

• **O perfil de saúde de homens jovens universitários**

*The health profile of young male university students*

*El perfil de salud de hombres jóvenes universitarios*

Railda Sabino Fernandes Alves<sup>1</sup>

Adriano Araújo Freire<sup>2</sup>

Janilson Mendes de Oliveira<sup>3</sup>

Deize Lima Gonçalves<sup>4</sup>

Thiago Silva Fernandes<sup>5</sup>

*Universidade Estadual da Paraíba*

**Resumo:** Estudos de gênero mostram que os homens utilizam padrões de comportamentos historicamente construídos para expressar a masculinidade dominante quanto à saúde. Que ideias hegemônicas de ser forte, invencível, e que a doença não os afeta, põem em risco a sua saúde. Na interface com os estudos de gênero, este estudo objetivou conhecer o perfil de saúde do homem jovem universitário da área de saúde. A metodologia foi quantitativa. Os resultados mostraram que o perfil de saúde dos homens foi construído a partir de três eixos: 1. o perfil sócio demográfico que indica uma amostra composta por 200 estudantes, de Universidades públicas da Paraíba; 2. o perfil de saúde que comprova baixa adesão ao fumo (91%), alto consumo de álcool (65,5%), alimentação variada (44%), e prática de exercícios físicos (82%) incorporada à rotina diária. Os jovens se auto identificaram como saudáveis e suas doenças mais comuns são as viroses. A ida ao médico (89%) foi para especialistas e não houve relato sobre práticas de prevenção de doenças; 3. o perfil de promoção da saúde foi traçado a partir de respostas hipotéticas que não refletem as práticas de saúde efetivamente realizadas. A promoção da saúde foi atribuída à alimentação saudável, à prática de exercícios físicos diários, à ida ao médico, a não fumar e nem beber. Tais respostas são contraditórias já que a manutenção de hábitos saudáveis não faz parte da vivência da maioria dos entrevistados. Uma mudança paradigmática da compreensão masculina em relação a seus cuidados com a saúde passa pela tomada de consciência dessas contradições entre conhecimento e prática e, nesse sentido, pesquisas que investiguem os homens, enquanto sujeitos de sua saúde, parecem contribuir para a aproximação das idiosincrasias desse universo.

**Palavras-chave:** saúde do homem, gênero masculino, práticas de saúde.

**Abstract:** *Gender studies show that men use behavior patterns historically constructed to express masculinity as being dominant in health. They believe in hegemonic ideas that*

<sup>1</sup> Professora do Departamento de Psicologia e do mestrado em Psicologia da Saúde - Universidade Estadual da Paraíba. Rua Rodrigues Alves, 350, apto.303. Prata. Campina Grande, PB. Brasil. Tel: 55 83 987141430 (railda@uepb.edu.br; raildafernandesalves@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduando do curso de Psicologia - Universidade Estadual da Paraíba. Rua Luiz Malheiros, Nº 283, Bodocongó, Campina Grande, PB. Tel: 55 83 996071849 (adfreire\_2006@hotmail.com)

<sup>3</sup> Graduando do curso de Psicologia - Universidade Estadual da Paraíba. Av. Baraúnas, 381. Campus Universitário. Campina Grande, PB. Tel: 55 83 991529264 (janilsonmo@hotmail.com)

<sup>4</sup> Psicóloga do CRAS – Prefeitura Municipal de Nova Floresta. Rua Siqueira Campos, 687, ap.202, bairro Prata. Campina Grande, PB. Tel: 55 83 996533113 (deizidlima@gmail.com)

<sup>5</sup> Psicólogo do CRAS - Rua José Rodrigues Coura, 86, Centro - São Sebastião de Lagoa de Roça, PB. Tel: 55 83 996149808 (thiagofernandes\_g12@hotmail.com)

*they are strong, invincible, and that disease does not affect them. With that, they jeopardize their health. In interface with gender studies, this study had as its objective to know the health profile of young male university students majoring in health science courses. The methodology was quantitative and qualitative. The results showed that the male health profile was constructed based on three axes: 1. the social demographic profile that indicates a sample composed of 200 students from public universities in Paraíba; 2. the health profile that proves low compliance with smoking (91%), high alcohol consumption (65.5%), varied diet (44%), and physical exercise (82%) incorporated into the daily routine. The young men identified themselves as healthy and their most common diseases as being viruses. Visits to the doctor (89%) were to specialists and there was no report of disease prevention practices; 3. the profile of health promotion was traced from hypothetical answers that do not reflect the health practices actually performed. Health promotion was attributed to healthy eating, the practice of daily exercise, trips to the doctor, and not smoking or drinking. These answers are contradictory since maintaining healthy habits is not part of the lives of the majority of the interviewees. A paradigmatic change of male comprehension regarding their health care goes through the awareness of these contradictions between knowledge and practice and, accordingly, research investigating men as subjects of their health appears to contribute to the approximation of the idiosyncrasies of this universe.*

**Keywords:** *men's health, male gender, health practices.*

**Resumen:** *Estudios de género muestran que los hombres utilizan patrones de comportamientos históricamente contruidos para expresar la masculinidad dominante en cuanto a la salud. Que ideas hegemónicas de ser fuerte, invencible, y que la enfermedad no les afecta, ponen en riesgo su salud. En la interfaz con los estudios de género, este estudio tiene como objetivo conocer el perfil de salud del hombre joven universitario. La metodología fue cuantitativa. Los resultados muestran que el perfil de salud de los hombres fue construido a partir de tres ejes: 1. el perfil socio demográfico que indica una muestra compuesta por 200 estudiantes, de Universidades públicas de Paraíba; 2. el perfil de salud que se comprueba bajo consumo de tabaco (91%) alto consumo de alcohol (65,5%), alimentación variada (44%), y práctica de ejercicios físicos (82%) incorporada a la rutina diaria. Los jóvenes se auto identificaron como saludables y sus dolencias más comunes fueron las viriasis. La visita al médico (89%) fue con especialistas y no hubo relato sobre prácticas de prevención de enfermedades; 3. El perfil de promoción de salud fue diseñado a partir de respuestas hipotéticas que no reflejan las prácticas de salud efectivamente realizadas. La promoción de salud fue atribuida a la alimentación saludable, la práctica de ejercicios físicos diarios, la visita al médico, y no fumar ni beber. Tales respuestas son contradictorias ya que el mantenimiento de hábitos saludables no forma parte de la vivencia de la mayoría de los entrevistados. Un cambio paradigmático en la comprensión masculina respecto a sus cuidados de salud pasa por la toma de conciencia de esas contradicciones entre conocimiento y práctica y, en ese sentido, investigaciones que indaguen los hombres, como sujetos de su salud, parecen contribuir para una aproximación de las idiosincrasias de ese universo.*

