

# “POR QUE OS HOMENS NÃO CUIDAM DA SAÚDE?” A SAÚDE MASCULINA NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

“Why men do not take care of their health?” Men’s health from the perspective of students in the health area

Sabrine Mantuan dos Santos Coutinho<sup>1</sup>, Marcello Dala Bernardina Dalla<sup>2</sup>,  
Amanda Canal Rigotti<sup>3</sup>, Juliana Portela de Vita Maciel<sup>4</sup>, Virginia Magalhães Bonomo<sup>5</sup>

## RESUMO

Este relato é um recorte de ampla pesquisa que buscou identificar as representações sociais de masculinidade e de saúde de homens e de estudantes de cursos da área da saúde. Centra-se nos dados resultantes das entrevistas realizadas com os estudantes, enfocando sua compreensão sobre a interrelação masculinidade-saúde. Foram entrevistados 60 estudantes, de ambos os sexos, de cursos da área de saúde de uma universidade localizada em Vila Velha-ES, especificamente, 30 estudantes do curso de Medicina e 30 do curso de Enfermagem. As entrevistas foram realizadas nas dependências da universidade ou em campos de estágio (tais como hospitais), e tiveram, como ponto de partida, um Roteiro de Entrevista que abarcou questões sobre: dados pessoais, representação social de masculinidade, saúde masculina e saúde feminina, prevenção e tratamento de doenças masculinas, fatores de risco, conhecimento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Também contou com três questões de associação livre. Os dados foram analisados a partir da Análise de conteúdo e do software Evoc. Os resultados, de modo geral, indicam a permanência do discurso que aproxima a mulher dos cuidados com a saúde em termos de prevenção, ao passo que o homem continua como aquele que cuida da saúde ao cuidar da doença. Também evidenciam que os serviços, da forma como estão estruturados, podem estar reforçando a divisão tradicional de gênero, contribuindo para a exclusão masculina da esfera do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Homem; Gênero e Saúde; Atenção Primária à Saúde; Representações sociais.

## ABSTRACT

This report is an excerpt from a wider study that sought to identify the social representation of masculinity and men's health among students in the health area. It centers on data resulting from interviews conducted with the students, focusing on their comprehension of the masculinity-health interrelation. Thirty students were interviewed, of both genders, from programs in the health area at university located in Vila Velha, ES, specifically 30 medical students and 30 nursing students. The interviews were conducted on-campus or at internship sites (such as hospitals). They were based on an interview script that covered questions such as personal data, social representation of masculinity, men's and women's health, prevention and treatment of male diseases, risk factors, and knowledge and assessment of the National Policy on Comprehensive Care for Men's Health. This also included three free-association questions. Data were analyzed using content analysis with Evoc software. The results, generally, indicate the persistent discourse that connects women to health care in terms of prevention, while men remain those who take care of health by treating illness. They also show that the way the services are structured may be reinforcing the traditional gender division, contributing to men's exclusion from the sphere of care.

**KEYWORDS:** Men's Health; Gender and Health; Primary Health Care; Social representations.

<sup>1</sup> Sabrine Mantuan dos Santos Coutinho, doutora em Psicologia (UFES). Professora dos cursos de Psicologia e Medicina da Universidade Vila Velha (UVV). E-mail: sabrine.coutinho@uvv.br

<sup>2</sup> Marcello Dala Bernardina Dalla, mestre em Educação Fundação - Universidade Regional de Blumenau/SC. Médico da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). Professor Adjunto do curso de Medicina da Universidade de Vila Velha/ES

<sup>3</sup> Amanda Canal Rigotti, graduanda em Medicina - Universidade de Vila Velha/ES

<sup>4</sup> Juliana Portela de Vita Maciel, graduada em Psicologia - Universidade Vila Velha/ES

<sup>5</sup> Virginia Magalhães Bonomo, graduanda em Medicina - Universidade de Vila Velha/ES

Financiamento: Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular - FUNADESP

## INTRODUÇÃO

Estudiosos do campo da saúde e de gênero têm ressaltado a importância de pesquisas que abordem a inter-relação entre masculinidade e saúde. Schraiber, Gomes e Couto<sup>1</sup> destacam que, ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares têm buscado compreender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para homens e mulheres, ressaltando que o foco específico na relação homem-saúde, sobretudo no campo da saúde reprodutiva, vem ocorrendo, nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde.

Couternay<sup>2</sup> aponta as críticas da década de 1970 ao modelo biomédico como marco inicial dos estudos norte-americanos sobre homens e saúde, e ressalta que apenas na década de 1980 tal perspectiva avança de forma mais consistente, ocorrendo, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades. Porém foi apenas mais recentemente que se deu uma transição das teorias de papéis sexuais para o enfoque de gênero.

Os estudos sobre homens e masculinidades, segundo Aquino<sup>3</sup>, têm trazido importantes contribuições ao problematizar aspectos cruciais para reflexão sobre a dominação masculina e as relações de gênero. O autor enfatiza que, em virtude de explicações de bases biologicistas, as diferenças entre os sexos no adoecimento e na morte foram, por muito tempo, vistas como naturais, o que acabou orientando a construção de conhecimentos científicos e tecnológicos no campo da saúde.<sup>4</sup>

Há que se destacar que essa naturalização das diferenças entre homens e mulheres - diferenças estas baseadas principalmente na determinação biológica - vem sendo contestada. De acordo com a tendência atual nos estudos de relações de gênero, as experiências masculinas e femininas deixaram de ser consideradas como esferas separadas e independentes.<sup>5</sup>

Foi com as feministas que o termo gênero passou a ser largamente adotado, e começou a ser utilizado de forma a enfatizar o caráter social das diferenças entre homens e mulheres.<sup>6</sup> Por influência do conhecimento afeto à Biologia, esse termo foi utilizado por muito tempo e em qualquer contexto como sinônimo de sexo.

