UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ANA CLAUDIA FERREIRA SANCHES

Eu bebo sim e estou vivendo: Qualidade de Vida, Masculinidade, Padrões de Consumo de Álcool e Representações Sociais de Bebida Alcoólica para Homens Usuários de Unidade de Saúde da Família.

Vitória

2014

ANA CLAUDIA FERREIRA SANCHES

Eu bebo sim e estou vivendo: Qualidade de Vida, Masculinidade, Padrões de Consumo de Álcool e Representações Sociais de Bebida Alcoólica para Homens Usuários de Unidade de Saúde da Família.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Profª. Drª Zeidi Araujo Trindade e Coorientação do Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza.

Vitória

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Sanches, Ana Claudia Ferreira, 1987-

S211e Eu bebo sim e estou vivendo : qualidade de vida, masculinidade, padrões de consumo de álcool e representações sociais de bebida alcoólica para homens usuários de unidade de saúde da família / Ana Claudia Ferreira Sanches. – 2015.

185 f. : il.

Orientador: Zeidi Araujo Trindade.

Coorientador: Luiz Gustavo Silva Souza.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Representações sociais. 3. Alcoolismo. 4. Qualidade de vida. 5. Identidade de gênero. I. Trindade, Zeidi Araújo, 1946-. II. Souza, Luiz Gustavo Silva, 1979-. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

ANA CLAUDIA FERREIRA SANCHES

***Eu bebo sim e estou vivendo:* Qualidade de Vida, Masculinidade, Padrões de Consumo de Álcool e Representações Sociais de Bebida Alcoólica para Homens Usuários de Unidade de Saúde da Família.**

Aprovada em 20 de Outubro de 2014.

Banca Examinadora

Profª. Drª. Zeidi Araujo Trindade (Orientadora)

Universidade Federal do Espírito Santo

Profª. Drª. Maria Cristina Smith Menandro

Universidade Federal do Espírito Santo

Profª. Drª. Sabrine Mantuan dos Santos Coutinho

Universidade Federal Fluminense

Agradecimentos

E aprendi que se depende sempre

De tanta muita diferente gente

Toda pessoa sempre é as marcas

Das lições diárias de outras tantas pessoas

E é tão bonito quando a gente entende

Que a gente é tanta gente

Onde quer que a gente vá

E é tão bonito quando a gente sente

Que nunca está sozinho

Por mais que a gente pense estar

(Gonzaguinha)

À Deus pela criação e sustento no caminho da vida.

À Professora Doutora **Zeidi Araújo Trindade** por me escolher como orientanda, conduzindo esses momentos sempre com bastante competência, mesmo com as dificuldades que a vida nos impõe. Ficará sempre minha admiração e gratidão. Ao Professor Doutor **Luiz Gustavo Silva Souza**, meu coorientador que desde o primeiro momento demonstrou abertura, empenho, disponibilidade e compreensão. Sou honrada e agradecida por tê-los como orientadores.

À **Lucia**, sempre muito atenciosa com as demandas apresentadas. Aos professores **Alex Andrade** e **Maria Cristina Menandro** pelas ricas contribuições no exame de qualificação. Aos colegas e professores que contribuíram com mais esta etapa de formação, seja em disciplinas ou em orientações e conversas ocasionais: **Lídio de Souza (*in memorian*), Mariana Bonomo, Priscila Martins, Diemerson Saquetto, Mirian Cortez, Valeschka Martins Guerra, Suemi Tokumaru, Paulo Menandro, Eduardo Ceotto e Renata Silva.**

À **Bruna Ferreira** e **Lorena Rossi** pelo auxílio e contribuição na coleta e organização dos dados da pesquisa.

Aos colegas de mestrado que, mesmo com os desencontros, encontrávamos um momento para troca de experiências: **Roberta Rangel**, **Daniele**, **Carol Cravo**, **Carol Piazzarolo**, **Renata**, **Luciana**, **Daniel**, **Roberta Ingrid** e **Leila**.

Aos colegas da dança que forneciam distração nos períodos de estresse. Aos meus colegas de trabalho que me compreenderam nos momentos difíceis. Agradeço aos amigos que mesmo distantes me apoiaram, seja pela torcida, pelo incentivo e/ou pelo ombro amigo: **Paola**, **Mayra**, **Letícia**, **Marta** e **Priscila**.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da **Universidade Federal do Espírito Santo**. À **CAPES** pelo incentivo financeiro.

Aos **profissionais da Unidade de Saúde da Família**, que desde o primeiro momento receberam-me prontamente para a realização da pesquisa. Aos **homens participantes** que se disponibilizaram a falar de suas vivências e contribuíram com uma riqueza de informações.

À minha família, principalmente minha mãe **Mauracy**, que desde cedo me encaminhou e incentivou, sempre com muito zelo e carinho e ao meu pai **Paulo** pelo apoio mesmo nas dificuldades. À minha amiga e irmã **Izabel** pelo apoio, incentivo, brincadeiras e distrações e ao meu cunhado **Gabriel** pelas descontrações e parcerias. Ao **Luiz Antônio**, amigo, companheiro e namorado, pela compreensão, carinho e atenção investidos em todos os momentos. Sempre ficará minha gratidão a todos pelo amor que me sustenta.