**Palabras-clave:** *salud del hombre, género masculino, prácticas de salud.*

## **Introdução**

A saúde do homem entrou oficialmente para a agenda de saúde do SUS no ano de 2008, a partir do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2008). Antes disso, apesar de que os dados epidemiológicos de morbimortalidade comprovassem que os homens fossem mais vulneráveis a condições severas e crônicas de saúde e também morressem mais cedo do que as mulheres (Courtenay, 2000; Laurenti, Mello-Jorge & Gotlieb 2005), não existiam políticas de saúde específicas para eles. Tal política destaca entre os principais objetivos a promoção de ações voltadas à saúde do homem, além de identificar os fatores e causas do adoecimento que acometem a população masculina (Ministério da Saúde, 2008; Cavalcanti, 2008).

De acordo com esse documento a não adesão dos homens às medidas de prevenção e atenção básica, resulta dos estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, que considera a doença como sinal de fragilidade não pertencente ao homem. A questão do horário de funcionamento dos serviços de saúde, que coincide com o horário de trabalho, também é apontada como um dos motivos para a não procura do atendimento (Brasil, 2008).

A procura dos homens aos serviços de promoção a saúde e prevenção de doenças é menor quando comparada à procura das mulheres. Assim, os homens quando doentes procuram o serviço de atenção especializada (ambulatorial ou hospitalar de média e alta complexidade), o que provoca o aumento dos custos destinados ao tratamento e agravos à saúde, que poderiam ser evitados, por medidas de prevenção primária (Brasil, 2008).

De acordo com Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005), as estatísticas da maioria das causas de mortes são lideradas pelos homens. Fato que tem sido naturalizado sem muita discussão porque ao longo da história o homem esteve mais exposto a fatores de riscos, como no trabalho ou no trânsito. Esse índice de mortalidade masculina é justificado segundo Kimmel (1992), quando diz que a masculinidade hegemônica (ideal cultural de masculinidade, colocando-a como uma posição superior) gera comportamentos danosos à saúde, fazendo não só emergir, como aumentar os fatores de risco importantes para o adoecimento.

Os estudos de gênero constataam que os homens utilizam padrões de comportamentos historicamente construídos para expressar a masculinidade dominante, principalmente no que se refere ao campo da saúde (Gomes & Nascimento, 2006). Medrado e Noca (2010) afirmam que gênero é um fator constituinte nas relações, trazendo implicações para todas as esferas da vida e da atividade humana, desde a inserção social e econômica até a experiência do sofrimento físico e mental. E ainda na forma de adoecer e de conviver com a doença, de perceber os sintomas, de avaliar a gravidade da doença e aceder os serviços de saúde.

De acordo com Pinheiro e Couto (2008), a perspectiva de gênero nesses estudos sobre mortes e saúde do homem traz importantes ressignificações sobre o processo do adoecimento e seus riscos, à medida que identifica que tais agravamentos passam a ser compreendidos como produto do comportamento masculino no ambiente social. Ou seja, não são produzidos por demandas naturais.

Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres. Historicamente, o homem quando criança já começa a receber “rótulos” masculinos determinados socialmente, como por exemplo, o enxoval azul. Quando criança, o homem aprende que meninos não choram, meninos brincam de carrinho e meninas de boneca. Assim, conforme vai crescendo, o homem vai aprendendo que é mais forte que a mulher, ou que precisa ser; que a mulher deve ser protegida por ele, e tudo isso vem trazendo uma série de associações (Araujo, 2000).

Com base nas diferenças culturais, Sabo (2000) aponta o final da década de 1970 como início das produções acadêmicas sobre a qualidade da saúde do homem, no contexto dos Estados Unidos. Os estudos organizam-se em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produz déficit de saúde. Na década de 1980, tal abordagem ganha consistência, dada a expansão da perspectiva de gênero em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica nos EUA (Couterney, 2000). Nos anos 1990, consolidam-se as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde. Tais noções articulam-se às de raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de que fossem compreendidos os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens (Schraiber; Gomes & Couto, 2005).

Considerada como um sinal de fragilidade, a doença não é reconhecida pelos homens como inerentes à sua própria condição biológica (Ministério da Saúde, 2008). O homem julga-se invulnerável e imbatível, o que acaba contribuindo para um menor cuidado com a saúde e uma maior exposição às situações de risco.

Esse imaginário favorece a invisibilidade dos homens já que para os profissionais de saúde não existe uma expectativa de que eles se cuidem e cuidem de outras pessoas. O não reconhecimento dos homens como potenciais sujeitos de cuidado faz com que os estímulos às práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças sejam poucos ou ineficazes. Nesse sentido, a saúde do homem deve ser destacada não só para se discutir o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para enfatizar aspectos culturais que podem comprometer a saúde dos segmentos masculinos.

Este estudo teve como objetivos conhecer o perfil de saúde de homens jovens, estudantes universitários da área de saúde das duas Universidades

públicas da cidade de Campina Grande-PB, e analisar aspectos psicossociais que interferem no cuidado da saúde do homem.

### **Método**

O estudo foi de caráter transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa (Minayo & Sanches, 1993). Tal abordagem possibilita “ir além do julgamento da aparência do fenômeno avaliado e permite aprofundar a compreensão sobre o que se avalia” (Tanaka & Melo, 2004, p. 129).

Os campos de investigação foram o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB; o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HU), da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Para esta pesquisa consideramos uma amostra aleatória simples de N=200 estudantes universitários de um universo de N=1.906 indivíduos, para a qual admitimos uma confiança de 95% com um erro amostral de 6,5%.