Esclarecendo a diferença entre esses termos, Strey<sup>7</sup> discute o caráter cultural da noção de gênero:

“Sexo não é gênero. Ser uma fêmea não significa ser uma mulher. Ser um macho não significa ser um homem. Sexo diz respeito às características fisiológicas relativas à procriação, à reprodução bio-

lógica. (...) O sexo biológico com o qual se nasce não determina, em si mesmo, o desenvolvimento posterior em relação a comportamentos, interesses, estilos de vida, tendências das mais diversas, responsabilidades ou papéis a desempenhar, nem tampouco determina o sentimento ou a consciência de si mesmo, nem das características da personalidade, do ponto de vista afetivo, intelectual ou emocional, ou seja, psicológico. Isso tudo seria determinado pelo processo de socialização e outros aspectos da vida em sociedade e decorrentes da cultura. (...) Enquanto as diferenças sexuais são físicas, as diferenças de gênero são socialmente construídas.”<sup>7:182-183</sup>

O conceito de gênero é aqui empregado no sentido proposto por Scott<sup>6</sup>, ou seja, como construção cultural e histórica. Logo, o que produz o agir como homem e o agir como mulher em determinada sociedade não é exclusiva e automaticamente a condição biológica, mas o contexto sociocultural.

Embora esse termo tenha sido utilizado, por certo período, como sinônimo e/ou substituto de feminino, e os estudos de gênero tenham se centrado basicamente no estudo da mulher por décadas, concordamos com a abordagem de gênero que propõe o conceito numa perspectiva relacional, histórica, que preocupa-se com a compreensão das relações de gênero (como foram produzidas, porque foram produzidas, como funcionam), inscritas num contexto histórico, político, econômico, social e cultural.<sup>4-7</sup>

Essa hierarquização entre masculino e feminino, construída na história e, portanto, relacionada às outras formas de hierarquia social, serviu de base para a diferenciação do que é considerado próprio do homem e da mulher em nossa cultura. Na sociedade patriarcal, por exemplo, o poder, o controle e a agressividade são associados ao homem, ao passo que a submissão, a docilidade e a subordinação são atribuições femininas. Essa hierarquia entre papéis masculinos e femininos é justificada por discursos ideológicos que a identificam como natural e ligada à determinação biológica.<sup>7</sup>

No campo da saúde, os estereótipos de gênero alcançam grande repercussão. Pelo fato de a doença ser, normalmente, considerada como um sinal de fragilidade, os homens não a reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, negando as possibilidades de adoecimento.

“O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que

algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer.”<sup>8:13</sup>

Na verdade, historicamente, o cuidar aparece vinculado à mulher, que desde cedo aprende a desempenhar esse papel seja em relação ao outro, seja em relação a si própria (autocuidado). O homem, por sua vez, aprende a ser um “ser independente” que não precisa ser cuidado por considerar-se mais forte física e emocionalmente que as mulheres.<sup>9</sup>

Assim, apesar de as estatísticas indicarem os homens como os mais vulneráveis em relação a determinadas doenças (enfermidades graves e crônicas), estes não procuram ou procuram menos os serviços de atenção primária do que as mulheres, o que, em muitos casos, resulta no agravamento do quadro clínico e em maior custo para o sistema de saúde.<sup>10-12</sup>

É sabido que vários agravos poderiam ser evitados se os homens realizassem, regularmente, as medidas de prevenção, tal como preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH<sup>8</sup>, primeira na América Latina. Porém, por diferentes motivos, os índices de morbimortalidade masculina teimam em persistir acima da média feminina.

Toneli e Müller<sup>13</sup> apontam que a vulnerabilização dos homens, especificamente na faixa dos 20 aos 59 anos, pode ser considerada como um problema de saúde pública, e encontra justificativa “*nos baixos índices de expectativa de vida desta população em relação às mulheres, nos agravos das doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, colesterol, pressão arterial mais elevada, alcoolismo e tabagismo, bem como na estreita relação dos homens com a cultura do risco e da violência.*”<sup>13:68</sup>

Gomes, Nascimento e Araújo<sup>11</sup> enfatizam que a socialização masculina pode ser vista como uma das razões para a baixa adesão dos homens à atenção primária, afirmando que a questão do cuidado de si e da saúde, assim como o cuidado do outro em termos práticos, não é contemplada na socialização dos homens.

Nessa mesma perspectiva, Silva e Alves<sup>14</sup> destacam que a forma como as mulheres são socializadas as possibilita um contato estreito com os serviços de saúde, já que são educadas para serem provedoras de cuidados. O mesmo não acontece com os homens, que são educados justamente para o oposto, daí a grande dificuldade em aceitar suas fragilidades.

Na verdade, estamos diante de um modelo de masculinidade (a “masculinidade hegemônica”, conforme Connel)<sup>15</sup> marcado por aspectos tais como virilidade, honra, força, autocontrole emocional, agressividade, entre outros, e pela ausência de hábitos de cuidado da saúde, o que pode

ser relacionado a um aumento do risco de doenças e dos índices de mortalidade masculina.<sup>2</sup> De acordo com Braz<sup>16</sup>

“Manter tal ideal é um grande fator de risco para os homens. Há um “silenciamento” sobre o ônus de sustentar este ideal heróico. Isto pode ser visto na dificuldade, em parte, em procurar ajuda ou cuidados médicos, enfim, em ser assistido já que foram criados para assistir e prover.”<sup>16:100</sup>

Schraiber, Gomes e Couto<sup>1</sup> realçam que o trabalho/necessidade de provimento também acaba sendo apontado como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos já estabelecidos: “*Falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades, ou medo de que a revelação do problema de saúde e a ausência para tratamento médico possam prejudicá-los, resultando em perda do posto de trabalho, são as preocupações em homens que adoecem no trabalho, por doenças ocupacionais ou não.*”<sup>1:11</sup> Além disso, é fato que a maioria dos serviços ambulatoriais e unidades de saúde têm um horário reduzido de jornada, o que inviabiliza a procura dos homens por atendimento médico, restando a eles os serviços de emergência.<sup>12</sup> Há ainda o fato alegado pelos homens de que para marcação de consultas, muitas vezes, é necessário enfrentar “filas intermináveis”, que levam a perda de um dia inteiro de trabalho, e de que não necessariamente terão suas necessidades resolvidas em uma única consulta.<sup>8</sup>

Apesar de a atividade laboral ter um lugar de destaque na vida do homem, sobretudo pelo fato de, historicamente, ter sido atribuído a ele a responsabilidade pelo sustento da família, não se pode desconsiderar que, hoje, muitas mulheres, de diferentes níveis socioeconômicos, estão inseridas no mercado de trabalho formal, sendo, muitas vezes, responsáveis pelo provimento e gerenciamento de unidades domésticas, o que não impede a procura pelos serviços de saúde.