A todos que, por lapso, não foram mencionados, mas que tiveram importante participação na realização deste trabalho. Muitos foram os que contribuíram e espero que eu tenha a sorte de permanecer com vocês por muito tempo, já que s*orte é isto, merecer e ter* (Guimarães Rosa).

Queria poder parar, e eu não estou brincando!

Bebendo demais e fumando socialmente.

Queria poder parar, e começar a me comportar e

Acordar de manhã e nunca perder um dia de novo.

Queria poder parar e não estou brincando!

Bebendo de mais e fumando socialmente

Na verdade eu não quero aprender a me comportar,

amém, e eu acabei de perder outro dia de novo!

Lucy Spraggan

Nós devemos atribuir o mais alto valor não em viver, mas em viver bem.

Sócrates

Resumo

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem propõe formas diferenciadas de atuação da equipe de saúde no atendimento da população masculina, uma vez que este público demanda estratégias diferenciadas de serviço. Ao se deparar com a realidade vivenciada pelos homens, surgem várias questões acerca do estereótipo social construído acerca das características masculinas e suas vivências. O objetivo da pesquisa foi compreender alguns aspectos relevantes para as práticas de saúde de homens usuários de Unidade de Saúde da Família, como qualidade de vida, consumo de álcool, representações sociais da bebida alcoólica e características de masculinidade. Foi utilizada uma amostra de 300 homens, frequentadores de Unidade de Saúde da Família, e aplicado um questionário contendo os dados sociodemográficos, o *World Health Organization Quality of Life* (Whoqol-bref), o *Bem Sex-Role Inventory* (BSRI), um exercício de evocação sobre *bebida alcoólica,* o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit) e um bloco para verificar os problemas ocasionados pelo consumo de álcool e a procura por tratamento. Os dados dos instrumentos quantitativos foram analisados com testes estatísticos de comparação de médias e de correlação. Os dados das evocações foram analisados com o software EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*). Na primeira análise, constatou-se adesão mais alta a características femininas, alta percepção de qualidade de vida e padrões de consumo de álcool semelhantes às médias nacionais. Homens que declararam praticar sua religião apresentaram média significativamente menor de consumo de álcool. Apresentaram correlação inversamente proporcional ao consumo de

álcool as características femininas de gênero, os domínios físico, social, psicológico e percepção global de qualidade de vida. Na análise das evocações, constatou-se que os elementos com tendência à centralidade são, em sua maioria, de cunho negativo. Os dados da população geral apresentaram o termo *gosto* como um aspecto positivo e central da *bebida alcoólica*. O grupo de abstinentes não apresentou avaliação positiva do termo e o grupo de bebedores apresentou o termo *diversão* na primeira periferia, referindo-se aos aspectos positivos e de socialização da *bebida alcoólica.* Os resultados indicaram uma qualidade de vida satisfatória, a religião e as características femininas destacaram-se como um fator de proteção ao uso de bebida alcoólica. Apresentaram, ainda, percepção dos problemas associados ao próprio consumo. Apesar de a maioria dos termos relacionados à bebida alcoólica ser negativo, este consumo ainda se dá em um nível considerável. Por isso, se faz necessária a construção de vínculo entre o profissional e o usuário do serviço de saúde a fim de dar oportunidade para que as reais práticas sobre a bebida alcoólica sejam evidenciadas. Esses dados podem ajudar profissionais de Saúde da Família a refletirem sobre as representações sociais que constroem acerca dos homens de classe popular usuários do serviço.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Representações Sociais, Alcoolismo, Qualidade de Vida e Identidade de Gênero.

Abstract

The National Policy of Integral Attention of Men's Health proposes different forms of operation when it comes to the health team in the men's care, once the public demands different service strategies. When faced with the reality lived by men, many questions about the social stereotype about the male characteristics and their experiences emerge. The purpose of the research was to comprehend some relevant aspects to the male's family healthcare users' health, such as quality of life, alcohol consumption, social representations of the alcohol and masculinity's characteristics. It was used a sample from 300 men, who go to the Family Healthcare Centre, and was applied a questionnaire with the sociodemographic data, the World Health Organization Quality of Life (Whoqol-bref), the Ben Sex-Role Inventory (BSRI), an evocation exercise about alcohol, the Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) and a group to verify the problems caused by the use of alcohol and the search for treatment. The data of the quantitative instruments were analyzed with statistics tests of comparison of average and correlation. The evocation data were analyzed using the software EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*). In the first analysis, it was showed higher adhesion to feminine characteristics, high perception of quality of life and patterns of alcohol consumerism similar to the national averages. Men who declare active religious present an average significantly lower of alcohol consumerism. Present inverse correlation to the alcohol consumerism the female genre characteristics, the physical dominations, social, physiological and global perception of quality of life. In the evocation analysis, it showed that the elements with the tendency to centrality are, mostly,

negative. The data of the general population presented the term *taste* as a positive and central aspect of *alcoholic beverage*. The abstinent group did not present a positive evaluation of the term and the group of consumers presented the term *fun* at the first periphery, referring to the positive and social aspects of the *alcoholic beverages*. The users demonstrated having certain awareness about the problems related to the alcohol consumerism. Despite the fact that the majority of the terms related to alcohol are negative, this consumerism is still in a considerable level. With that said, it is necessary a link between the professional and the healthcare user to give the opportunity in order to make the real practices about alcohol be evidenced. Those data can help family healthcare professionals to reflect about the social representations they create about low income class service users men.