Foram incluídos os estudantes que aceitaram participar da pesquisa e que estavam na faixa etária entre 18 e 25 anos. A escolha desta faixa etária se justifica por se tratar da média de idade em que se ingressa e permanece na Universidade. O instrumento de coleta de dados foi um questionário misto com questões abertas e fechadas para traçar o perfil sócio demográfico e recolher informações relativas ao perfil de saúde dos jovens. Os critérios de exclusão foram não aceitar participar, estar fora do intervalo de idades e não ser estudante da área de saúde.

Os dados coletados foram tratados pela estatística descritiva e as questões abertas foram analisadas pela análise da enunciação. “A análise da enunciação tem duas grandes características que a diferenciam de outras técnicas de análise de conteúdo. Apóia-se numa concepção da comunicação como processo e não como dado. Funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais” (Bardin, 1977).

A orientação ética da pesquisa foi regulada pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Tendo recebido aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, processo CEP-UEPB: Nº 0298.0.133.000-12.

### **Resultados e discussões**

#### **Perfil sócio-demográfico da amostra**

A amostra foi composta por 200 estudantes dos cursos de Psicologia (N=43, 21,5%), Farmácia (N=15, 7,5%), Fisioterapia (N=11, 5,5%), Enfermagem (N=17, 8,5%), Odontologia (N=16, 8%), Medicina (N=64, 32%), Biologia (N=24, 12%), e Educação Física (N=10, 5%). O critério de paridade entre as instituições

foi observado para composição da amostra: 100 sujeitos (50%) foram pesquisados em cada universidade.

O intervalo de idade estabelecido de 18 a 25 anos se justifica por ser a faixa de idade de ingresso dos estudantes na universidade. A tabela 1 mostra uma média de idade de 21,7 anos e o desvio padrão 2.209.

No tocante à naturalidade verificou-se que 87% da amostra pertencem a três estados do Nordeste: 67% (N=134) são do Estado da Paraíba; 12% (N=24) do Rio Grande do Norte; e 8% (N=16) do Estado de Pernambuco. O restante da amostra é natural de outros estados do Nordeste (Ceará 4%, Bahia 2%, Alagoas 1%, Sergipe 0,5% e Maranhão 0,5%), Sudeste (São Paulo 2,5%), Norte (Pará 1% e Rondônia 0,5%) e Centro-Oeste do Brasil (Distrito Federal 0,5%), além de um jovem natural do Paraguai (0,5%). Indicando a vocação da cidade de Campina Grande, para abrigar e formar pessoas oriundas de muitos estados brasileiros.

A tabela 1 indica que na variável ocupação e escolaridade 87,5% (N=175) da amostra têm o tempo totalmente dedicado às atividades acadêmicas, enquanto que 12,5% (N=25) estudam e trabalham. Verificou-se que 95% (N=190) encontram-se fazendo sua primeira graduação, enquanto que 5% (N=10) estão realizando uma segunda graduação.

Em relação à escolha do curso observou-se que a realização pessoal foi o principal motivo para a escolha (74%, N=148), enquanto que a influência familiar corresponde a 9% (N=18) dos respondentes. Os outros motivos citados foram: amplas possibilidades salariais (3%), facilidade de emprego após a conclusão (2,5%), já trabalhava na área do curso (1,5%), baixa concorrência no vestibular (1%). Alguns estudantes não especificaram o motivo para a escolha do curso (9%).

A tabela 2 mostra que somente 4% (N=8) declararam ter filhos. Dos 8 jovens que possuem filhos 4 deles (50%) tem um filho, 1 possui dois filhos (12,5%) e 3 (37,5%) não informaram a quantidade de filhos.

**Tabela 1 - Ocupação e escolaridade**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Ocupação</b>		
Estudante	175	87,5
Estuda /trabalha	25	12,5
<b>Escolaridade</b>		
Superior incompleto	190	95,0
Superior completo realizando uma segunda formação	8	4,0
Pós-graduado realizando uma segunda formação	2	1,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*

No que se refere à renda familiar destaca-se a predominância de três a quatro salários mínimos para 40% (N=80) dos estudantes. Declararam renda acima de cinco salários 36% dos estudantes (N=72), entre um e dois salários mínimos 19,5% (N=39) e com renda de até um salário mínimo 4,5% (N=9) dos estudantes.

Segundo Dessen (2012), o IBGE classifica as classes sociais em A, B, C, D e E de acordo com a quantidade de salários mínimos recebidos. Estando, portanto, situado na classe E as pessoas com renda de até 2 salários mínimos. No caso, 24% da amostra pertencem a essa classe, juntando-se os estudantes que declararam renda familiar de até um salário mínimo (4,5%) e renda entre um e dois salários (19,5%). Na classe D, se situam as pessoas com renda entre 2 e 4 salários mínimos (40%), ou seja, a maioria dos participantes. Já os que sinalizaram renda acima de 5 salários totalizaram 36%. Como estes não especificaram a quantidade de salários, não foi possível identificar suas classes sociais. No entanto, é possível inferir que vivam em condições economicamente mais favoráveis que os demais, situando-se entre as classes A, B ou C.

**Tabela 2 - Filhos, renda, com quem vive e estado civil**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Filhos</b>		
Sim	8	4,0
Não	191	95,5
Não respondeu	1	0,5
<b>Renda familiar aproximada</b>		
Até um salário mínimo	9	4,5
Entre um e dois salários mínimos	39	19,5
Entre três e quatro salários mínimos	80	40,0
Acima de cinco salários mínimos	72	36,0
<b>Com quem vive</b>		
Sozinho	34	17,0
Com a família	118	59,0
Com uma/um companheira (o)	2	1,0
Divide apartamento (casa, etc.) com colegas	44	22,0
Outros	2	1,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	118	59,0
Solteiro em um relacionamento	76	38,0
Casado	6	3,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à moradia, 34 (17%) jovens vivem sozinhos e 44 (22%) dividem apartamento ou casa com colegas e/ou amigos. Com a família vivem 118 (59%) jovens. Em relação ao estado civil, 59% (N=118) dos jovens declararam ser solteiros, 38% (N=76) afirmaram ter algum relacionamento e somente 3% (N=6) dos estudantes declararam estar casados. A maioria dos estudantes são solteiros.

A tabela 3 mostra que 157 jovens (78,5%) se declararam pessoas de fé, enquanto 42 (21%) não se consideram pessoas de fé. Esse dado evidenciou que os jovens entendem a fé como a crença em um ser superior, sem, entretanto, estabelecer uma relação direta com uma religião específica.

