

Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014

Perceptions about men's health in a gender relational perspective,
Brazil, 2014

Erly Catarina de Moura ¹
Romeu Gomes ¹
Georgia Martins Carvalho Pereira ¹

Abstract *The goal of this article is to assess the perception of male health from the viewpoint of men and women. The study drew from a random sample of men aged 20 to 59 who were SUS (Unified Healthcare System) users and resided in the capitals of Brazilian states and the Federal District. Participants were interviewed by phone. Sociodemographic variables and variables related to perception of healthcare services, health status and health care were recorded. Logistic regression was used to assess failure to seek service and good and very good self-care. The majority of the study population considers it has no health problem, especially men. The main reason for failure to seek treatment is no access to services, although both men and women claim the healthcare services receive them adequately. Over 40% of men and almost 30% of women self-medicate. Men believe they are taking good care of their health, while women have a different perception of this. Perceptions differ when we take into consideration age, years of schooling, ethnicity and occupation.*

Key words *Men's health, Gender, Interviews, Telephone, Brazil*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar percepções sobre a saúde dos homens nas óticas masculina e feminina. Amostra aleatória de 1.894 homens e 1.991 mulheres entre 20 e 59 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde, residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, foi submetida a entrevista por telefonia móvel. Foram registradas as variáveis sociodemográficas e as relacionadas à percepção do serviço de saúde, situação e cuidado de saúde. Regressão logística foi executada para avaliar a não busca de atendimento e o autocuidado bom e muito bom. A maioria da população avaliada se considera sem problema de saúde, principalmente os homens. A principal causa do não tratamento é a falta de acesso ao atendimento, embora homens e mulheres avaliem que os serviços os recebam adequadamente. A automedicação atinge mais de 40% dos homens e quase 30% das mulheres. Os homens se percebem cuidando bem da sua saúde, ao contrário de como as mulheres os veem, sendo que as percepções se diferenciam ao se levar em conta idade, escolaridade, etnia e situação ocupacional.*

Palavras-chave *Saúde do homem, Gênero, Entrevista, Telefone, Brasil*

¹ Instituto Fernandes
Figueira, Fiocruz. Av. Rui
Barbosa 716, Flamengo.
22250-020 Rio de Janeiro
RJ Brasil. erlycm@usp.br

Introdução

Os primeiros estudos acerca da saúde dos homens surgiram no final dos anos 70 do século passado, nos Estados Unidos. Tais estudos praticamente centravam-se nos riscos para a saúde¹. Nos anos 90 desse mesmo século, o assunto ganhou novas abordagens e, dentre elas, destacou-se a que procura focalizar a saúde e a doença entre segmentos masculinos numa perspectiva relacional de gênero^{2,3}.

No campo da produção do conhecimento sobre a temática em questão, sobressai-se a revisão de McKinlay⁴, realizada na Nova Zelândia. Nesse estudo, as diferenças entre os gêneros – no que se refere à morbidade, mortalidade e expectativa de vida – podem ser explicadas a partir de especificidades biológico-genéticas de homens e mulheres; de diferenças e desigualdades sociais; distintas expectativas sociais de homens e mulheres; de busca e uso de serviços de saúde por parte dos homens; e de cuidados de profissionais de saúde voltados para homens.

No Brasil, em termos de produção bibliográfica sobre o assunto, como marco ressalta-se o número especial do periódico *Ciência & Saúde Coletiva* publicado em 2005. No editorial desse número temático, dentre outros aspectos, assinalava-se a necessidade de se aprofundar as relações entre ideologias hegemônicas de masculinidade e processo saúde-doença, para que a saúde de homens e mulheres fosse promovida⁵.

Outro marco brasileiro importante foi o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde, objetivando promover ações de saúde voltadas para a realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político⁶.

No âmbito da discussão sobre a saúde do homem, há estudos que enfocam a necessidade de tratar o assunto numa perspectiva relacional de gênero^{5,7}. Isso significa que os modelos de gênero se constroem em uma inter-relação, assim o que é visto culturalmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa⁸. O adjetivo “relacional” não se confunde com “complementar”. Tal categoria é instauradora e reprodutora de assimetrias de poder⁷. As percepções sobre a saúde dos homens podem ser vistas como uma síntese da interação entre percepções masculinas e femininas, num contexto de assimetrias.

As percepções acerca da saúde – aqui entendidas como interpretações que os sujeitos fazem sobre a sua própria saúde ou sobre a dos outros – têm sido utilizadas em inquéritos em larga escala.

Elas têm sido entendidas como um importante indicador para, dentre outros aspectos, acessar como os indivíduos percebem seu bem-estar⁹ e compreender a situação de saúde de populações¹⁰. As percepções individuais também têm sido associadas a estudos de autoavaliação da saúde¹¹. Em termos epidemiológicos tais estudos, apesar de possuírem limites, principalmente em termos de mensuração, têm poder preditivo para a mortalidade entre diversos grupos socioeconômicos¹².