Key-words: Primary Attention to Healthcare, Social Representations, Alcoholism, Quality of Life and Genre.

Sumário

Apresentação.....17

1. Introdução.....19

1.1 Atenção Primária à Saúde.....21

1.2 Masculinidade e Saúde.....37

1.3 Qualidade de Vida.....46

1.4 Consumo de Álcool.....54

1.5 A Teoria das Representações Sociais.....64

1.6 Justificativa.....69

1.7 Aspectos Éticos.....70

2. Objetivos.....71

2.1. Objetivo geral.....71

2.2. Objetivos específicos.....71

2.3 Objetivos do Estudo 1.....72

2.3.1 Objetivo Geral.....72

2.3.2 Objetivos Específicos.....72

2.4 Objetivos do Estudo 2.....72

2.4.1 Objetivo Geral.....72

2.4.2 Objetivos Específicos.....73

3. Metodologia.....73

4. Artigo 1. Consumo de Álcool, Gênero e Qualidade de Vida em Homens de Classe Popular, Usuários de Unidade de Saúde da Família.....75

1. **Introdução.....81**
2. **Método.....90**
   - 2.1 Participantes e Procedimentos.....90
   - 2.2 Instrumento de Coleta de Dados.....91
   - 2.3 Análise dos Dados.....93
3. **Resultados.....94**
4. **Discussão.....101**
5. **Considerações Finais.....110**

5. Artigo 2: Representações Sociais da Bebida Alcoólica e Padrões de Consumo de Álcool em Homens Usuários de Unidade de Saúde da Família.....113

1. **Introdução.....119**
   - 1.1 Fundamentação Teórica.....123
2. **Método.....125**
   - 2.1 Participantes e Procedimentos.....125
   - 2.2 Instrumento de Coleta de Dados.....126
   - 2.3 Análise dos Dados.....128
3. **Resultados.....129**
4. **Discussão.....138**
5. **Considerações Finais.....144**

6. Considerações Finais.....145

Referências.....158

Apêndices.....168

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....168

Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados.....169

Apêndice C – Escala Visual de Apoio.....179

Apêndice D – Glossário de Apoio.....180

Anexos.....183

Anexo A – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa UFES.....183

Anexo B – Declaração de Autorização da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS).....185

Lista de Tabelas

Artigo 1: Consumo de Álcool, Gênero e Qualidade de Vida em Homens de Classe Popular, Usuários de Unidade de Saúde da Família

Tabela 1: Dados gerais da amostra de 300 homens, usuários de Unidade de Saúde da família, apresentados por ordem de frequência em cada categoria.....95

Tabela 2: Teste t entre consumo de álcool e variáveis sociodemográficas e entre consumo de álcool e as questões “Você acha que o consumo de bebida alcoólica te causa algum problema na vida?” e “Você já procurou algum tipo de tratamento para o consumo de álcool?”.....98

Tabela 3: Média, desvio padrão e análise de correlação entre a variável dependente consumo de bebida alcoólica e outras variáveis investigadas. (n = 300, * p < ,05).....100

Artigo 2: Representações Sociais da Bebida Alcoólica e Padrões de Consumo de Álcool em Homens Usuários de Unidade de Saúde da Família

Tabela 1: Exemplo de redução das evocações livres a um termo-chave..... 128

Tabela 2: Distribuição simples e relativa por zonas de níveis de consumo de álcool, obtida por meio do AUDIT, de homens usuários de USF.....130

Tabela 3: Evocações a partir do termo indutor “bebida alcoólica” no grupo de homens de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, organizadas por frequência e ordem média de evocação (OME) (*participantes = 300, palavras = 1.312*).....132

Tabela 4: Evocações a partir do termo indutor “bebida alcoólica” no grupo de homens abstinentes de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, organizadas por frequência e ordem média das evocações (OME) (*participantes = 79, palavras = 332*).....135

Tabela 5: Evocações a partir do termo indutor “bebida alcoólica” dos homens participantes que apresentavam consumo de álcool com algum grau de risco, todos de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, organizadas por frequência e ordem média das evocações (OME) (*participantes = 117, palavras = 491*).....137

Apresentação

Desde a graduação, o interesse em investigar temas relacionados à saúde e aos aspectos sociais se faz presente. Neste período tive a oportunidade de desenvolver um trabalho social em Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), além de Abrigo para população de rua. Em todos os contextos de trabalho, o consumo de bebida alcoólica era destaque.

Ao mesmo tempo em que adquiria estas experiências, o trabalho na área da saúde também chamou atenção, principalmente porque era notável que os aspectos sociais e de qualidade de vida possuíam grande influência nas questões de saúde das pessoas. Em paralelo, iniciei como auxiliar de pesquisa em um estudo sobre paternidade, investigando as vivências de pais de primeira viagem e suas representações sobre ser pai. No final do curso, tive a oportunidade de desenvolver uma pesquisa sobre os aspectos de qualidade de vida em pacientes diabéticos, mais uma vez percebendo o grande impacto do modo de vida no bem-estar e controle da doença.