Também não se pode perder de vista que as práticas dos profissionais de saúde se mostram, muitas vezes, orientadas por representações machistas, sexistas e naturalizantes, que resultam num atendimento diferenciado a homens e mulheres, reforçam os estereótipos de gênero, e acabam potencializando o descuido com a saúde e, conseqüentemente, o aumento dos riscos. Figueiredo<sup>10</sup> enfatiza que se faz necessário “*uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres. É necessário que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço.*”<sup>10:107</sup>

Assim, mostra-se importante a apreensão dos significados atribuídos à questão da masculinidade e do pro-

cesso saúde/doença, atentando para o contexto social que permite a produção/manutenção de determinado modelo, ou sua transformação. Entende-se que, apesar da existência de vários estudos voltados para essa temática, ainda há abundante espaço para investigações sobre o tema serem propostas, viabilizando o surgimento de novos ângulos a partir dos quais podem ser construídas novas reflexões. Pensar essa questão da saúde do homem a partir de uma perspectiva relacional de gênero mostra-se de fundamental importância, o que não implica apenas a inclusão dos homens nos estudos sobre saúde. A esse respeito Gomes<sup>17</sup> destaca:

“são igualmente válidos os posicionamentos que enfocam a saúde da mulher e a saúde do homem, desde que tais posicionamentos não percam a perspectiva relacional entre os gêneros e não se distanciem da promoção da saúde voltada para as necessidades humanas em geral. Pensar sobre a relação não significa desconsiderar demandas específicas de cada gênero.”

17:826

Diante desse contexto, buscou-se investigar as representações sociais de masculinidade e de saúde de homens e estudantes de cursos da área da saúde. Esse relato centra-se nos resultados das entrevistas realizadas com os estudantes, enfocando sua compreensão sobre a interrelação masculinidade - saúde e sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

As representações sociais (RS), segundo Moscovici<sup>19</sup>, têm a finalidade primeira de tornar familiar algo não familiar, de modo que *“em seu todo, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas”*.<sup>19:55</sup> Ou seja, é uma dinâmica em que padrões de referência pré-estabelecidos (conhecimentos anteriores), permitem a incorporação do que é incomum, não familiar (novo conhecimento), num sistema conhecido/familiar, tornando-o compreensível. Nesse sentido, as RS possibilitam a compreensão da realidade e a produção de novos conhecimentos, além de também atuarem orientando e organizando ações, comunicações e práticas de indivíduos e grupos sociais no que se refere a determinado objeto, o que varia de acordo com o grau de pertença dos indivíduos aos grupos em que estão inseridos e com o contexto histórico-social.

Entende-se que é importante conhecer a representação social desses estudantes acerca dos fenômenos em questão, visto que, futuramente, quando forem profissionais, muitos estarão inseridos na atenção primária, e poderão desenvolver práticas que reforcem ou neguem os estereótipos de gênero e práticas de autocuidado masculino. E a escolha desses cursos se deve ao fato de que o médico e

o enfermeiro fazem parte da equipe mínima que compõe as Unidades de Saúde, ao contrário de outros profissionais da saúde, como o psicólogo, o fisioterapeuta, entre outros, que ainda não estão inseridos, obrigatoriamente, nessas equipes.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) mostra-se referencial adequado para o estudo da inter-relação masculinidade e saúde, visto que permite a compreensão dos significados atribuídos pelos indivíduos ao processo saúde-doença e à noção de masculino, bem como a compreensão de suas práticas. O conhecimento dessa “lógica” fornecida pelo próprio indivíduo pode contribuir para a proposição de ações voltadas para a saúde masculina.

Ao longo de sua existência, a TRS foi desdobrada em algumas linhas teóricas complementares que, embora apresentem certos desacordos, não podem ser vistas como incompatíveis e irreconciliáveis.<sup>20</sup> Aqui, faz-se menção à TRS de uma forma mais geral, embora se privilegie o diálogo com a abordagem liderada por Jean-Claude Abric, a Teoria do Núcleo Central (TNC), que propõe que *“uma representação social só vem a ser adequadamente descrita ou identificada quando, além de seu conteúdo, se apreende também sua estrutura.”*<sup>20</sup> Nessa perspectiva, compreende-se que as RS estão organizadas em torno de um núcleo central ou núcleo estruturante, constituído de um ou mais elementos, que dão significado à representação por tratar-se dos elementos mais estáveis, rígidos, historicamente determinados, e, portanto, mais resistentes à mudança. Como complemento indispensável ao núcleo central, existe um sistema periférico, com características e funções distintas. Nesse sistema periférico encontramos os componentes mais acessíveis, concretos, menos estáveis da representação; ele permite a ancoragem na realidade concreta e uma diferenciação em função das experiências cotidianas. Ao mesmo tempo em que protege o núcleo central, permite a integração de informações, e de práticas diferenciadas.<sup>21,22</sup>

## MÉTODO

O relato é parte de pesquisa mais ampla realizada entre maio e março de 2012 com dois grupos de participantes: homens e estudantes da área da saúde. Aqui serão considerados apenas os resultados provenientes da coleta de dados realizada com o grupo de estudantes.

Foram entrevistados 60 estudantes, de ambos os sexos, de cursos da área de saúde de uma universidade localizada em Vila Velha-ES, especificamente, 30 estudantes do curso de Medicina e 30 do curso de Enfermagem. Todos já tinham cumprido, pelo menos, 70% da carga horária total do curso na época da pesquisa e estavam em período de estágio supervisionado, realizando atendimentos ao público.