A partir dessas considerações iniciais, neste estudo objetiva-se analisar percepções masculinas e femininas sobre a saúde de homens e o acesso desses sujeitos aos serviços de saúde. A análise das diferenças e convergências de percepções de homens e mulheres pode trazer subsídios para uma compreensão ampliada da saúde de homens numa perspectiva relacional de gênero.

Métodos

Estudo transversal foi desenvolvido em 2014 junto a uma amostra aleatória de homens entre 20 e 59 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde, residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevista telefônica.

O tamanho da amostra foi calculado tendo como parâmetro a presença de 45,7% dos pais durante o parto¹³, com erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, o que determinou um total de 3.810 entrevistas para o conjunto das capitais de estados brasileiros e Distrito Federal, que concentram a maioria da população adulta.

Por se tratar de pesquisa telefônica, o termo de consentimento foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados, tendo sido o projeto “Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero”¹⁴ aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro.

Para este estudo foram utilizadas variáveis sociodemográficas e percepção do serviço de saúde, situação e cuidado de saúde.

As variáveis sociodemográficas foram: região de moradia, idade, escolaridade, raça/cor, religião, estado conjugal e inserção no mercado de trabalho. Região foi categorizada em Norte, Nor-

deste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste; a idade em quatro faixas etárias: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos; escolaridade em três faixas: < 9, 9 a 11 e ≥ 12 anos de estudo; raça/cor em branca, parda, preta, amarela e indígena; religião em não e sim. Estado conjugal foi categorizado em união não estável e união estável; inserção no mercado de trabalho em não e sim.

As variáveis de saúde foram: percepção da população priorizada nas unidades básicas de saúde, presença de alguma doença ou problema de saúde, ocorrência e local de tratamento, motivo da não busca de tratamento. As respostas foram abertas e codificadas a posteriori. Avaliou-se também a percepção quanto à forma que os serviços de saúde atendem aos homens e o autocuidado do homem com sua própria saúde, ambas com as seguintes alternativas: muito bem, bem, regular, mal e muito mal.

Explorou-se ainda a associação entre as variáveis sociodemográficas (independentes) e a não busca de atendimento (variável dependente) na presença de algum problema de saúde em homens e mulheres; e entre as variáveis sociodemográficas (independentes) e autocuidado bom e muito bom (variável dependente) na ótica dos homens. Utilizou-se regressão de Poisson para o cálculo das razões de prevalência, brutas e ajustadas.

As estimativas foram calculadas considerando-se o caráter complexo da amostra, utilizando-se dois fatores de ponderação pós-estratificação. O primeiro fator (razão) foi dado pela razão entre a frequência relativa de indivíduos identificada no Censo Demográfico de 2010 e a frequência relativa identificada neste estudo, segundo 24 categorias resultantes da estratificação por sexo (masculino e feminino), faixa etária (20-29, 30-39, 40-49 e 50-69 anos de idade) e nível de escolaridade (< 9, 9-11 e ≥ 12 anos de escolaridade), tendo como finalidade igualar a composição sociodemográfica. O segundo fator (fração amostral) foi a razão entre o total de moradores adultos de cada região e o total neste estudo com a finalidade de corrigir as diferenças entre o contingente populacional de cada região e a população estudada. O fator final de ponderação para a população total foi o resultado da multiplicação destes dois fatores e para cada região apenas a razão. Assim, os dados foram expandidos para representar cerca de 12 milhões de homens e cerca de 14 milhões de mulheres residentes nas localidades avaliadas.

Os dados foram processados no aplicativo *Stata*, levando em conta as especificidades de ho-

mens e mulheres, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95% ($IC_{95\%}$) na comparação entre os sexos, bem como a representatividade de cada entrevistado no conjunto da população adulta avaliada.

Resultados

Foram concluídas 3.885 entrevistas, sendo 1.894 com homens e 1.991 com mulheres, não havendo diferença quanto à maioria das características sociodemográficas avaliadas (Tabela 1). Apenas religião e inserção no mercado de trabalho mostraram-se diferentes: mais mulheres têm religião e mais homens estão inseridos no mercado de trabalho.

De modo geral, tanto homens quanto mulheres consideraram que as atividades e os atendimentos dos serviços básicos de saúde são direcionados a todas as pessoas, independente de sexo, idade, situação social ou de saúde, com maior percentual entre as mulheres (Tabela 2). Entre os homens, 14,1% referiram estar, na ocasião da entrevista, com alguma doença ou problema de saúde, pouco mais da metade do percentual estimado entre as mulheres (25,5%). Destes, a maioria encontrava-se em tratamento, identificando-se a automedicação como o recurso mais usado, principalmente entre os homens (42,1%). Entre as mulheres, os recursos se dividiram igualmente entre os serviços de saúde (serviço privado e unidade básica) e a automedicação. A parcela de homens que referiu não estar em tratamento citou o não acesso ao atendimento e a não importância do problema como motivos para a não busca de atendimento; já as mulheres referiram principalmente a falta de acesso ao atendimento.