Ao ingressar no mestrado, a vontade em continuar as pesquisas no âmbito da saúde se fortaleceu, assim como a curiosidade sobre os aspectos de masculinidade que, debruçando-me sobre o tema, percebi poucos estudos. As conversas com a professora Zeidi somente reforçaram esta curiosidade, já que o interesse pelo tema era mútuo. Nas conversas ocasionais na Redepso, o professor Luiz contou sobre sua experiência de pesquisa no doutorado, o que despertou o desejo em pesquisar algum tema relacionado. Diante disso, decidimos por investigar consumo de álcool, aspectos de qualidade de vida e

características de masculinidade em homens usuários de unidade de saúde da família.

Este interesse se deu, principalmente, por não se ater somente os padrões de consumo de álcool, mas também buscar a percepção do próprio participante sobre os aspectos sociais em que estão inseridos. Em geral, os resultados da pesquisas tendem a classificar os participantes de acordo com um padrão pré-estabelecido, contudo, tentou-se buscar a visão do próprio participante sobre sua situação de vida, sobre bebida alcoólica e sobre suas características pessoais. Esta percepção do participante foi ainda mais destacada com o estudo das representações sociais.

O consumo de álcool possui evidência na atualidade por atingir grande parte da população. No Brasil, 85% das internações decorrentes do consumo de drogas são específicas do excesso de álcool, 20% das internações gerais estão relacionadas ao álcool e, em internações psiquiátricas de homens, 50% também estão associadas ao alcoolismo (Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira & Ferraz, 2006).

Diante disso, os serviços de Atenção Primária em Saúde, enquanto porta de entrada do Sistema de Saúde, precisam estar atentos às diferentes realidades que se apresentam e responder a estas demandas de maneira adequada. Para tanto, é importante conhecer os diferentes públicos atendidos. O cenário de Unidade de Saúde da Família foi escolhido para conhecer os homens que frequentam o serviço e suas vivências, a fim de que as ações possam ser adequadas para este público.

1. Introdução

Nos últimos anos, o tema da saúde masculina ganhou destaque como política pública. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) propõe novas formas de atuação da equipe de saúde no atendimento dessa população que demanda estratégias diferenciadas de serviço, principalmente no atendimento primário (Brasil, 2009).

Desde a Constituição de 1988, com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram assegurados à população alguns direitos a partir de princípios organizadores desse sistema. Durante muito tempo, discussões foram necessárias para a melhora do atendimento de saúde à população, chegando à criação do Programa de saúde da Família (PSF) em 1994, e com a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde 1991. Um pouco mais tarde, em 1999, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi proposta como diretriz ordenadora de todo o sistema, reorganizando o serviço das Unidades de Saúde (Brasil, 2006b). Um pouco mais tarde, a PNAISH foi formulada enfatizando a vinculação da Saúde do Homem à Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2009).

Em meio a isso, a reflexão referente à Saúde do Homem, principalmente acerca da relação entre os modelos de masculinidade e o cuidado com a saúde, está cada vez mais saliente. Em estudo realizado por Couto *et al*. (2010), sobre a relação do homem com a Atenção Primária nos serviços de saúde, atitudes de risco, temeridade, o distanciamento da possibilidade de adoecer e vulnerabilidade são entendidas como atitudes propriamente masculinas e contextualizam a pouca procura deste público ao sistema de saúde. Esta baixa procura pelo sistema, por

sua vez, contribuiu também para a pouca atenção direcionada à saúde masculina, que em relação às outras ações de saúde teve uma construção tardia.

Desde cedo, por meio de processos de apropriação cultural, os elementos normativos que caracterizam o homem e a mulher são aprendidos. Alguns costumes e hábitos são atribuídos somente ao homem ou à mulher e esses elementos participam da construção identitária. Ocorre a naturalização dos estereótipos masculinos e femininos pela imersão na cultura (Burr, 2002).

Para Matos (2000), deve-se ter cautela nas referências relacionadas à história social, para evitar tratar “o homem” como universal e neutro. Ao falar de masculinidade, deve ser esclarecido que seu significado teve variações ao longo do tempo, dependendo do contexto, mesmo que algumas de suas características apresentem grande estabilidade. É importante considerar que não existe um conceito universal de homem. Só é possível compreender a masculinidade com uma base histórica que contextualize as diferentes conceituações.

Quando se fala em homem e mulher no dia-a-dia, podem passar despercebidas características atribuídas aos sexos e que são socialmente construídas. Atributos pessoais são naturalizados. Por exemplo, carinho, compreensão, docilidade e calma são, em geral, características atribuídas à mulher. Por outro lado, coragem, rebeldia e agitação seriam características tipicamente masculinas (Rosa, 2003).

Refletir sobre os padrões socialmente aceitos torna-se importante para o entendimento de comportamentos típicos de cada sexo, inclusive de comportamentos ligados à saúde. Nem sempre o homem e a mulher tiveram os estereótipos que lhes são atribuídos hoje. Por isso, ao longo do trabalho serão

destacados alguns pontos do percurso do homem e da construção da masculinidade, e seu lugar ocupado na sociedade e na cultura ao longo das épocas.