As entrevistas com os estudantes foram realizadas nas dependências da Universidade Vila Velha ou em campos de estágio (tais como hospitais), e tiveram como ponto de partida um Roteiro de Entrevista, que abarcou questões sobre: dados pessoais, representações sociais de masculinidade, saúde masculina e saúde feminina, prevenção e tratamento de doenças masculinas, fatores de risco para o desenvolvimento de doenças no homem, conhecimento e avaliação da Política Nacional de Saúde do Homem. A entrevista, logo em seu início, contou com a presença de três questões de evocação livre. Esta consiste na proposição de uma expressão semântica e na solicitação de que o entrevistado fale livremente o que pensa, sente ou imagina em relação à expressão apresentada. Em outras palavras, apresenta-se uma palavra ou expressão ao participante (termo indutor) e pede-se que o mesmo fale pelo menos cinco palavras, frases ou expressões que lhes vêm imediatamente à cabeça.

Acredita-se que as palavras evocadas mais frequentemente e mais prontamente pelos participantes, possivelmente, constituem elementos centrais das RS.

Segundo Oliveira, Marques, Gomes e Teixeira<sup>23</sup>, a técnica de evocação livre, muito empregada no campo de estudo das RS por sua adequação metodológica, possibilita “a atualização de elementos implícitos ou latentes, que seriam suplantados ou mascarados nas produções discursivas.”<sup>23:575</sup> Ou seja, o uso dessa técnica possibilita a captura de produções espontâneas do entrevistado, reduzindo a interferência do pesquisador.<sup>24</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos participantes

A maioria dos participantes, de ambos os cursos, era

**Tabela 1** - Caracterização dos participantes.

Curso	Sexo	Idade	Estado civil	Religião
Enfermagem	Feminino: 26	20-25 anos: 20	Solteira: 22	Católica: 22
	Masculino: 04	26-30 anos: 08 Acima de 30 anos: 02	Casada: 08	Evangélica: 08
Medicina	Feminino: 18	20-25 anos: 26	Solteira: 30	Católica: 24
	Masculino: 12	26-30 anos: 04 Acima de 30 anos: 0	Casada: 0	Evangélica: 04 Espírita: 02

Fonte: dados da pesquisa.

### Análise das questões de evocação livre

A análise das evocações diante do termo indutor “ser homem” por meio do software Evoc possibilitou a identificação dos elementos que, provavelmente, têm um papel

importante na organização da RS de masculinidade para os participantes. Estes não foram diferenciados de acordo com o curso de graduação para processamento do programa.

Antes da realização das entrevistas foi feito contato com os possíveis participantes para que pudessem ser explicados os objetivos e procedimentos do estudo, e para agendamento, no caso dos interessados. Os estudantes que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa.

As entrevistas foram realizadas mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da referida universidade em consonância com a Norma nº. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e da avaliação do Comitê de Ética local.

Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo, especificamente da análise temática.<sup>25</sup> Na análise das questões de evocação livre, após preparação/adequação dos dados, foi utilizado o *software* EVOG (*Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations*), recurso informático que permite a identificação da organização interna das RS em função de dois critérios, frequência e ordem média de evocação; esses critérios combinados possibilitam o levantamento dos elementos que mais provavelmente se associam ao termo indutor e, por consequência, possibilita o levantamento da estrutura das representações sociais associadas a esse termo.<sup>26</sup>

A análise a partir do software EVOG foi realizada separadamente de acordo com o termo indutor: *ser homem, saúde do homem e saúde da mulher*.

do sexo feminino (73,3%), com idade entre 20 e 25 anos (76,6%). Grande parte dos participantes era católica (80%) e solteira (86,6%). A Tabela 1 apresenta os resultados de acordo com o curso.

Através do software, as palavras evocadas são distribu-

idas em quatro quadrantes, segundo a frequência e ordem média de evocação. No quadrante superior esquerdo encontram-se os elementos evocados mais frequentemente e mais prontamente e, portanto, os elementos que provavelmente constituem o *núcleo central* da RS. Por outro lado, os elementos dispostos no quadrante inferior direito são os de evocação menos frequente e menos imediata, sendo,

provavelmente, periféricos na representação (*periferia distante*). Os elementos situados nos dois outros quadrantes (*periferia próxima*) têm um papel menos nítido que os elementos do núcleo central na organização da RS, embora também tenham papel significativo.

A Tabela 2 apresenta os resultados fornecidos pelo programa em relação ao termo indutor “ser homem.”

**Tabela 2** - RS de “ser homem” em função da frequência e ordem média de evocação.

Frequência $\geq 6$ evocações Ordem média de evocação $< 2,7$			Frequência $\geq 6$ evocações Ordem média de evocação $\geq 2,7$		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Trabalho	26	2,400	Responsável	28	2,714
Força	14	1,833	Cuidar	12	2,833
Virilidade	14	2,000	Família	12	2,833
Desleixado	10	1,600	Honesto	08	3,500
Pai	10	2,200	Provedor	06	4,000
			Caráter	06	3,333
			Amigo	06	4,667

  

Frequência $< 6$ evocações Ordem média de evocação $< 2,7$			Frequência $< 6$ evocações Ordem média de evocação $\geq 2,7$		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Preconceituoso	04	2,000	Invulnerável	04	3,000
			Controle	04	3,500
			Companheiro	04	3,000
			Impaciente	04	3,500
			Atencioso	04	3,000

  

- N° total de evocações: 254
- N° total de palavras diferentes: 55

Fonte: dados da pesquisa.

Como se pode notar, os possíveis elementos que organizam a RS de “ser homem” são: *trabalho, força, virilidade, desleixado e pai*, elementos que, provavelmente, constituem o núcleo central da representação. Isso significa que, para os estudantes pesquisados, ser homem é ser trabalhador, forte e viril, ideias tradicionalmente associadas ao sexo masculino.

É importante destacar, como o fazem Trindade, Nascimento & Gianórdoli-Nascimento<sup>27</sup> que a análise das expressões evocadas pelos termos indutores requer cautela porque uma mesma expressão pode ter diferentes significados, dependendo do contexto em que se dá a resposta. Assim, *desleixado*, aqui, pode ser compreendido no sentido comparativo de ser *menos cuidadoso* que a mulher (com a aparência, com a casa, com os filhos, etc.), o que é socialmente justificado pelo fato de o homem ter muitas coisas “mais importantes” para se preocupar, tais como o trabalho.