A Figura 1 ilustra os problemas de saúde referidos por homens e mulheres. Observa-se que os três principais grupos em ambos os sexos se referiram a doenças do aparelho circulatório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários. Neoplasias e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas foram mais frequentes entre as mulheres.

Quanto à percepção da qualidade do atendimento dos homens pela unidade básica de saúde, a maioria de homens e mulheres referiu que é bom ou regular, com maior percentual de regular para as respostas dos homens (Tabela 2). Quase o dobro mulheres, em relação aos homens, referiu não saber. Questionados sobre como o homem

Tabela 1. Distribuição* (%) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo características sociodemográficas. Brasil, 2014.

Características sociodemográficas		Homens		Mulheres	
		%	IC _{95%}	n	IC _{95%}
Região de moradia	Norte	9,9	(8,8-11,1)	8,3	(7,4-9,3)
	Nordeste	25,1	(22,6-27,6)	22,7	(20,4-25,0)
	Sudeste	48,4	(45,2-51,7)	53,7	(50,7-56,7)
	Sul	7,3	(6,4-8,2)	6,9	(6,1-7,7)
	Centro-Oeste	9,2	(8,1-10,3)	8,4	(7,4-9,3)
Idade (anos)	20 a 29	27,4	(24,5-30,3)	27,0	(24,3-29,8)
	30 a 39	30,1	(27,2-33,0)	28,8	(26,1-31,5)
	40 a 49	24,3	(21,6-27,1)	24,0	(21,4-26,5)
	50 a 59	18,1	(15,5-20,7)	20,2	(17,5-22,9)
Escolaridade (anos)	< 9	39,7	(36,4-43,1)	37,9	(34,6-41,1)
	9 a 11	38,5	(35,5-41,5)	40,5	(37,6-43,5)
	≥ 12	21,7	(19,4-24,1)	21,6	(19,5-23,8)
Raça/cor ^a	Branca	31,9	(29,0-34,8)	34,8	(31,8-37,7)
	Parda	51,6	(48,4-54,8)	47,4	(44,3-50,5)
	Preta	12,8	(10,8-14,9)	14,6	(12,5-16,7)
	Amarela	1,5	(0,8-2,3)	2,1	(1,1-3,1)
	Indígena	2,1	(1,1-3,1)	1,1	(0,4-1,9)
Tem religião ^b	Sim	76,1	(73,3-78,8)	85,7	(83,5-88,0)
	Não	34,8	(31,7-37,8)	39,6	(36,6-42,6)
Estado conjugal estável	Sim	65,2	(62,2-68,3)	60,4	(57,4-63,4)
Ocupação (trabalho/estudo)	Não	12,6	(10,5-14,7)	34,0	(31,0-36,9)
	Sim	87,4	(85,3-89,5)	66,0	(63,1-69,0)
Inserção no mercado de trabalho	Não	10,6	(8,8-12,4)	31,4	(28,5-34,3)
	Sim	89,4	(87,6-91,2)	68,6	(65,7-71,5)

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal. ^asem informação: 4 homens e 1 mulher. ^bsem informação: 4 mulheres.

cuida da sua própria saúde, houve coincidência de resposta na forma regular entre homens e mulheres. Porém, os homens citaram mais do que as mulheres muito bem e bem, e as mulheres mais, do que os homens, mal e muito mal.

A análise por regressão (Tabela 3), ajustada para as variáveis sociodemográficas, mostra que a maior idade é fator de proteção para a busca de atendimento na presença de algum problema de saúde, assim como a maior escolaridade em ambos os sexos. Entre as mulheres, ter religião se configura como fator de risco, isto é a probabilidade de não procura é 20% maior entre aquelas que referiram ter alguma religião. Chama a atenção a proporção de não busca por atendimento em apenas 7,3% das mulheres entre 50 a 59 anos de idade *versus* 40,8% entre as mais jovens, bem como entre aquelas com maior escolaridade (9,2%) *versus* as de menor escolaridade (28,0%);

entre os homens observa-se a mesma tendência para estas variáveis, embora com sobreposição dos intervalos de confiança.

Na perspectiva dos homens (Tabela 4), a autoavaliação sobre seu cuidado com a saúde se associa diretamente com a escolaridade, com o estrato de maior escolaridade apresentando 32% mais chance de considerar o cuidado como bom ou muito bom, comparativamente aos grupos de menor escolaridade. Homens indígenas apresentaram mais de 50% de risco de considerar o cuidado com a saúde de forma regular, ruim ou muito ruim. Na perspectiva das mulheres, a chance de homens se cuidarem de forma boa ou muito boa é menor entre as mulheres de raça/cor amarela e indígena chegando a cerca de 90% quando comparadas com as demais. A inserção delas no mercado de trabalho se associa com a visão mais positiva que têm do autocuidado do

Tabela 2. Distribuição* (% e Intervalo de Confiança de 95%) de homens e mulheres segundo percepção dos serviços de saúde, situação e cuidado de saúde. Brasil, 2014.