O objetivo deste trabalho é compreender alguns aspectos relevantes para as práticas de saúde de homens usuários de Unidade de Saúde da Família, como qualidade de vida, consumo de álcool, representações sociais da bebida alcoólica e características de masculinidade. Com este estudo, espera-se gerar conhecimento sobre esta população que contribuirá para a criação de estratégias de atendimento direcionadas à população masculina. Na sequência desta introdução, será realizada uma reflexão sobre o consumo de álcool, aspectos de qualidade de vida e características de masculinidade.

A presente dissertação inclui dois artigos e encontra-se organizada como se segue: fundamentação temática e teórica, a partir de revisão de literatura sobre o tema proposto; objetivos e métodos da pesquisa; artigo do primeiro estudo; artigo do segundo estudo e considerações finais.

1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se ao que se chama, no Brasil, de Atenção Básica, que busca privilegiar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e objetiva intervir precocemente nos quadros nosológicos e psicossociais, a fim de evitar a demanda por intervenções mais especializadas. Deve ser um meio de cuidado da saúde acessível às pessoas, uma vez que é onde se realiza o primeiro contato com o sistema de saúde.

Para Starfield (2002), os serviços de Atenção Primária devem ser o primeiro recurso buscado pela população para cuidado de saúde, principalmente pela sua acessibilidade. Além disso, o acompanhamento do usuário, mesmo depois do primeiro tratamento, deve acontecer de forma contínua. A APS deve ser corresponsável pelo tratamento, mesmo depois do encaminhamento do usuário ao tratamento especializado.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica organiza o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a fim de fortalecer o vínculo com o usuário do serviço. A Atenção Básica é definida como:

> um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006b, p.12).

Apesar do grande avanço na legislação do país com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu pela primeira vez a saúde como direito de todo brasileiro, e o investimento na política de Atenção Básica, o caminho percorrido não foi simples e a concretização plena dos princípios parece longínqua. Mudanças sociais e econômicas contribuíram para a construção histórica das políticas de saúde.

No Brasil, antes do séc. XIX, não havia registros de combate às doenças nem de instituições médicas na sociedade. A prática médica direcionada à saúde durante este período se dava essencialmente para evitar a morte. Nesse contexto, as práticas de saúde relacionavam-se fortemente às plantas e aos curandeiros (Polignano, 2006). Mesmo com a administração de Portugal no Brasil, não houve uma associação entre saúde e sociedade (Machado, Loureiro, Luz & Muricy, 1978). A prática dos boticários (farmacêutico com aprendizado prático) também era comum, principalmente na manipulação de remédios para a população. Como não havia um local para a formação de boticários, era comum que, quando jovem, o candidato acompanhasse o serviço para aprender a função (Polignano, 2006).

A partir do séc. XIX, a ciência médica alcançou um novo lugar na sociedade brasileira e, juntamente com as transformações políticas e econômicas da época, a medicina penetra a sociedade e se torna indispensável para o exercício político como apoio científico, tomando o meio urbano como objeto de reflexão e de prática. Esta influência social e a atuação da medicina no contexto político são as duas principais características da ciência médica instaurada nesta época. Nesse meio, a medicina social se consolida (Machado, et.al. 1978).

Com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, mudanças administrativas na área da saúde foram destacadas, visto que se tornou necessário uma estruturação sanitária para atender a família real. A cidade do Rio de Janeiro, sede do Império Português, foi o centro dessas transformações, com ações sanitárias e a criação de instituições para a formação de médicos, o que se destacou como um marco, uma vez que o ensino superior nas colônias da época era proibido. Nascem, então, as duas primeiras escolas de medicina do país: uma no Rio de Janeiro e a outra na Bahia (Polignano, 2006).

Em 1829, a Junta de Higiene Pública foi criada, entretanto não alcançou o objetivo de cuidado da população em geral. Apesar disso, esse é o momento em que a ciência médica assume as medidas de higiene social. Em 1851 há a transformação para a Junta Central de Higiene Pública, a qual teve como objetivo inspecionar a vacinação, controlar a prática médica e inspecionar alimentos, medicamentos, hospitais, escolas, cemitérios, cadeias, fábricas e outros locais que poderiam gerar dano à saúde pública. Em todo séc. XIX, foi mantido este modelo de trabalho, contudo as demandas de saúde pública não foram solucionadas. Antes de 1850, ainda, a fiscalização em saúde pública se limitava a delegar atribuição sanitária aos municípios e o controle de navios e saúde portuária (Machado, et.al., 1978).

Em 1889, com a proclamação da República, a atualização da economia e da sociedade se fez necessária, uma vez que os trabalhadores passaram a ser reconhecidos como capital humano. Com o objetivo de gerar riqueza, a melhora da capacidade física e intelectual das pessoas foi evidenciada, o que ficou a cargo da medicina, a qual assumiu os assuntos sanitários para garantir a saúde

coletiva e, por consequência, a “modernização”, com o enriquecimento do país. Com a constituição de 1891, as ações de saúde, saneamento e educação se tornaram responsabilidade estatal. Os problemas de saúde eram, em maioria, gerados por doenças transmissíveis e a falta de um modelo sanitário estruturado deixava a população vulnerável às epidemias (Lima, 2005). Como as doenças que mais acometiam a população na época, encontravam-se a varíola, malária, febre amarela e a peste. Além do prejuízo à saúde coletiva, consequências comerciais também se associaram, uma vez que os navios que seguiam do exterior ao porto do Rio de Janeiro não queriam atracar (Brasil, 2011).