Por outro lado, vale notar que, ao mesmo tempo em que aparece a questão do *machismo*, também se encontra menção à paternidade (*ser pai*), o que fala das mudanças que vêm se processando nas últimas décadas, que passaram a valorizar o lugar do homem/pai na esfera doméstica/familiar.

Na periferia próxima encontram-se os elementos *responsável, cuidar, família, honesto, caráter, amigo e preconceituoso*, que são complementares e significativos na organização da RS de masculinidade. A análise do conjunto de respostas parece estar indicando que o homem precisa ser *responsável* pela *família*, seja no sentido de seu sustento, o que se relaciona à ideia do homem trabalhador (elemento do núcleo central), seja no sentido de proteção (*cuidado*). *Responsável* também pode estar indicando ser responsável *por seus atos*, o que é muito cobrado socialmente do “homem de verdade”, da mesma forma que a ideia de *honestidade* e ter *bom caráter*.

Já na periferia distante estão situados os elementos *invulnerável, controle, companheiro, impaciente e atencioso*, que são periféricos na representação.

Cabe ressaltar que os elementos constituintes de uma RS devem ser entendidos como complementares na organização interna da representação. Isso significa que quando se diz que os participantes apresentam uma RS de "ser homem" organizada a partir de determinados elementos, não se excluem elementos que são particulares e aparente-

mente contraditórios, determinados pelas circunstâncias e pelas histórias individuais.

A análise das evocações que aparecem associadas ao termo indutor "saúde do homem", por sua vez, permitiu a identificação dos elementos que, possivelmente, estão incluídos na organização da RS de "saúde masculina". A Tabela 3 apresenta tais elementos função da frequência e ordem média de evocação.

**Tabela 3** - RS de "saúde do homem" em função da frequência e ordem média de evocação.

Frequência >= 6 evocações Ordem média de evocação < 2,5			Frequência >= 6 evocações Ordem média de evocação >= 2,5		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Descuido	38	1,684			
Medo	16	1,800			
Câncer de próstata	10	1,400	Falta de programas	14	2,571
Desinformação	9	1,500	Pouca propaganda	07	3,000
Preconceito	9	2,000			
Não gosta de ir ao médico	8	2,333			

  

Frequência < 6 evocações Ordem média de evocação < 2,5			Frequência < 6 evocações Ordem média de evocação >= 2,5		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Cuidado	05	2,000	Cultura	04	3,000
			Invulnerável	04	3,500

Fonte: dados da pesquisa.

Os elementos que, provavelmente, constituem o núcleo central da RS de "saúde do homem" são *descuido, medo, câncer de próstata, desinformação, prevenção, preconceito e não gosta de ir ao médico*. Isso significa que, para esses participantes, o homem, geralmente, não cuida de sua saúde (é *descuidado*), o que pode ser compreendido pelo *medo* que tem de descobrir algo de errado consigo, por sua *desinformação*, pelo *preconceito* em relação ao autocuidado, e por *não gostar de ir ao médico*. Por outro lado, evidencia-se a necessidade de *prevenção*, pois ter saúde é *importante*. O *câncer de próstata* aparece no núcleo central provavelmente por ser uma doença muito comum (e temida), que afeta especificamente o homem.

Outros elementos significativos e complementares na organização da RS de "saúde do homem" são *falta de programas, pouca propaganda e cuidado*. Esses elementos apontam a necessidade de *cuidado* por parte do homem com a saúde, o que é dificultado pela *carência de programas* voltados especificamente para o público masculino, tal como

existem para as mulheres, e pela pouca divulgação na mídia de informações sobre saúde masculina.

Os elementos *cultura* e *invulnerável* aparecem na periferia distante, indicando que a ideia de invulnerabilidade masculina é produzida culturalmente, ou seja, é aprendida.

Em relação à RS de saúde da mulher, os possíveis elementos envolvidos em sua organização estão apresentados na Tabela 4.

Conforme se pode observar, os elementos situados no núcleo central e, portanto, organizadores da RS de saúde da mulher, são *exame preventivo, cuidado, interesse e vai ao médico*. Para os participantes, as mulheres *cuidam* de sua saúde, fazem *exames preventivos* regularmente, *vão ao médico* e são *interessadas* em tudo o que diz respeito à saúde. Isso significa que no núcleo central da RS de saúde da mulher está a *prevenção* e o *autocuidado*.

Também significativos, porém localizados na periferia próxima, são os elementos *maternidade, aleitamento, câncer, programas, propaganda, bem-estar, família e responsabilidade*. Es-

tes indicam que a saúde da mulher está diretamente relacionada com a vivência da *maternidade* e com a possibilidade de *amamentação*, com a constituição de *família* e com seu

*bem-estar* físico e psicológico. O *câncer* (de mama e de colo de útero) aparece como risco à saúde da mulher, e, então, requer *responsabilidade/prevenção*.

**Tabela 4** - RS de “saúde da mulher” em função da frequência e ordem média de evocação.

Frequência >= 6 evocações Ordem média de evocação < 2,6			Frequência >= 6 evocações Ordem média de evocação >= 2,6		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Exame preventivo	40	2,050	Maternidade	24	3,000
Cuidado	24	1,333	Aleitamento	12	3,833
Interesse	22	2,182	Câncer	12	3,500
Vai ao médico	08	1,750	Programas	10	3,225
			Propaganda	08	3,250
			Bem-estar	06	4,000
			Família	06	3,333
Frequência < 6 evocações Ordem média de evocação < 2,6			Frequência < 6 evocações Ordem média de evocação >= 2,6		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Responsabilidade	04	2,000			

Fonte: dados da pesquisa.

Ainda na periferia próxima aparece a articulação da saúde da mulher com a existência de muitos *programas* voltados especificamente para esse público e de *propagandas* que trazem informações que favorecem o autocuidado e a prevenção feminina.