		Homens		Mulheres	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Para quem as atividades e os atendimentos da unidade básica de saúde são dirigidos	todos	67,2	(64,2-70,2)	73,3	(70,7-75,9)
	idosos	9,5	(7,5-11,5)	6,2	(4,7-7,6)
	mulheres	4,2	(3,1-5,4)	3,7	(2,7-4,7)
	crianças	5,1	(3,7-6,5)	4,0	(2,8-5,3)
	idosos e crianças	3,3	(2,3-4,4)	3,2	(2,3-4,1)
	mulheres e crianças	1,1	(0,6-1,6)	1,3	(0,7-1,8)
	homens	0,4	(0,1-0,8)	0	
	doentes	2,5	(1,7-3,4)	2,4	(1,6-3,3)
	carentes	0,6	(0,0-1,1)	0,2	(0,0-0,4)
	não sabe	3,7	(2,6-4,9)	2,4	(1,6-3,3)
	ninguém	2,3	(1,5-3,1)	3,3	(2,2-4,3)
Está com algum problema de saúde ou doença	não	85,9	(83,6-88,2)	74,5	(71,7-77,2)
	sim	14,1	(11,8-16,4)	25,5	(22,8-28,3)
Está em tratamento ^a	não	24,0	(16,2-31,8)	20,8	(15,4-26,1)
	sim	76,0	(68,2-83,8)	79,2	(73,9-84,6)
Onde ^a	serviço privado	36,1	(26,3-46,0)	30,4	(24,1-36,6)
	unidade básica	20,4	(12,4-28,5)	40,7	(33,4-48,0)
	hospital publico	0,8	(0-1,7)	0,7	(0-1,5)
	automedicação	42,1	(32,1-52,2)	28,1	(22,3-34,0)
	outros	0,5	(0-1,4)	0,1	(0-0,3)
Por que não está em tratamento ^b	não acesso ao atendimento	49,8	(30,9-68,6)	75,8	(63,5-88,2)
	não importante	37,7	(18,1-57,3)	16,7	(5,3-28,1)
	não acesso ao medicamento	0		1,9	(0-5,0)
	automedicação	3,1	(0-7,5)	3,3	(0-8,0)
	efeito colateral	9,5	(0,8-18,2)	2,3	(0-5,2)
Como os serviços de saúde recebem os homens	muito bem	6,9	(5,1-8,7)	4,0	(2,8-5,2)
	bem	28,9	(26,0-31,8)	31,4	(28,5-34,2)
	regular	37,3	(34,2-40,4)	28,5	(25,7-31,3)
	mal	9,9	(7,9-11,8)	7,7	(6,0-9,4)
	muito mal	10,8	(8,9-12,6)	10,8	(8,9-12,8)
	não sabe	6,3	(4,7-7,8)	17,6	(15,2-20,0)
Como os homens cuidam da sua própria saúde	muito bem	17,3	(14,9-19,7)	1,9	(1,0-2,8)
	bem	38,2	(35,1-41,3)	6,8	(5,2-8,4)
	regular	36,1	(33,0-39,3)	38,7	(35,7-41,7)
	mal	4,8	(3,4-6,2)	25,6	(23,0-28,3)
	muito mal	3,5	(2,3-4,6)	24,0	(21,4-26,5)
	não sabe	0,1	(0,0-0,3)	3,1	(1,9-4,3)

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal. ^a apenas para quem tem problema de saúde. ^b apenas para os que tem problema de saúde e não estão em tratamento.

homem com sua saúde, apresentando 69% mais chance de considerar o autocuidado como bom ou muito bom comparativamente às mulheres não inseridas no mercado de trabalho. Destaca-se que, em quase todas as categorias das mulhe-

res, a prevalência de autocuidado da saúde pelo homem como bom ou muito bom não ultrapassou 10%, ficando sempre abaixo de como os homens se avaliam.

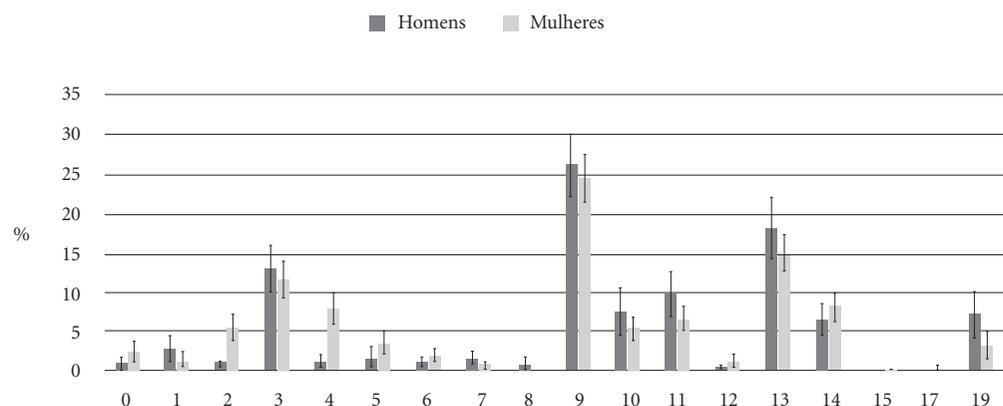


Figura 1. Distribuição* (% e Intervalo de Confiança de 95%) de homens e mulheres segundo Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Brasil, 2014.