Com novos conhecimentos gerados no âmbito da saúde coletiva, como conhecimentos de tratamento clínico e epidemiológico, planos de combate à enfermidade foram elaborados. Nesse momento, o estado se apropriou das medidas de cuidado à saúde e as estendeu mesmo nas épocas que não havia ocorrência de surto epidêmico. Essa intervenção contínua do Estado sobre a saúde revela os primeiros passos para a criação de uma “política de saúde”. Esse cuidado direcionado às epidemias contextualizou, em 1900, a criação de duas importantes instituições de pesquisas em saúde pública na país: o Instituto Soroterápico Federal (transformado em 1908 em Instituto Oswaldo Cruz e em Fundação Oswaldo Cruz no ano de 1970, no Rio de Janeiro), e o Instituto Butantan, em São Paulo (Brasil, 2011).

Nessas instituições, uma nova perspectiva para a formação médica se destacou, principalmente pelo paradigma da bacteriologia e pela influência da pesquisa científica já existente na França e na Alemanha e que se tornou forte influência para as práticas brasileiras (Lima, 2005). Os pesquisadores Oswaldo

Cruz, Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, se destacam como grandes personagens que definiram o caminho da saúde pública no Brasil (Brasil, 2011).

Durante a primeira república, em 1920, o alicerce para a criação de um Sistema Nacional de Saúde foi estabelecido, juntamente com um movimento de "Reforma Sanitária" liderado por médicos higienistas. A assistência médica e as medidas de proteção social em geral foram reconhecidas legalmente em 1923, com a lei Eloi Chaves. Antes disso, os trabalhadores procuravam se organizar para assistência por problemas em geral como invalidez, doença ou morte. Esta situação perdurou até a criação da lei das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), momento em que se registra a responsabilização do Estado por benefícios e assistência médica, mas com um direcionamento somente para parte da população, não sendo estendido aos trabalhadores rurais e aos desempregados (Brasil, 2011).

Nos anos 1930, na primeira parte do governo de Getúlio Vargas, muitas mudanças institucionais e nas políticas públicas ocorreram, culminando em uma estrutura jurídica que compôs o sistema de proteção social. No ano de 1937, a constituição que concede autoridade ao presidente foi decretada e após três anos a oficialidade do trabalho foi reconhecida, juntamente com a determinação de um sindicato e da contribuição sindical. Em 1939, começa a existir a justiça do trabalho e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) passou a vigorar a partir de 1943. Essas importantes modificações no contexto de trabalho da época favoreceram o governo Vargas, visto que foram consideradas como ofertório do governo e não como conquista dos trabalhadores (Brasil, 2011).

Nesse momento, houve um avanço da Previdência Social, principalmente com a substituição da CAP pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), visto que o benefício alcançava todos os trabalhadores, organizados por categorias de trabalho (Brasil, 2011).

Quando as políticas de saúde foram implementadas, alterações no campo institucional ocorreram, principalmente com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). Todos os assuntos relacionados à saúde que não fossem atendidos no contexto previdenciário eram de responsabilidade do Mesp (Brasil, 2011).

Com uma nova Constituição em 1946, a saúde pública centra-se em programas de ações sanitárias, sempre confrontada pelos novos modelos políticos que estavam presentes na sociedade após os primeiros 15 anos do governo Vargas, sobrevivendo com essas características até 1964. Algumas ações marcaram esse período, são elas: a criação do Ministério da Saúde em 1953; reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956; implementação da campanha nacional contra a lepra e de controle e erradicação de doenças, entre 1958 e 1964; e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963. Desde 1950, iniciaram-se mudanças nas políticas de saúde, entendidas como consequências do desenvolvimento econômico e social do país (“desenvolvimentismo”) (Brasil, 2011).

Durante o período militar, entre 1964 e 1984, o Sistema Nacional de Saúde foi firmado no Brasil, entretanto foi caracterizado por grande interesse financeiro das instituições privadas e grande burocracia na prestação do serviço de saúde.

Nesse período, em 1966, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ele era responsável pelas aposentadorias, pensões e assistência de saúde, direcionados somente aos trabalhadores formais. A saúde tinha posição secundária e altas taxas de mortalidade eram encontradas na população. O contexto ditatorial de repressão da época também foi responsável por agravar a situação de saúde, com exílio, aposentadoria de pesquisadores, fechamento de centros de pesquisa e falta de financiamento (Brasil, 2011).