Em relação à religiosidade a grande maioria se declarou seguidor de uma determinada religião (N=149), o que corresponde a 74,5% da amostra. Outros 48 (24%) disseram não possuir nenhuma religião e apenas 3 pessoas (1,5%) não responderam.

**Tabela 3 - Religião e fé**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Fé</b>		
Sim	157	78,5
Não	42	21,0
Não respondeu	1	0,5
<b>Religião</b>		
Sim	149	74,5
Não	48	24,0
Não respondeu	3	1,5
<b>Qual Religião</b>		
Adventista do sétimo dia	2	1,0
Agnóstico	1	0,5
Católico	101	50,5
Cristão	6	3,0
Deísta	1	0,5
Espírita	9	4,5
Espiritualista	1	0,5
Evangélico	26	13,0
Mórmon	1	0,5
Testemunha de Jeová	1	0,5
Sem religião	48	24,0
Não respondeu	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*



A religião católica concentrou a maioria dos interlocutores 101 (50,5%), seguida por 13% de evangélicos (N=26). Foi interessante notar que aparece um novo grupo que se declara cristão, deísta e espiritualista, termos que não representam nenhuma religião (N=8,4%). De acordo com Novaes (2004) isso se explica devido ao surgimento do “ser religioso sem religião”, e significa, sobretudo, certo consumo de bens religiosos sem as clássicas mediações institucionais ou como uma alternativa de vida e de expressão cultural.

### **Perfil de saúde**

A tabela 4 mostra que 18 jovens (9%) afirmaram que fumam e 182 (91%) afirmaram não fumar. Dentre os jovens que fumam 1,5% da amostra declararam fumar ocasionalmente e 1% declarou fumar de 5 a 10 cigarros por dia. Outras respostas contemplam 1 a 3 cigarros por semana e 3 a 5 cigarros por dia, o que demonstra uma frequência de fumo relativamente pequena.

Paduani, Barbosa, Morais, Pereira, Almeida, Prado, Almeida e Ribeiro (2008) comprovaram um baixo índice de fumantes em uma pesquisa realizada com estudantes na Universidade Federal de Uberlândia. Segundo esses autores, as campanhas antitabagistas podem justificar tais resultados. Entretanto, numa correlação entre o consumo de tabaco e o de bebidas alcoólicas, observa-se que dos 18 jovens que fumam 6, também bebem. A esse respeito Pelucchi, Vecchia, Bosetti, Garavello e Gallus (2006) afirmaram que, o consumo do álcool associado ao do tabaco multiplica o risco de câncer oral, de laringe e de esôfago.

No que se refere à frequência do consumo de bebidas alcoólicas, 69 jovens (34,5%) declararam não consumi-las. Os outros 131 jovens evidenciaram o consumo, sendo que 41 deles (31,3%) consomem raramente, 55 (42%) consomem apenas nos eventos sociais e 35 (26,7%) ingerem bebidas alcoólicas nos finais de semana e nos eventos sociais. A soma dos percentuais dos homens

**Tabela 4 - Hábito de fumar e consumo de bebidas alcoólicas**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Hábito de fumar</b>		
Sim	18	9,0
Não	182	91,0
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>		
Não consome	69	34,5
Consome raramente	41	20,5
Apenas nos eventos sociais	55	27,5
Normalmente nos fins de semana e nos eventos sociais	35	17,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*

que ingerem bebidas alcoólicas é superior aos que não bebem, confirmando um alto consumo de álcool pelos estudantes. Resultado confirmado por Chiapetti e Serbena (2007).

A bebida declarada como preferida pelos jovens foi cerveja com mais de 50% de aprovação. Essa constatação corrobora os dados de Pedrosa, Oliveira, Passos e Camacho (2011), numa pesquisa realizada na Universidade Estadual de Alagoas. Ainda que com menor expressão em relação ao consumo foram citados vinho, vodca e uísque, cada uma com mais de 10% de aprovação. E em menores porcentagens foram citadas: cachaça, tequila e rum.

A tabela 5 demonstra os resultados sobre alimentação e exercícios físicos. As análises dos dados revelam que 88 (44,0%) entrevistados descreveram sua própria alimentação como variada. Enquanto que 55 (27,5%) afirmaram que sua alimentação é balanceada e 57 (28,5%) consideram sua alimentação como moderada.

O uso dos termos alimentação variada, balanceada e moderada, foram retirados do documento sobre a Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (2003). Na descrição dos tipos de alimentos, Goulart (2006) afirma que a alimentação 'variada' refere-se a todos os tipos de alimentação podendo haver referência de alimentos do grupo de cereais, raízes e tubérculos, não havendo um equilíbrio nem uma grande preocupação com seu teor de benefícios ou malefícios à saúde. Já o termo 'balanceada' refere-se ao equilíbrio entre as quantidades dos diferentes grupos de alimentos que precisam estar presentes em nossa rotina de alimentação e, por fim, a alimentação 'moderada', refere-se à cultura de alimentar-se consumindo alimentos em poucas porções.

Segundo Garcia (1999), alguns fatores são relevantes quando se trata de alimentação e práticas alimentares de grupos humanos. Para ele deve-se observar por exemplo: o que se come, como se prepara a comida, além dos fatores socioculturais. Ou seja, os aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e à comida possuem grande relevância quando se quer entender as práticas alimentares. Diante disso, Goulart, afirma que uma alimentação saudável deve ter bom sabor, ser variada, colorida, acessível físico e financeiramente, equilibrada em quantidade e qualidade (Ministério da Saúde, 2003).

O fato de a maioria dos sujeitos comerem de modo variado (comem de tudo sem preocupação) talvez esteja relacionado com o período universitário, e a grande quantidade de atividades acadêmicas, que os impedem de planejar uma alimentação moderada ou equilibrada, ou ainda, o afastamento da família que os fazem consumir alimentos fornecidos em cantinas e praças de alimentação.

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Ministério da Saúde, 2003) o estilo de vida atual favorece a um maior número de refeições

realizadas fora do domicílio. No ano de 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa. Tal alimentação é basicamente composta, por alimentos industrializados e ultra processados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados. Padrão de alimentação que, muitas vezes, é implementado no domicílio. Tais práticas têm contribuído ao aumento do consumo energético diário médio da população o qual deve ser de até 2000 Kcal, de acordo com o Ministério da Saúde; o que representa um fator contributivo para o aumento do excesso de peso.