Como se pode notar, a análise das evocações de forma conjunta parece apontar para a permanência do discurso que aproxima a mulher dos cuidados com a saúde em termos de prevenção, ao passo que o homem continua como aquele que cuida da saúde ao cuidar da doença. O ideal de homem (modelo de masculinidade hegemônica) está claramente identificado na RS de homem, expresso nos elementos forte, viril e trabalhador, assim como o ideal de mulher que se mostra presente por meio dos elementos mãe e cuidadora (inclusive, dos próprios homens).

Os resultados também apontam os serviços e programas de saúde como impedimento ao cuidado com a saúde por parte do homem. Enquanto que na RS de “saúde do homem” aparece a *ausência* de programas específicos para o homem e a falta de campanhas na mídia sobre saúde masculina, na RS de “saúde da mulher” evidencia-se justamente o oposto – *presença* de programas e campanhas que favorecem o autocuidado e prevenção. Isso parece estar indicando algo que tira dos homens a responsabilidade total por seu afastamento do campo da saúde: a forma

como os serviços estão estruturados pode estar reforçando a divisão tradicional de gênero, contribuindo para a exclusão masculina da esfera do cuidado.

#### Análise temática

Sobre diferenças em termos de cuidado com a saúde entre homens e mulheres, a maioria dos participantes (56) acredita que existe; apenas quatro (04) estudantes do curso de Enfermagem relatam não haver diferenças, pois ambos devem cuidar da saúde. Esses resultados corroboram os achados de Almeida, Santos, Vasconcelos e Coeng-Oliveira<sup>28</sup>, em que 73% dos participantes consideram que há diferenças de gênero no cuidado com a saúde (acreditam que o homem, em geral, não cuida da saúde).

Esses resultados são convergentes em relação aos resultados da evocação livre, visto que, ao passo que no núcleo central da RS de saúde da mulher estão elementos diretamente relacionados com a questão de cuidado com a saúde (exame preventivo, cuidado, interesse, vai ao médico), no núcleo central de saúde do homem estão elementos, em sua maioria, relacionados ao descaso masculino com a saúde.

Da mesma forma, os elementos centrais na RS de ser homem, ou seja, o que na opinião dos participantes define

a masculinidade, também englobam essa ideia do homem como forte, viril, ativo/trabalhador e desleixado.

Isso pode estar relacionado ao fato de que, culturalmente, ainda se acredita que o homem que é homem não precisa se cuidar, pois isso é sinal de fraqueza, vulnerabilidade, o que é coisa de mulher. Almeida, Santos, Vasconcellos e Coenga-Oliveira<sup>28</sup> encontraram resultados similares em sua pesquisa (a maioria dos participantes acredita que há diferenças de gênero no cuidado com a saúde: os homens se cuidam menos que as mulheres), e enfatizam que, tradicionalmente, definiram-se os conceitos de masculinidade e feminilidade com base em uma oposição binária, em que um é visto como completamente oposto ao outro. E esclarecem: “enquanto o homem era caracterizado em termos de superioridade, atividade, força e virilidade, a mulher era vista como inferior, pura, afetuosa e sujeita à dominação masculina.”<sup>28:130</sup>

Para os entrevistados de ambos os cursos, as diferenças entre homens e mulheres se devem, principalmente, a: maior preocupação com a saúde por parte das mulheres (homem são mais “relaxados”); maior procura pelos serviços de saúde por parte das mulheres; fato de o homem achar que nunca fica doente (invulnerável); existência de mais políticas e ações de saúde voltadas para as mulheres; pouco foco na saúde masculina; presença de maior divulgação na mídia em torno da saúde a mulher; e existência de maior ênfase durante a graduação na prevenção à saúde da mulher.

As falas apresentadas a seguir são ilustrativas:

*“Tem uma diferença clara: o homem foi esquecido por alguns anos nesse processo de construção da saúde nacional... Seria muito importante o SUS começar a focar também na saúde do homem, que por uma questão cultural, é relapso com sua saúde.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“Acho que o homem é desleixado com a saúde, ele acha que nunca está doente, que sempre vai estar bem, que não precisa, vai adiando, adiando, e às vezes a situação pode piorar. E a mulher não, ela é mais cuidadosa...”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

*“O homem só procura o médico quando a situação está muito avançada (...) o homem nunca procura médico para tratamento preventivo, somente curativo.”* (Estudante Medicina, 9º período)

Em relação aos principais fatores de risco à saúde do homem apontados pelos estudantes de Medicina foram: tabagismo (18), etilismo (18), sedentarismo (12), sexo sem proteção (16), falta de prevenção (14) e alimentação ina-

dequada (08). Os mais citados pelos estudantes de Enfermagem foram: falta de prevenção (18), tabagismo (14), etilismo (14), ideia de invulnerabilidade/machismo (10), sedentarismo (08), uso de drogas (08) e alimentação inadequada (08).

Como fatores que podem favorecer a saúde masculina são ressaltados, por estudantes de ambos os cursos, principalmente, a necessidade de conscientização/educação dos homens, a adoção de práticas de prevenção e autocuidado, e o desenvolvimento de mais campanhas voltadas para o público masculino.

Sobre o fato da educação/socialização interferir no cuidado masculino futuro com a saúde, a maioria dos estudantes entrevistados (58) parece concordar com tal influência, o que demonstra aproximação ao discurso de base sociocultural, e afastamento de concepções naturalizantes. Outros estudos já apontaram a socialização como fator importante para a compreensão da relação homem-saúde.<sup>11,14,29</sup>

Como exemplo, citam-se as falas abaixo:

*“Já tem uma cultura de gerações do homem não se cuidar e isso é passado aos filhos.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“Sim, porque desde pequenos eles são criados para falar eu sou forte, eu não sinto dor, eu sou homem, não sinto nada, não preciso ir ao médico...”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

*“As questões culturais acabam influenciando os homens a serem mais relapsos com a própria saúde.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“O preconceito vem de base, de família, de berço. Se mudar o que se ensina quando criança ele vai mudar a concepção de saúde quando estiver maior.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“Porque a menina, a partir do momento em que ela vai crescendo, a mãe tende a levá-la ao ginecologista e tudo mais, já o menino, não.”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

Chama a atenção o fato de um estudante do 9º período do curso de Medicina achar que não há interferência de questões sociais, sendo essa uma questão biologicamente determinada. *“Eu acho que isso, o fato do homem não cuidar tanto da saúde, é próprio da natureza do homem.”*

Nessa direção, grande parte dos estudantes (24 de Enfermagem e 22 de Medicina) acha que a prevenção de doenças masculinas deve ser realizada a partir da educação e

orientação, que deve começar desde a infância, e também por meio de palestras e campanhas educativas, que devem ser organizadas pelas equipes de saúde. As falas a seguir são elucidativas a esse respeito.