Nos anos de 1970, a previdência social se destacou com grande arrecadação. Apesar disso, formas de corrupção se tornaram comuns, principalmente com a construção e reforma de hospitais privados e empresas privadas que construíram seus próprios hospitais com a utilização de dinheiro público. Esse modelo assistencial inicia uma crise nos anos de 1975, principalmente pelos baixos salários da população, desemprego, aumento da marginalidade e da mortalidade infantil. Nesse contexto, as fraquezas da política de saúde se destacaram. Com o foco na medicina curativa, não foi possível resolver os problemas de saúde coletiva, o aumento dos custos médicos, a alta demanda e pouca capacidade de atendimento, o desvio de verbas para outros setores do governo federal e a ausência de repasse de verbas (Brasil, 2011).

Pode-se notar que, anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde eram vinculados à contribuição previdenciária, o que fragmentava a sociedade da época: previdenciários e não previdenciários. Os primeiros, mesmo com o acesso ao serviço promovido pelo INAMPS, possuíam dificuldade de alcançar uma assistência mais ampla, tanto ambulatorial quanto

hospitalar; a população remanescente ficava à mercê da caridade, de hospitais filantrópicos e de institutos assistenciais (Brasil, 2011).

Os prejuízos ocasionados por esse modelo de assistência despertaram nos profissionais de saúde e na sociedade em geral um movimento para a transformação desse paradigma que contribuiu para a Reforma Sanitária, ocorrida um pouco mais tarde. Dadas as circunstâncias, o INAMPS adota várias medidas com a tentativa de aproximar o atendimento à população, principalmente com o fim da exigência da carteira do INAMPS para o atendimento em seus hospitais (Brasil, 2011).

Inúmeras denúncias sobre a situação da saúde no Brasil se iniciaram, alcançando os sindicatos de diferentes categorias de profissionais de saúde. A partir daí, um movimento pela saúde foi iniciado e, para ter mais força, ocorreu a união com outros movimentos sociais que lutavam pelos direitos sociais e pela democracia (Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

O Movimento Sanitário contou com participação das universidades, em especial dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs). Em 1968 a Lei da Reforma Universitária tornou obrigatório o DMP nas faculdades. Nessa organização, buscava-se a produção de conhecimento que pudesse compor a prática política, com o objetivo de democratizar o país, penetrando nas academias os ideais da medicina social (Brasil, 2011).

A Conferência Internacional de Alma-Ata (atual Cazaquistão), realizada em 1978 sobre a Atenção Primaria à Saúde, foi essencial para a discussão a respeito da dificuldade de acesso da população aos serviços médicos. A saúde, nesta ocasião, foi reafirmada como responsabilidade governamental e direito

fundamental das pessoas. Dessas ideias derivaram algumas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvido um pouco mais tarde. Dentre os resultados, foram delimitados os estudos de saúde coletiva e seu foco na coletividade e não somente no indivíduo (Brasil, 2011).

Mesmo sob coação da Ditadura Militar, o Movimento Sanitário contribuiu para a elaboração de um projeto de reordenamento do setor saúde. Em 1980, obteve-se o Pró-Saúde, seguido do Prev-Saúde. Esse programa, baseado na Atenção Primária, propunha o atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços e sua divisão por área e população, ainda não contemplando a rede hospitalar. Apesar das novidades apresentadas, este programa nunca foi implementado pelo governo (Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

Em 1981, com uma crise na Previdência Social, o aumento das contribuições e a diminuição dos benefícios e a intervenção na assistência médica dos contribuintes, o acesso ao serviço de saúde ficou ainda mais difícil. Foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) para organizar a assistência médica e, dentro deste plano, o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) também se firmou fortalecendo a rede ambulatorial (Brasil, 2011).

No ano de 1985, encerra-se o regime militar e logo em seguida, em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, onde foram anunciados os princípios da Reforma Sanitária. Neste momento foi observada uma necessidade de profunda reformulação nas ações e no conceito de saúde. Assim, a saúde foi definida como:

> “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

Ficou decidido que a previdência social seria responsável pelo seguro social e que a saúde deveria ser gerida por um órgão federal na forma de um sistema único. Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), o qual tinha como princípios: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (Brasil, 2011).

Ao mesmo tempo em que foi criado o SUDS para orientar o acesso à saúde e a destinação de recursos, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária também foi instituída, para elaborar propostas de saúde, o que gerou a Lei do SUS. Um pouco mais tarde, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, entendida como direito que deve ser garantido pelo Estado, sob os princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado

de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (Brasil, 2011).

A constituição, conhecida como “Constituição Cidadã”, definiu as prioridades de saúde pública. Nesse momento, a saúde recebeu um conceito mais amplo, englobando os fatores de alimentação, moradia, emprego, lazer e educação. Além disso, a universalidade de atendimento também foi destacada com o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 33). Durante o ano de 1989, tentativas de promulgação de uma lei complementar para a construção do SUS foram realizadas. Como resultado, no ano seguinte a promulgação de uma lei específica para o cuidado com a saúde foi possível (Brasil, 2011).

A Lei n. 8.080, de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, determina o funcionamento do Sistema Único de Saúde. O SUS, portanto, é formado por diversas ações em saúde que devem ser gestadas publicamente, que inclui o Governo Federal, a União (por meio do Ministério da Saúde), os estados e os municípios, ambos através das Secretarias de Saúde (Brasil, 1990a).