Quanto à prática de exercícios físicos a grande maioria da amostra relatou praticá-los. Somando-se todos os percentuais positivos vê-se que 165 (82,5%) fazem exercícios físicos e apenas 35 (17,5%), mesmo reconhecendo que a prática de exercícios é importante para a manutenção da saúde, não realizam o exercício como um hábito corriqueiro.

Ao longo da história os homens receberam mais incentivos para a prática de exercícios e esportes. As instituições militares, por exemplo, tem se apropriado de determinadas modalidades esportivas e espaços sociais destinados à sua prática, a fim de promover a saúde e a boa forma.

As modalidades de exercícios mais citadas foram musculação (N=55; 27,5%), caminhada (N=20; 10,0%), corrida (N=18; 9,0%) e futebol (N=17; 9,0%). Outras modalidades de exercícios físicos foram citadas como capoeira, ciclismo, ginástica, handebol, karatê, natação, tênis e vôlei.

**Tabela 5 - Alimentação e exercícios físicos**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Tipo de alimentação</b>		
Variada	88	44,0
Balanceada	55	27,5
Moderada	57	28,5
<b>Frequência de realização de exercícios físicos</b>		
Não pratica	35	17,5
Pratica raramente	52	26,0
Pratica diariamente	50	25,0
Pratica uma vez por semana	12	6,0
Pratica mais de uma vez por semana	51	25,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*

Sobre doenças a tabela 6 mostra que 8 jovens (4%) responderam que nunca adoeceram. O restante da amostra (N=185; 92,5%), responderam ter adoecido pelo menos uma vez e apresentaram 35 tipos diferentes de doenças.

O tipo de doença que teve maior destaque foi a gripe (N=33; 16,5%), que reaparece em vários outros momentos nas respostas daqueles que deram mais de uma opção para a pergunta. Isso mostra que as pessoas não enxergam como doença apenas patologias mais graves, mas as viroses também. Em segundo lugar, a doença mais evocada foi a virose com 11,5% e em terceiro lugar a dengue com 8%.

Dentre as várias doenças citadas destacam-se gastrite (2,5%), enxaqueca, (2%), amigdalite (2%) e sinusite (2%). Com porcentagens inferiores ou iguais a 1,5% foram evidenciadas diarreia, bronquite, anemia aguda, meningite, tendinite, vitiligo, entre outras. Tais respostas foram agrupadas na categoria outros.

**Tabela 6 - Doença e tipo de doença**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Se já adoeceu</b>		
Sim	185	92,5
Não	15	7,5
<b>Tipo de doença</b>		
Asma	5	2,5
Catapora	14	7,0
Dengue	16	8,0
Faringite	6	3,0
Gripe	33	16,5
Pneumonia	8	4,0
Virose	23	11,5
Não adoeceu	8	4,0
Não respondeu	11	5,5
Outros	76	38
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*

Em relação à procura de um médico 178 pessoas (89,0%) (tabela 7) disseram já ter ido ao médico ao menos uma vez na vida, enquanto 21 (10,5%) nunca procuraram um profissional de saúde. As respostas mostraram que os homens privilegiaram o serviço médico especializado e não houve referências à procura para fazer prevenção. Chama a atenção o percentual de homens que nunca procuraram um médico, apesar de ser a população estudada composta de estudantes da área de saúde. Tal resultado é negativo já que a literatura tem atestado (PNAIHS, 2008) que os homens enfrentam dificuldade em fazer prevenção porque se acham invulneráveis e que prevenção é coisa de mulher.

No tocante à especialidade médica procurada, assim como na questão do

**Tabela 7 - Médico e especialidade médica**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Ida ao médico</b>		
Sim	178	89,0
Não	21	10,5
Não respondeu	1	0,5
<b>Especialidade médica</b>		
Cardiologista	6	3,0
Clínico geral	49	24,5
Dermatologista	10	5,0
Gastroenterologista	8	4,0
Oftalmologista	6	3,0
Ortopedista	11	5,5
Otorrinolaringologista	15	7,5
Pneumologista	12	6,0
Não foi ao médico	21	10,5
Não respondeu	14	7,0
Outros	48	24,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa.

tipo de doença, as respostas foram bastante diversificadas. Foi possível observar que a especialidade mais procurada ainda é o clínico geral.

A tabela 8 mostra que 43 pessoas (21,5%) fazem uso de algum tipo de medicamento contra 157 (78,5%) que não o fazem. Os medicamentos para calvície se destacam para 5 pessoas (2,5%), dado que reflete uma maior

**Tabela 8 - Medicamento e finalidade**

Variável	Frequência	Percentual
<b>Uso de medicamento</b>		
Sim	43	21,5
Não	157	78,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>
<b>Finalidade do medicamento</b>		
Calvície	5	2,5
Alergia	4	2,0
Acne	3	1,5
<b>Outros</b>	<b>28</b>	<b>14</b>
Não respondeu	3	1,5
Não faz uso de medicamentos	157	78,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa.

preocupação do homem com os padrões estéticos. Em segundo lugar, vêm os medicamentos para alergia 2% (N=4) e em terceiro lugar, ou seja, 1,5% da amostra, os medicamentos para acne. Os demais medicamentos para outras finalidades foram agrupados na subcategoria outros, por economia de espaço. No grupo que recebeu apenas uma resposta N=1; (0,5%) estão: deficiência imunológica, depressão/TOC/ansiedade, diabetes, enxaqueca, epilepsia, esofagite, faringite, fitoterápico, inflamação da garganta, manchas na pele, rinosinusite, suplemento alimentar, tireoide, triglicerídeos, vitiligo. No grupo que recebeu duas respostas N=2 (1%), estão: cansaço, dores, gripe, infecção, pressão alta e asma.