*“Tem que começar primeiro pela educação (...) conscientização é o passo básico para você estimular esse cuidado.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“Fazer um trabalho de educação em saúde, falando das doenças que eles são mais acometidos.”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

*“Através de campanhas na televisão, falando sobre tabagismo, alcoolismo.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“Palestras, divulgação na mídia.”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

*“Com divulgação e quebrando o preconceito.”* (Estudante Medicina, 9º período)

Também foram mencionados: maior foco no homem pela atenção primária, com a criação de programas específicos (10), diminuição dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção (02), busca ativa da população de risco, como, por exemplo, em seu local de trabalho (04), criação de horários especiais de funcionamentos nas Unidades de Saúde (02), e atendimento de homens apenas por profissionais do sexo masculino para evitar inibição (02).

Na avaliação dos serviços de prevenção à saúde do homem oferecidos na atenção primária os participantes de ambos os cursos apresentaram, na maior parte das vezes, uma avaliação negativa. A maioria classificou como deficiente/precário (18 – Enfermagem e 26 – Medicina), ressaltando as dificuldades do sistema, a falta de habilidade dos profissionais, e a inexistência de ações voltadas para o público masculino. Alguns classificaram como razoável (08 – Enfermagem e 02 – Medicina) e outros avaliaram positivamente (04 – Enfermagem e 06 – Medicina). Neste último caso, os estudantes apontam a baixa procura dos homens pelo serviço como principal explicação para a baixa oferta, de modo que os serviços, em si, não teriam problemas, conforme se pode observar nas falas abaixo.

*“Na verdade, eu acho que como os homens não procuram não tem demanda, não tem como desenvolver o serviço.”* (Estudante Medicina, 10º período)

*“Classifico de forma positiva, mas a procura é baixa.”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

Couto<sup>28</sup> et al., em interessante estudo etnográfico acerca da relação entre homens e a assistência à saúde na atenção primária, apresentam importantes considerações a esse respeito:

*“Na lógica dos serviços de segmentação da clientela, destaca-se a existência do programa de saúde da mulher, efetivado por diversas atividades, ao passo que nenhum programa ou atividade é voltado para a atenção aos homens, em particular, adultos jovens e em fase reprodutiva (...) As demandas desses homens adultos jovens são atendidas em meio aos diversos programas voltados para outros segmentos da clientela, tais como idosos, hipertensos e/ou diabéticos.”* <sup>28:263</sup>

Os estudantes do curso de Medicina atribuem a menor procura dos homens em relação às mulheres à atenção primária aos seguintes aspectos: menor cuidado masculino com a saúde (12), machismo (12), horário de funcionamento das Unidades (10), falta de informação/conscientização (08), pouca divulgação dos serviços (04), medo de descobrir que está doente (06), falta de tempo por conta do trabalho (06) e falta de programas específicos para os homens (04). Já os estudantes de Enfermagem apontam em primeiro lugar a falta de tempo em virtude do trabalho (16), seguida de falta de informação (12), machismo (08), horário de funcionamento das Unidades (04), menor cuidado masculino com a saúde (02), pouca divulgação dos serviços (02), medo de descobrir que está doente (02) e instinto (02).

Das razões apontadas, as relacionadas ao trabalho, à falta de tempo e ao horário de funcionamento das US são muito expressivas, o que corrobora os resultados de outros estudos.<sup>1,11,30</sup> Outra razão apontada, sobretudo pelos estudantes de Medicina, é o menor cuidado do homem com a saúde, que pode ser entendida associada com outra razão apontada: o machismo. Para os participantes, os homens não procuram o serviço porque acham que não precisam, não podem se dar ao luxo de faltar o trabalho, têm medo de descobrir alguma doença e perceberem que não são invulneráveis, além do fato que os homens só procurarem os serviços de saúde quando já estão doentes (ênfase em práticas curativas), ao contrário das mulheres, que desenvolvem práticas de prevenção e promoção.

Em relação à ênfase na formação na área da saúde à questão da saúde do homem, especialmente em relação à prevenção e promoção, a maioria dos estudantes de Medicina afirmou que não há (22). Os demais (08) enfatizaram que na própria formação tiveram oportunidade de discutir bastante sobre essa questão da saúde do homem, embora

saibam que em outros cursos não funciona da mesma forma. Todos os estudantes de Enfermagem (30) afirmaram que não existe essa ênfase.

*“Não, porque a gente tem uma disciplina que é de ginecologia e obstetrícia, específica da mulher, e não existe, pelo menos na nossa faculdade, não existe uma andrologia, uma coisa desse tipo.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“Acho que muito pouco, é mais puxado para o lado feminino do que masculino, pelo menos aqui na nossa formação (...) Acho que desde a graduação é muito precário.”* (Estudante Medicina, 9º período)

*“Não, a graduação não oferece base sobre o assunto.”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

*“Não, por exemplo, no nosso curso a gente tem uma matéria específica para a saúde da mulher e não para a saúde do homem. Ela é tratada de forma bem simplória junto com a saúde do adulto.”* (Estudante Enfermagem, 8º período)

Todos os participantes (60) acreditam que os profissionais de saúde podem contribuir para maior adesão dos homens à atenção primária, e apontam como caminhos: estabelecimento de contato direto por meio de conversas e visitas domiciliares (24); elaboração de campanhas e palestras voltadas especificamente para os homens (18); maior incentivo a sua participação nas Unidades (12); reconhecimento da interferência de questões socioculturais e da necessidade de preparação para abordagem do público masculino de forma adequada (04), e discussão, desde a graduação, sobre formas de se produzir maior adesão masculina (02). Um participante ressalta como estratégia o atendimento dos homens apenas por profissionais do sexo masculino (02).