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

0 = não sabe; 1 = algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 = neoplasias; 3 = doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; 4 = doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 = transtornos mentais e comportamentais; 6 = doenças do sistema nervoso; 7 = doenças do olho e anexos; 8 = doenças do ouvido e da apófise mastoide; 9 = doenças do aparelho circulatório; 10 = doenças do aparelho respiratório; 11 = doenças do aparelho digestivo; 12 = doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; 13 = doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 = doenças do aparelho geniturinário; 15 = gravidez, parto e puerpério; 17 = malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; 19 = lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Discussão

A validação interna dos resultados pode ser analisada na condução do projeto, desde o treinamento das equipes até a análise estatística dos dados. O plano amostral foi elaborado de modo a incluir todas as localidades e os números de telefone foram sorteados aleatoriamente. A taxa de sucesso foi de 76,2% e os entrevistadores não relataram dificuldades na identificação de pessoas elegíveis.

A validade externa deste estudo se dá principalmente pela comparação da distribuição das categorias das características sociodemográficas da população avaliada, que não difere mais do que 10% dos dados oficiais estimados pelos dados censitários¹⁵. Especificamente quanto às variáveis que diferiram neste estudo entre homens e mulheres, verifica-se que 24% dos homens e 14% das mulheres se identificaram como não tendo religião, cuja razão (1,7) é próxima à observada no censo de 2010 (1,4 na área rural e 1,5 na área urbana), esta pequena diferença pode ser explicada pela população pesquisada, residente nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, onde possivelmente se encontra maior

frequência de pessoas sem religião. No que se refere à inserção no mercado de trabalho, o censo também mostra maior inserção de homens do que de mulheres, numa razão de 1,4, semelhante à encontrada neste estudo (1,3).

Quanto aos demais estudos nacionais, há dificuldade na comparação dos dados por conta das diferenças nos métodos, desde a população de estudo até a análise realizada, mas ainda assim alguma analogia é possível, como segue abaixo.

Estudo desenvolvido no Sul do Brasil¹⁶ mostrou que mulheres com mais de 14 anos de idade têm 3 vezes mais risco de referir algum problema de saúde nos últimos dois meses do que homens na mesma faixa etária. Este dado corrobora os aqui estimados, que indicam quase o dobro de mulheres referindo algum problema de saúde. Todavia, estas afirmações necessitam ser relativizadas, uma vez que a população avaliada tem idade diferente e o período inquerido também é distinto.

Quanto aos problemas de saúde relatados, há coincidência com os dados obtidos em Minas Gerais¹⁷, no qual as doenças do aparelho circulatório aparecem em primeiro plano e as do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em

Tabela 3. Prevalência, razão de prevalência (RP), razão de prevalência ajustada (RPaj) para todas as variáveis e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) da não busca de atendimento na presença de algum problema de saúde em homens e mulheres. Brasil, 2014.