A procura pelo psicólogo (tabela 9) foi realizada por 51 pessoas (25,5%), contra 149 (74,5%) que nunca procuraram. Tessari (2004) discute sobre o quanto as pessoas ainda pensam em resolver seus problemas sozinhas e chama a atenção para a existência de um preconceito de que psicólogo é para loucos e não para pessoas normais. Dentre os motivos para a procura se destacam, em primeiro lugar, o autoconhecimento (N=8, 4%) e, em segundo lugar, a depressão (N=7; 3,5%). Outros motivos aqui apenas citados s por economia de espaço, são: aflição (N=1; 0,5%), ansiedade (N=3, 1,5%), avaliação psicológica (N=1, 0,5%), bipolaridade (N=1, 0,5%), comportamento antissocial (N=2, 1,0%), comportamento não normativo (N=1, 0,5%), depressão/TOC/ansiedade (N=1, 0,5%), desempenho escolar (N=3, 1,5%), distúrbio na fala (N=1, 0,5%), enfrentamento de doença (N=1, 0,5%), exame psicotécnico (N=1, 0,5%), frustração (N=1, 0,5%), neurose (N=1. 0,5%), orientação vocacional (N=2, 1,0%), prática habitual do colégio (N=1, 0,5%), problema acadêmico (N=1, 0,5%), problemas familiares (N=4, 2,0%), problemas infantis (N=2, 1,0%), terapia didática (N=2, 1,0%), teste de sanidade mental (N=1, 0,5%), timidez (N=1, 0,5%), tristeza/desânimo (N=1, 0,5%).

**Tabela 9 - Procura pelo psicólogo e queixa inicial**

Variável	Frequência	Percentual
<b>A procura por psicólogo</b>		
Sim	51	26,0
Não	149	74,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>
<b>Motivo da procura</b>		
Depressão	7	3,5
Autoconhecimento	8	4,0
Outros	36	18,5
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>26,0</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*

### Opiniões sobre a promoção da saúde do homem

As categorias que se seguem (10, 11 e 12) são respostas de opinião, e não correspondem à realidade das práticas de saúde efetivamente realizadas pelos respondentes. Ao serem questionados sobre o que leva o homem a adoecer ou o que causaria este adoecimento (tabela 10), 80 pessoas (40%), atribuíram o adoecimento às doenças cardíacas, mostrando um conhecimento das estatísticas sobre a morbidade masculina. Laurenti e outros (2005), em seu estudo sobre perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, diz que a mortalidade por doenças cardiovasculares aparece em primeiro lugar entre os homens, enquanto que em termos de internações, o primeiro posto é ocupado pelas doenças do aparelho respiratório.

Depois das doenças do coração 34 (17%) jovens atribuíram à ingestão de bebidas alcoólicas a causa do adoecimento, mostrando que o homem jovem reconhece os males que a bebida causa ao organismo humano. Conforme Niel, Julião e Silveira (2007), o álcool é uma substância que, quando ingerida, distribui-se regularmente por todo o organismo. Ao atingir o sistema nervoso central, a substância pode causar diversos problemas neurológicos e psiquiátricos, principalmente nos jovens cujo sistema nervoso está em formação.

Há ainda outro grupo de 27 (13,5%) pessoas, que atribuem o adoecer do homem, a uma série de fatores. Este percentual corresponde a todos os que responderam 'todas as opções acima', como: doenças psicológicas, doenças cardíacas, doenças sexualmente transmissíveis, viroses, uso de cigarros, ingestão de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas e falta de fé.

**Tabela 10 - Doenças do homem**

Variável	Frequência	Percentual
<b>De qué o homem adoeece</b>		
Doenças cardíacas	80	40,0
Doenças sexualmente transmissíveis	14	7,0
Falta de fé	12	6,0
Viroses	17	8,5
Uso de cigarros	9	4,5
Ingestão de bebidas alcoólicas	34	17,0
Uso de drogas ilícitas	6	3,0
Todas as opções acima	27	13,5
Outros	1	0,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Quando interrogados em que momento os homens deveriam procurar um profissional de saúde (tabela 11) 168 jovens (84%), responderam que isto deveria

ser feito anualmente para fazer um check-up, 19 entrevistados (9,5%) disseram quando se está doente e 12 (6%) não especificaram em que momento essa procura deveria ser feita.

A resposta foi hipotética já que os entrevistados tiveram uma resposta diferente quando perguntados sobre o motivo da ida ao médico (veja tabela 7), ocasião em que demonstraram a busca pelo médico especialista, e não um generalista para fazer um check-up. Demonstrando assim uma incongruência entre o comportamento e a opinião. Esta disparidade demonstra que os homens possuem consciência da necessidade da procura por profissionais de saúde, mas que não o fazem. Resultado que sugere haver uma negligência masculina com a própria saúde. Figueiredo (2005) diz que a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Além disso, segundo Camargo (2011), há entre os homens alguns comportamentos e crenças relacionados à saúde que incluem a negação da fraqueza e da vulnerabilidade, a aparência de ser forte e robusto, o controle físico e emocional, a negação da necessidade de ajuda e a demonstração de comportamentos agressivos.

A explicação para essas diferenciações de cuidado passa também por uma questão de gênero, em que homens e mulheres sob efeitos de elementos culturais distintos, desenvolvem padrões de comportamentos diferentes com relação aos autocuidados com a saúde (Aquino, Nobre, Amoedo & Menezes, 1991).

De acordo com nossos dados, essas questões de gênero estão arraigadas desde cedo no imaginário dos homens. Fazendo com que eles não vejam os cuidados com sua saúde como necessários, levando-os a rejeitar aquilo que consideram típico de mulher (Schraiber, Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro, Machin, 2010; Couto et al., 2010).

**Tabela 11** - Procura por profissional de saúde

Variável	Frequência	Percentual
<i>Quando você acha que o homem deve procurar um profissional da saúde</i>		
Quando está doente	19	9,5
Anualmente para check-up	168	84,0
Nunca	1	0,5
Outros	12	6,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*

Quando questionados quanto aos meios que promovem a saúde do homem (tabela 12), 59 (29,5%) dos entrevistados afirmaram que a alimentação saudável



promove a saúde do homem, 29 (14,5%) apontaram a prática de exercícios físicos diários como fundamental para a qualidade de vida, 27 (13,5%) afirmaram que a promoção da saúde se dá a partir da ida constante ao médico, 7 (3,5%) afirmam que é a ausência do hábito de fumar que promove a saúde do homem. Práticas religiosas foram citadas por 4 (2,0%), ausência do hábito de beber obteve a frequência de 2 (1,0%) e 63 (31,5%) afirmaram que todas essas características associadas são necessárias a uma vida saudável. Embora os estudantes tenham sinalizado a necessidade de manutenção de hábitos saudáveis (cuidados com alimentação, visita ao médico periodicamente, práticas regulares de atividades físicas, evitar o consumo de álcool, e outros), várias destas práticas não fazem parte da vivência da maioria dos entrevistados. Tal como foi mostrado neste trabalho o consumo de bebidas alcoólicas é alto (veja tabela 4), sobre os hábitos alimentares as respostas mostraram a prevalência para a alimentação variada, que é a que menos se relaciona com os hábitos saudáveis (tabela 5). Apenas as respostas para os exercícios físicos apresentaram uma maior aproximação entre a prática real e a opinião sobre o que promove a saúde do homem. Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), esse tipo de comportamento, é motivado pelo que eles chamam de “amarras culturais”, que levam o homem a desempenhar um papel social hegemônico de autossuficiência, alocando assim, entraves nos cuidados quanto à sua saúde.