Estes resultados levam a pensar que, para que os profissionais possam ser uma influência positiva em relação à participação dos homens na assistência à saúde na atenção primária, primeiramente, precisam aprender a lidar com esse grupo e a vê-lo em suas especificidades, o que corresponde a um grande desafio para os cursos de graduação, que, então, precisam incorporar em suas matrizes curriculares e em seus conteúdos uma perspectiva de que os homens também são sujeitos de cuidados, e abandonar os estereótipos de gênero.

Couto<sup>29</sup> et al. destacam que há uma expectativa entre os profissionais de que *“os homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de forma menos autênticas.”*<sup>29:266</sup> Com base nessa premissa, esses profissionais, em suas ações no cotidiano da assis-

tência, acabam por reforçar o binômio mulher-cuidadora “natural” x homem-não cuidador, e por contribuir para a “invisibilidade” dos homens e de suas questões.<sup>29</sup>

O quase completo desconhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, evidenciado pelos presentes resultados - a maioria dos estudantes diz ter “ouvido falar” sobre a política (40, sendo 18 de Medicina e 22 de Enfermagem), mas pouquíssimos (apenas 04 dos 60) conseguem, de fato, comentar a respeito - já é um indicativo de que essas mudanças nos cursos de graduação se fazem urgentes. Também demonstra que a existência de uma política nacional de atenção à saúde do homem (lançada há quatro anos) não garante que a mesma esteja atingindo os diferentes setores da população, e muito menos promovendo uma compreensão e uma prática orientadas por uma perspectiva de gênero. Nesse sentido, a proposição de ações, segundo Nascimento e Gianórdoli-Nascimento<sup>27</sup> necessita de:

*“um conjunto de estratégias baseadas na especificidade da percepção masculina dos motivos justificáveis para se procurar por um serviço de saúde. Sem essas estratégias, mesmo a proposição de campanhas que possuam como objetivo “conscientizar” os homens sobre os riscos da condição masculina podem não apresentar a eficácia esperada.”*<sup>27:184</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados de forma integrada, pode-se perceber que, para os entrevistados, saúde e masculinidade são elementos ainda entendidos de forma dissociada, e, nesse sentido, práticas de prevenção e autocuidado permanecem, de forma geral, ausentes do cotidiano masculino.

Com isso, evidencia-se a manutenção do modelo hegemônico de masculinidade, que, por sua vez, justifica a falta de cuidado e vergonha em relação ao cuidado com o próprio corpo por parte do homem.<sup>31</sup> Manutenção essa que não se dá apenas pelos homens, mas também pelos profissionais de saúde e pelas próprias políticas de saúde, que, muitas vezes, reforçam diferenças de gênero.

Vários esforços se fazem necessários para a reversão desse quadro, inclusive os próprios participantes apontam alguns caminhos, como educação/orientação em casa e por meio de campanhas. Acredita-se que, para que a mudança ocorra, antes de qualquer coisa, faz-se urgente uma mudança nas mentalidades a respeito do *ser homem* e *ser mulher*, visto que são essas representações sociais, difundidas no imaginário social, que orientam as práticas masculinas

e femininas em relação à saúde.

Só assim, será concretizada a proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem<sup>8</sup> de que os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, ao mesmo tempo, que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados.

## REFERÊNCIAS

1. Schraiber LB, Gomes R, Couto, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):7-17.
2. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50:1385-401.
3. Aquino EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 18-34.
4. Araújo MF. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. *Psicol Clín*. 2005; 17(2): 41-52.
5. Arilha M, Medrado B, Unbehaum SG. Introdução. In: Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ecos; 2001. p.15-28.
6. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*. 1995; 20(2): 71-99.
7. Strey MN. Gênero. In: Strey MN. *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. Petrópolis: Vozes; 1998. p.181-98.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
9. Courtenay WH. College Men's Health: an overview and a call to action. *J Am Coll Health*. 1998; 46(6).
10. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10:105-9.
11. 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).
12. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7:687-707.
13. Toneli MJF, Müller RCF. Zonas de convergência entre saúde e masculinidade: em favor de uma política de desidentificação dos (bio)homens com o sujeito universal. In: Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM; 2011. p.57-78.
14. Silva LF, Alves F. *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Afrontamento; 2003.
15. Connell RW. *Masculinities*. Berkley: University of California Press; 1995.
16. Braz MA. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 97-104.
17. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8: 825-9.
18. Nardi HC. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte LFD, Leal OF. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 95-104.
19. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003.
20. Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes; 1996.
21. Sá CP. *Representações sociais: O conceito e o estado atual da teoria*. In: Spink MJP. *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 19-45.
22. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. *Estudos interdisciplinares em representação social*. Goiânia: AB; 2000. p. 39-46.
23. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCT. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, organizador. *Perspectivas metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB; 2005. p. 573-603.
24. Kronberger N, Wagner W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: Bauer MB, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 416-41.
25. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2000.
26. Martins PO, Trindade ZA, Almeida AMO. O Ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicol Reflex Crít*. 2003; 16(3):555-8.

27. Nascimento ARA, Gianórdoli-Nascimento IF. A utilização dos serviços de saúde pelos homens: frequências e motivos. In: Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR, organizadores. Masculinidades e práticas de saúde. Vitória: GM Editora; 2011. p.171-86.
28. Almeida AMO, Santos MFS, Vasconcellos KM, Coenga-Oliveira D. Concepções masculinas sobre o cuidado com a saúde. In: Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR, organizadores. Masculinidades e práticas de saúde. Vitória: GM; 2011. p.129-47.
29. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface Comunic Saúde Educ. 2010;14(33):257-70.
30. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad Saúde Pública. 2010; 26 (5): 961-70.
31. Santos MFS, Almeida AMO, Maravilha LMM, Oliveira ECO. Cuidar da saúde é coisa de homem? In: Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR, organizadores. Masculinidades e práticas de saúde. Vitória: GM Editora; 2011. p.149-70.

---

Submissão: maio/2012

Aprovação: dezembro/2012

---