		%	IC _{95%}	RP	IC _{95%}	RPaj	IC _{95%}	p
Homens								
Região de moradia	Norte	33,5	(19,3-47,8)	1		1		0,077
	Nordeste	30,0	(15,6-44,4)	0,97	(0,83-1,13)	0,99	(0,84-1,16)	
	Sudeste	21,1	(8,2-34,0)	0,91	(0,78-1,05)	0,93	(0,79-1,08)	
	Sul	17,9	(7,3-28,6)	0,88	(0,77-1,02)	0,89	(0,75-1,04)	
	Centro-Oeste	22,8	(8,6-36,9)	0,92	(0,79-1,08)	0,89	(0,75-1,06)	
Idade (anos)	20 a 29	40,4	(12,2-68,5)	1		1		0,002
	30 a 39	34,4	(17,0-51,7)	0,96	(0,75-1,21)	0,98	(0,79-1,23)	
	40 a 49	29,7	(13,4-46,0)	0,92	(0,73-1,17)	0,93	(0,75-1,16)	
	50 a 59	11,6	(3,3-20,0)	0,80	(0,64-0,98)	0,78	(0,63-0,96)	
Escolaridade (anos)	< 9	33,4	(19,0-47,9)	1		1		0,003
	9 a 11	17,5	(8,7-26,3)	0,88	(0,77-1,00)	0,82	(0,71-0,94)	
	≥ 12	14,5	(4,2-24,7)	0,86	(0,75-0,99)	0,84	(0,73-0,96)	
Raça/cor	Branca	21,4	(6,6-36,1)	1		1		0,098
	Parda	27,5	(16,0-39,1)	1,05	(0,90-1,22)	1,01	(0,89-1,15)	
	Preta	20,3	(6,7-33,9)	0,99	(0,84-1,17)	0,95	(0,82-1,10)	
	Amarela	-	-	0,82	(0,73-0,93)	0,78	(0,67-0,91)	
	Indígena	-	-	0,82	(0,73-0,93)	0,81	(0,69-0,95)	
Tem religião	Não	23,5	(13,9-33,0)	1		1		0,740
	Sim	25,5	(13,1-37,9)	1,02	(0,85-1,23)	0,97	(0,82-1,14)	
Estado conjugal	Não	27,5	(7,8-47,3)	1		1		0,799
	Estável	Sim	23,4	(15,0-31,8)	1,02	(0,90-1,15)	1,03	
Inserção no mercado de trabalho	Não	33,5	(19,3-47,8)	1		1		0,819
	Sim	30,0	(15,6-44,4)	0,97	(0,82-1,15)	1,03	(0,90-1,17)	
Mulheres								
Região de moradia	Norte	18,1	(10,1-26,0)	1		1		0,188
	Nordeste	33,3	(23,2-43,5)	1,13	(1,02-1,25)	1,09	(0,98-1,21)	
	Sudeste	15,9	(7,0-24,8)	0,98	(0,89-1,09)	0,96	(0,88-1,06)	
	Sul	16,9	(9,0-24,9)	0,99	(0,90-1,09)	0,99	(0,89-1,10)	
	Centro-Oeste	18,8	(9,1-28,6)	1,01	(0,91-1,12)	1,04	(0,93-1,15)	
Idade (anos)	20 a 29	40,8	(22,0-59,7)	1		1		0,000
	30 a 39	20,6	(10,4-30,8)	0,86	(0,73-1,00)	0,88	(0,76-1,02)	
	40 a 49	25,1	(16,5-33,7)	0,89	(0,76-1,03)	0,86	(0,75-0,98)	
	50 a 59	7,3	(2,6-12,0)	0,76	(0,66-0,88)	0,76	(0,66-0,87)	
Escolaridade (anos)	< 9	28,0	(18,8-37,1)	1		1		0,000
	9 a 11	14,9	(8,8-21,0)	0,90	(0,82-0,98)	0,88	(0,82-0,96)	
	≥ 12	9,2	(3,5-14,9)	0,85	(0,78-0,93)	0,85	(0,78-0,92)	
Raça/cor	Branca	16,7	(8,5-24,8)	1		1		0,682
	Parda	21,0	(13,5-28,5)	1,04	(0,94-1,14)	0,99	(0,92-1,08)	
	Preta	27,7	(9,8-45,7)	1,09	(0,94-1,28)	0,95	(0,84-1,08)	
	Amarela	20,1	(0-43,6)	1,03	(0,84-1,27)	0,91	(0,72-1,16)	
	Indígena	57,1	(9,4-100)	1,35	(0,99-1,84)	1,24	(0,97-1,59)	
Tem religião	Não	18,9	(11,7-26,0)	1		1		0,016
	Sim	23,4	(15,4-31,5)	1,20	(1,01-1,42)	1,20	(1,02-1,40)	
Estado conjugal estável	Não	27,2	(16,6-37,8)	1		1		0,067
	Sim	17,4	(11,5-23,3)	1,04	(0,95-1,13)	1,07	(0,99-1,15)	
Inserção no mercado de trabalho	Não	18,1	(10,1-26,0)	1		1		0,076
	Sim	33,3	(23,2-43,5)	0,92	(0,84-1,02)	0,93	(0,86-1,00)	

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Tabela 4. Prevalência, razão de prevalência (RP), razão de prevalência ajustada (RPaj) para todas as variáveis e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) do autocuidado bom e muito bom da saúde na ótica do homem. Brasil, 2014.