**Tabela 12** - Promoção da saúde do homem

Variável	Frequência	Percentual
<b><i>O que promove a saúde do homem</i></b>		
Ida constante ao médico	27	13,5
Alimentação saudável	59	29,5
Exercícios físicos diários	29	14,5
Uso de preservativos	1	0,5
Ausência do hábito de fumar	7	3,5
Ausência do hábito de beber	2	1,0
Práticas religiosas/espiritualistas	4	2,0
Todas as opções acima	63	31,5
Não respondeu	2	1,0
Outros	6	3,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*Fonte: dados da pesquisa.*

## **Conclusões**

Os resultados aqui apresentados aportam uma contribuição importante ao campo de estudos sobre a saúde do homem, principalmente em se tratando de homens jovens universitários. Sua importância é notória sobretudo pelos

aspectos quantitativos do tamanho da amostra (N=200), que permitem atribuir maior segurança aos resultados.

O perfil de saúde dos homens jovens foi demonstrado a partir de três eixos principais, a saber: o perfil sócio demográfico; o perfil de saúde; e as opiniões sobre a promoção da saúde do homem.

O **perfil sócio demográfico** mostra que os jovens entrevistados (média de idade 21,7 anos), são universitários, da área de saúde das duas Universidades públicas (UEPB e UFCG), da cidade de Campina Grande-PB; pertencem à classe D, que é onde se situam as pessoas com renda entre 2 e 4 salários mínimos (40%), são solteiros, e relatam ter fé e religião.

Sobre o **perfil de saúde** é possível concluir que a maioria não fuma (91%), e os que relataram fumar, o fazem com pouca frequência. O consumo de álcool, sem embargo, é alto (65,5%). A alimentação prevalente é variada (44%), compreendida como aquela que inclui todos os tipos de alimentação não havendo um equilíbrio nem uma grande preocupação com seu teor de benefícios ou malefícios à saúde. A prática de exercícios físicos é um resultado muito positivo, já que a grande maioria (82%) os têm incorporados em suas rotinas diárias.

Os resultados sobre o processo de saúde-doença mostram que os jovens se auto identificaram como saudáveis e suas doenças mais comuns são principalmente as viroses. A ida ao médico (89%) foi prevalentemente para especialistas e não houve relato sobre práticas de prevenção de doenças. Resultado negativo e pouco esperado já que a população estudada pertence ao universo do saber erudito. Este resultado também pode ser explicado pela falta de campanhas de prevenção direcionadas aos jovens. Embora a Política Nacional de atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) inclua homens entre 25 a 59 anos de idade nas prioridades das ações de prevenção de doenças, os homens jovens são, todavia, mais invisíveis nos serviços de saúde que os mais velhos. O uso de medicamentos foi baixo (21,5%) e os tipos mais utilizados foram para calvície e alergia. O uso de medicamento para calvície numa população tão jovem pode indicar uma preocupação maior com a estética.

O **perfil sobre a promoção da saúde** dos homens foi traçado a partir das respostas hipotéticas e não refletem as práticas de saúde efetivamente realizadas. Em face do questionamento sobre o que leva o homem a adoecer a amostra apontou, em primeiro lugar, a doença cardíaca (40%), dado que é confirmado pela literatura especializada. É também um resultado esperado já que a amostra é estudante da área de saúde. Em segundo lugar (17%), as doenças resultantes da ingestão de bebidas alcoólicas. Este resultado mostra uma incongruência entre o saber e a prática sobre os malefícios do álcool, já que a grande maioria da amostra confirmou o hábito de beber com frequência, mesmo reconhecendo o perigo para a saúde. Nesse caso vale apontar que os jovens podem se perceber invulneráveis aos malefícios do álcool, confirmando o já dito pela literatura especializada sobre a invulnerabilidade masculina.

Em relação à procura pelo profissional de saúde a maioria (84%) afirmou que deve ser feita para fazer 'check-up'. Entendido, neste caso, como a ida ao médico sem uma queixa de doença específica, ou seja, para a realização de exames e diagnósticos preventivos de doença. Tal resultado hipotético também chama a atenção porque destoa das respostas relativas às práticas realmente levadas a cabo pelos jovens, como visto na categoria 7.

Quanto à promoção da saúde do homem (tabela 12), os entrevistados afirmaram que a alimentação saudável (29,5%), a prática de exercícios físicos diários (14,5%), a ida constante ao médico (13,5%), não fumar (3,5%) e nem beber com frequência (1,0%), como essenciais para a manutenção da saúde e de uma boa qualidade de vida. Uma parte significativa dos entrevistados (31,5%) afirmou que todas essas características associadas são necessárias à vida saudável. Embora os estudantes tenham sinalizado a necessidade de manutenção de hábitos saudáveis (cuidados com alimentação, visitas constantes ao médico, práticas regulares de atividades físicas, evitar o consumo de álcool, e outros), várias destas práticas não fazem parte da vivência da maioria dos entrevistados. Apenas as respostas para os exercícios físicos apresentaram uma maior aproximação entre a prática real e a opinião sobre o que promove a saúde do homem. Identificar estes saberes é relevante, pois servirá de alerta para os homens que talvez ainda não percebam a necessidade de sair do plano teórico para a ação de uma prática real de cuidado com a própria saúde. É igualmente importante porque mostrará o descompasso entre o que se diz sobre a saúde e o que se faz, na realidade cotidiana do universo de homens jovens.

