do; Araújo, Fábio Carvalho., (2007), Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23(3), 565-574.

Paiva, Geraldo José, (1998), Aids, psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. Psicologia, teoria e pesquisa, Brasília, v. 14, 27-34, jan/abr.

Pires, Cláudia Geovana da Silva; Mussi, Fernanda Carneiro, (2008), Crenças em

saúde para o controle da hipertensão.

Ciência & Saúde Coletiva, 13 (sup 2), 2257-2267.

Ricou, Miguel, et al., (2004), Dependências individuais e valores sociais, Coimbra: Gráfica de Coimbra, 111-156.

Saldanha, Ana Alayde Werba; Silva, Josevânia; Lima, Michael Augusto Souza; Galvão, Jéssica Oliveira; Amorim, Geane. Karla, (2012), Acessibilidade Masculina aos Serviços de Saúde: implicações para a vulnerabilidade à Aids. Relatório Final de Iniciação Científica. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.

Saldanha, Ana Alayde Werba, (2013). Vulnerabilidades Femininas em Saúde: acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades de mulheres residentes em cidades rurais. Projeto de Pesquisa. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.

Schraiber, Lilia Brima et al., (2010), Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad Saúde Pública, São Paulo, 26(5), 961-70.

Unglert, Carmem Vieira de Sousa, (1990), O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública, 24(6), 445-452.

Vieira, Luana de Castro e Silva et al., A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. Enfermagem em foco, Salvador, 2(4), 215-217, nov./2011.

**Michael Augusto Souza de Lima:**

Graduado em Psicologia; Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/UFPB.

**Josevânia da Silva:**

Doutora e Mestre em Psicologia Social; Graduada em Psicologia; Professora no Centro Universitário de João Pessoa.

**Francisca Marina de Souza Freire:**

Mestre em Psicologia Social; Graduada em Psicologia; Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/UFPB.

**Karla Carolina Silveira Ribeiro:**

Doutora e Mestre em Psicologia Social; Graduada em Psicologia; Professora na Universidade Estadual da Paraíba.

**Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli:**

Pós-Doutora em Psicologia; Doutora em Psicologia e Mestre em Psicologia Social; Especialista em Saúde Pública; Graduada em Psicologia; Professora na Universidade Federal da Paraíba.