		%	IC _{95%}	RP	IC _{95%}	RPaj	IC _{95%}	p
Homens								
Região de moradia	Norte	55,0	(49,5-60,5)					
	Nordeste	48,3	(42,8-53,8)	0,88	(0,75-1,02)	0,88	(0,76-1,02)	0,196
	Sudeste	57,5	(51,8-63,3)	1,05	(0,91-1,20)	1,02	(0,88-1,17)	
	Sul	66,4	(61,2-71,7)	1,21	(1,06-1,37)	1,17	(1,02-1,35)	
	Centro-Oeste	55,7	(50,0-61,4)	1,01	(0,88-1,17)	0,95	(0,82-1,10)	
Idade (anos)	20 a 29	57,5	(51,1-63,8)					
	30 a 39	48,4	(42,8-54,0)	0,84	(0,72-0,99)	0,84	(0,71-0,99)	
	40 a 49	55,4	(49,1-61,7)	0,96	(0,82-1,13)	0,97	(0,82-1,15)	
	50 a 59	64,2	(56,6-71,8)	1,12	(0,95-1,31)	1,12	(0,94-1,33)	
Escolaridade (anos)	< 9	49,3	(43,2-55,3)					0,001
	9 a 11	55,3	(50,8-59,8)	1,12	(0,97-1,30)	1,12	(0,97-1,30)	
	≥ 12	67,0	(61,6-72,5)	1,36	(1,17-1,58)	1,32	(1,14-1,54)	
Raça/cor ^a	Branca	59,8	(54,5-65,1)					0,047
	Parda	54,7	(50,1-59,4)	0,92	(0,81-1,04)	1,00	(0,88-1,14)	
	Preta	53,2	(44,7-61,8)	0,89	(0,74-1,07)	0,97	(0,80-1,17)	
	Amarela	48,2	(23,8-72,5)	0,81	(0,48-1,35)	0,84	(0,51-1,38)	
	Indígena	25,9	(9,4-42,3)	0,43	(0,23-0,82)	0,52	(0,28-0,97)	
Tem religião ^b	Não	55,3	(51,6-59,0)					0,709
	Sim	55,8	(49,3-62,3)	1,01	(0,88-1,15)	1,02	(0,90-1,17)	
Estado conjugal estável	Não	54,0	(50,0-58,1)					0,100
	Sim	58,2	(52,9-63,4)	1,08	(0,96-1,21)	1,09	(0,96-1,23)	
Inserção no mercado de trabalho	Não	52,3	(43,4-61,2)					0,645
	Sim	55,8	(52,4-59,3)	1,07	(0,89-1,28)	1,04	(0,87-1,25)	
Mulheres								
Região de moradia	Norte	8,7	(5,6-11,8)					0,388
	Nordeste	7,2	(4,4-10,1)	0,83	(0,49-1,42)	0,85	(0,50-1,44)	
	Sudeste	9,6	(6,6-12,6)	1,10	(0,68-1,78)	1,00	(0,61-1,64)	
	Sul	8,8	(5,8-11,8)	1,01	(0,62-1,66)	0,83	(0,47-1,46)	
	Centro-Oeste	6,5	(3,8-9,1)	0,74	(0,43-1,28)	0,72	(0,41-1,27)	
Idade (anos)	20 a 29	8,5	(5,4-11,7)					0,733
	30 a 39	9,0	(5,6-12,4)	1,06	(0,62-1,79)	0,95	(0,57-1,59)	
	40 a 49	7,9	(4,5-11,3)	0,93	(0,52-1,64)	0,86	(0,49-1,49)	
	50 a 59	9,2	(4,7-13,7)	1,08	(0,58-1,99)	0,91	(0,47-1,77)	
	Escolaridade (anos)	< 9	9,8	(6,2-13,5)				
	9 a 11	8,1	(5,7-10,6)	0,83	(0,51-1,33)	0,75	(0,48-1,19)	
	≥ 12	7,6	(4,9-10,2)	0,77	(0,46-1,28)	0,64	(0,37-1,11)	
Raça/cor ^a	Branca	10,5	(7,1-14,0)					0,006
	Parda	8,6	(6,0-11,2)	0,82	(0,52-1,27)	0,78	(0,47-1,28)	
	Preta	6,1	(2,7-9,4)	0,58	(0,30-1,10)	0,54	(0,27-1,05)	
	Amarela	0,9	(0,-2,8)	0,09	(0,01-0,67)	0,08	(0,01-0,66)	
	Indígena	1,0	(0-3,0)	0,09	(0,01-0,75)	0,09	(0,01-0,76)	
Tem religião ^b	Não	8,7	(6,8-10,6)					0,769
	Sim	8,7	(3,6-13,9)	1,01	(0,54-1,89)	1,10	(0,56-2,15)	
Estado conjugal estável	Não	8,8	(6,5-11,1)					0,939
	Sim	8,5	(5,7-11,3)	0,96	(0,63-1,47)	0,99	(0,65-1,51)	
Inserção no mercado de trabalho	Não	6,3	(3,6-8,9)					0,038
	Sim	9,8	(7,5-12,0)	1,56	(0,96-2,53)	1,69	(1,03-2,79)	

^a sem informação: 4 homens e 1 mulher. ^b sem informação: 4 mulheres

segundo, mas não coincide na terceira causa. Aqui encontraram-se doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários como a terceira causa, enquanto que em Minas Gerais se identificou doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas para os homens e do sistema respiratório para as mulheres. Estas diferenças podem ser explicadas pela diferença etária, regional e, principalmente, pela população estudada, que em Minas Gerais se restringiu a trabalhadores da saúde.

O estudo do Sul¹⁶ também apontou maior risco (1,78) de percepção do estado de saúde como ruim entre as mulheres. Embora neste estudo não tivesse este questionamento, é possível traçar um paralelo com as respostas referentes ao cuidado da própria saúde do homem, na qual a maioria se avaliou como bem ou muito bem e as mulheres os avaliaram de regular para muito mal. Esta percepção pode explicar porque os homens referem menos problemas de saúde e, conseqüentemente, a baixa procura por serviços de saúde, o que se potencializa com a forma regular, segundo sua ótica, com que são atendidos nas unidades de saúde. Entretanto, vários estudos têm apontado que os homens se sujeitam mais a comportamentos de risco do que as mulheres, além de apresentarem piores indicadores bioquímicos^{18,19}.