Construir uma cultura de prevenção poderá diminuir a vulnerabilidade dessa população e pode ser relevante para a construção de novas práticas de cuidado. Uma mudança paradigmática da compreensão masculina em relação a seus cuidados com a saúde passa pelo conhecimento dessas contradições entre conhecimento e prática e, nesse sentido, pesquisas que investiguem os homens, enquanto sujeitos de sua saúde, parecem contribuir significativamente para a aproximação das idiosincrasias desse universo.

## **Referências**

- Aquino, E.M.L. de., Menezes, G.M., Amoedo, M.B.E, & Nobre, L. C.C. (1991). Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte?. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2): 174-189. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200004&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200004&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em 06/11/2014.
- Araujo, G.B. (2000). A questão do gênero masculino. Universidade Federal Fluminense. Disponível em <<http://www.uff.br/psienf/worksaudedohomem.html>>. Acesso em 13/06/2012.

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
- Brasil, (2008). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*, Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 15/05/2012.
- Camargo, B.V., Campos, P.H.F., Torres, T. de L., Stuhler, G.D., & Matão, M.E.L. (2011). Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia*, 19(1): 179-192. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2011000100014&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100014&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em 06/11/2014.
- Cavalcanti, R. (2008). Check-up neles. *Saúde em Pauta*, Brasília, 27 de Jun. Agência CNTS, (103) p. 4. Disponível em: <<http://www.cnts.org.br/geral/Arquivo/Agencia103-2008.doc>>. Acesso em 17/05/2012.
- Chiapetti, N & Serbena C. A. (2007). Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, 20(2). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722007000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11/04/2013.
- Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Valença, O., Machin, R., Silva, G.S.N da., Gomes, R., Schraiber, L.B., & Figueiredo, W.dos S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33): 257-270. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em 07/11/2014.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Dessen, M. (2012). O brasileiro tomou mais crédito em 2011 e não consegue pagar. *Folha de São Paulo*. São Paulo, fev. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/25570-financas-pessoais.shtml>> Acesso em 10/08/2013.
- Figueiredo, W. (2005) *Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 10(1), Mar. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12/04/2013.
- Garcia, R.W.D. (1999). *Representações da comida no meio urbano*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Psicologia da USP.
- Gomes, R & Nascimento, E.F. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*. 22(5): 901-911.

- Gomes, R & Nascimento, E.F; Araujo, F. C (2007). Por que os homens buscam menos os serviços do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de saúde Pública*, 23(2): 565–574.
- Goulart, D. (2006) Alimentação e saúde todo dia: in *Saúde Medicol*. Disponível em: <http://www.saudemedicol.com.br/alimentacaosaudavel.htm>. Acesso em 30 de Agosto de 2014.
- Kimmel, M. (1992). La producción teórica sobre la masculinidade: nuevos aportes. *Isis internacional – Edicione de las mujeres*, p. 129-38.
- Laurenti, R., Jorge, M.H.P. de M & Gotlieb, S.L.D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, mar. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17/05/2012.
- Medrado, B & Noca, N.J.M.S. (2010). Integralidades e masculinidades nas práticas de saúde: reflexões a partir de um serviço de saúde para homens em Pernambuco. Pernambuco: Diásporas, Diversidades, Deslocamento. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278298297\\_ARQUIVO\\_resumoexpandidoFG2010.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278298297_ARQUIVO_resumoexpandidoFG2010.pdf)>. Acesso em 23/11/2013.
- Minayo, M.C.S & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul/set.
- Ministério da Saúde (MS, Brasil). (2008). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Centro de Documentação do Ministério da Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em 17/08/2013.
- Ministério da Saúde. (2003). Política nacional de alimentação e nutrição, 2ª ed. Brasília: Ministério da saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/>>.
- Niel, M., Julião, A.M & Silveira, D.X. (2007). Propensos ao excesso. O olhar do adolescente. 2 ed. São Paulo: Duetto Editorial Ltda.
- Novaes, R. (2004). Os jovens “sem religião”: ventos secularizantes, “espírito de época” e novos sincretismos, Notas preliminares. *Revista Estudos Avançados*, 18(52).
- Paduani, G.F., Barbosa, G.A, Morais, J. C. R. de., Pereira, J.C. P., Almeida, M. F., Prado, M. M., Almeida, N. B. C. de & Ribeiro, M. A. (2008). Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1): 66-74.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000100009&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0100-55022008000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100009&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0100-55022008000100009)>. Acesso em 06/11/2014.

- Pedrosa, A. A. da S., Camacho, L. A. B., Passos, S. R. L., & Oliveira, R. de V. C. de. (2011). Consumo de Álcool Entre Estudantes Universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8): 1611-1621. Retirado 06 de novembro de 2014, a partir de <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000800016&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2011000800016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800016&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2011000800016)>.
- Pelucchi, C., Gallus, S., Garavello, W., Bosetti, C & La Vecchia, C. (2006). Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: focus on upper aero digestive tract and liver. *Alcohol Research & Health*, Rockville, 29(3): 193-198.
- Pinheiro, T.F., Couto, M.T. (2008). Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. São Paulo: Instituto Butantan – Vol. IV Jan-Jun.
- Política de atenção integral à saúde do homem. (2008). Ministério da saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>> Acesso em 06/07/2012.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). (2008). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_integral.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf)>. Acesso em 16/08/2013.
- Sabo, D. (2000). Men's health studies: origins and trends. *Journal of American College Health*, 49(3).
- Schraiber, L.B., Figueiredo, W.S., Gomes, R., Couto, M.T., Pinheiro, T.F, Machin, R., Silva, G.S.N. da, & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000500018&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2010000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2010000500018)>. Acesso em 07/11/2013.
- Schraiber, L.B., Gomes, R & Couto M.T. (2005). Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), jan.-mar., 7-17.
- Tanaka, O.Y & Melo, C. (2004). Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi, M. L. M.; Mercado, F. J. (orgs.) *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, p. 121-136. RJ: Vozes.
- Tessari, O.I. (2004). Terapia: quando é a hora de começar?. Disponível em: <<http://www.olgatessari.com/id246.htm>>. Acesso em 11/04/2013.

Recebido: 07/09/2017 / Corrigido: 12/09/2017 / Aceito: 31/10/2017.