Revisão sistemática estima em 35% a prevalência de automedicação na população adulta brasileira²⁰, sem especificar o sexo, mas corroborando os dados deste estudo, que estimou em mais de 40% o percentual de homens em automedicação e em mais de 30% o percentual de mulheres. Destaca-se aqui, que embora o percentual seja alto, estas pessoas se consideraram em tratamento do problema de saúde existente. É pequeno o percentual de automedicação (cerca de 3%) entre aqueles que citaram esta prática como não tratamento e motivo de não procura por atendimento em saúde.

É histórico, na literatura nacional²¹⁻²⁵, a baixa procura de serviços de saúde pelos homens comparativamente às mulheres. Como motivo de não procura por serviço de saúde, apesar de apresentar algum problema, os homens citaram o não acesso ao atendimento e a não importância do problema como motivos principais e as mulheres a falta de acesso ao atendimento. Já na população geral, em 2008²⁶, o principal motivo foi a falta de recursos para pagamento, seguido de difícil acesso e atendimento demorado. Estes dados ques-

tionam o papel do SUS, na medida em que grande parcela (20,5%) da população amostrada em 2008 considerou o serviço privado como o local de busca de atendimento. Difere deste estudo, na medida em que um dos critérios de seleção foi o uso dos serviços básicos de saúde do SUS, tendo sido apontada a universalidade como uma das características dos serviços.

Como já apontado, há três décadas, por Aquino et al.²⁷, os homens continuam apresentando as mesmas características de saúde, demonstrando que, apesar do SUS, poucos avanços foram observados neste período no que se refere à saúde dos homens e à ampliação do atendimento para esta população. A situação se agrava ainda mais ao se constatar que a automedicação é uma prática comum, que pode ser vista como indicadora do não acesso aos serviços básicos de saúde.

Em geral, os dados da pesquisa servem para fundamentar discussões acerca de modelos culturais de gênero no campo da saúde. Esses modelos podem influenciar as percepções de homens e mulheres sobre a saúde e a procura de serviços de saúde. Nesse sentido, talvez por serem comuns, as associações ser homem/ser forte e ser mulher/ser frágil podem ter influenciado os nossos sujeitos do sexo masculino a se perceberem como mais saudáveis do que as mulheres. O mesmo argumento pode se aplicar em relação à busca por cuidados em serviços de saúde.

Nossos dados também reforçam a necessidade de, para além dos modelos culturais de gênero, levar em conta outros aspectos, como idade, nível escolar e situação socioeconômica. As influências desses modelos podem assumir tons diferenciados quando são levados em conta também tais aspectos. Outro aspecto que deve ser mais investigado é a relação entre gênero e etnia, uma vez que as percepções dos homens indígenas entrevistados configuram-se com especificidades distintas, assim como as das mulheres indígenas e amarelas.

O assunto, em geral, deve ser mais investigado porque ainda são escassos os estudos populacionais brasileiros que investigam as diferenças de percepções entre homens e mulheres sobre a saúde.

Por último, destacam-se como limites deste estudo a não existência de um padrão ouro para avaliação de percepções sobre a saúde, o pequeno tamanho da amostra e a conseqüente não possibilidade de maiores estratificações.

Colaboradores

EC Moura participou na concepção, projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e responsabilidade por todos os aspectos do traba-

lho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. R Gomes participou na interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final. GMC Pereira participou na revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final.

Referências

1. Courtenay WH, Keeling R. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. *J Am Coll Health* 2000; 48(6):243-246.
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(10):1385-1401.
3. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):7-17.
4. Mckinlay E. *Men and health: a literature review*. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences; 2005.
5. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT. O homem como foco da saúde pública. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):4.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde de homens: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2009.
7. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2569-2578.
8. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
9. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl. 1):S54-64.
10. Traebert J, Bortoluzzi MC, Kehrig RT. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):789-793.
11. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnei K, Oliveira MC, Arruda MP, Peres KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5):901-911.
12. Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for "true" health? *Int J Epidemiol* 2007; 36(6):1161-1164.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório da pesquisa de satisfação dos usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde mediante inquérito amostral*. Brasília: MS; 2012.
14. Gomes R. *Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
16. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):341-346.
17. Pereira IVS, Rocha MJL, Silva VM, Caldeira A.P. Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):461-468.
18. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):35-46.
19. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassub MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo *Rev Saude Publica* 2005; 39(5):738-745.
20. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Sá PTT, Silva MT, Pereira MG. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* 2015; 49:36.
21. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. *São Paulo em perspectiva* 2008; 22(2):19-29.
22. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica* 2008; 40(3):436-443.
23. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2008; 42(Supl. 2):51-59.
24. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):595-603.
25. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5/6):365-373.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de amostra domiciliar: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
27. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev Saude Publica* 1992; 26(3):195-202.

Artigo apresentado em 14/09/2015

Aprovado em 22/10/2015

Versão final apresentada em 24/10/2015