Com a lei orgânica, o sistema de saúde inclui ações de proteção, recuperação e promoção da saúde no território brasileiro. Ainda que a saúde deva ser gerida por instituições públicas, o poder privado pode fazer parte desse sistema de forma a complementá-lo, desde que os serviços contratados estejam previstos no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Na constituição, foram definidos alguns princípios: universalidade – acesso a todo cidadão em todos os níveis de assistência à saúde; integralidade –

conjunto de ações de atendimento voltadas para a totalidade das necessidades de saúde e de promoção de saúde; equidade – acesso igualitário ao serviço de saúde; descentralização – direção independente de cada governo; integração de recursos financeiros; participação da comunidade; regionalização - delimitação do território de atendimento; e hierarquização – organização do atendimento de acordo com a complexidade do serviço (Brasil, 2000). Já na Lei n. 8.080/90, foram definidas: a organização da gestão do SUS, a definição das atribuições governamentais, a participação complementar dos serviços privados de saúde, os recursos humanos e financeiros do sistema. No mesmo ano de 1990, foi promulgada em dezembro a Lei n. 8.142 (Brasil, 1990b), esclarecendo sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, a qual institui as Conferências e Conselhos de saúde. As conferências de saúde são realizadas em âmbito municipal, estadual e nacional, sempre com representantes de segmentos populacionais; os conselhos de saúde participam de discussões sobre as políticas de saúde, também representados por segmentos sociais (Brasil, 2011).

O antigo INAMPS foi extinto e a gestão da saúde ficou sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Apesar das grandes conquistas, o modelo de saúde desejado não era compatível com a política privatista que imperava no contexto social. Nesse sentido, construir um sistema de saúde igualitário, acessível a todos em sua integralidade, com instituições públicas adequadas ao atendimento torna-se um desafio (Brasil, 2011).

Ao longo da história, o modelo biomédico-assistencial, hospitalocêntrico, tem se destacado com maior saliência no Brasil. A saúde, entendida como

“ausência de doença”, por não considerar o sujeito de maneira holística (fatores de saúde, ambientais, sociais e psicológicos) passou a tornar-se insuficiente no atendimento ao paciente (Brasil, 2011). Diante disso, a reflexão sobre os fatores que atingem a saúde foram destacados em 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa, Canadá (Brasil, 1996), no qual o termo Promoção da Saúde foi utilizado para referenciar a atuação de diversos profissionais direcionadas para a melhora da qualidade de vida e da saúde da pessoa, a qual deverá ser ativa nesse processo (Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny & Monticelli, 2006).

Distinta da concepção de Prevenção de doença, que se direciona para a ausência de doenças, a Promoção da Saúde tem maior abrangência e atenção ao contexto de vida da pessoa e atende ao doente e ao sadio à procura de uma melhor forma de vida e de saúde, colocando o indivíduo como ator social. Como atividades de Promoção da Saúde, estão as ações que fornecem à pessoa ter controle sobre sua saúde, que inclui educação, moradia, alimentação, trabalho, entre outros fatores. Apesar de diferentes, estas formas de atuação são complementares (Brasil, 2011; Brasil, 2006a; Heidmann, et.al. 2006).

Dando continuidade às conquistas no âmbito da saúde, em 1994 houve a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), que se integrou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Manual para Organização da Atenção Básica (1998) também contribuiu para o fortalecimento da Atenção Básica como fundamental para a organização do sistema de saúde da forma em que foi proposto (Brasil, 2006b).

O modelo de Estratégia de Saúde da família (ESF) permite compreender o usuário do serviço de saúde em seu contexto, uma vez que o atendimento das equipes de saúde é territorializado. Ao conhecer o território de trabalho, o profissional tem maior facilidade em apreender as demandas das pessoas e, a partir disso, desenvolver estratégias de promoção da saúde. Esse modelo de atuação se torna ainda mais importante quando se leva em consideração que a Unidade de Saúde é a porta de entrada do sistema de saúde.

Apesar dos grandes avanços dos serviços de assistência à saúde, há, ainda, muito a ser alcançado. Como apresenta o Plano Nacional de promoção da Saúde (Brasil, 2006a) e afirma Polignano (2006), o setor de saúde é sempre atingido pela organização política e econômica da sociedade.

Tendo em vista as propostas do SUS de monitoramento e avaliação das ações em saúde, o Ministério da Saúde, em 1999, elaborou o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, a fim de criar prioridades para o atendimento da população. Em 2001, foram traçados como prioridades: a redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças e agravos, melhoria da gestão e reorientação do modelo assistencial, melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde. Já em 2002, as metas pactuadas foram: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Bucal, controle da Hipertensão, controle do Diabetes, da Tuberculose e da Hanseníase (Brasil, 2006b).

Além do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, ações direcionadas para atender as demandas da população são realizadas, dentre elas a construção de Políticas Nacionais de Saúde direcionadas a diferentes grupos populacionais. Dentre essas políticas, em 2004 a Saúde da Mulher foi considerada uma

prioridade, culminando na construção da política Nacional de Saúde da Mulher (Brasil, 2004), um pouco depois foi observada a necessidade de atualização das ações voltadas à saúde do idoso, o que gerou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006c) e, mais tarde, a Política Nacional de Saúde do Homem (Brasil, 2009) foi consolidada a partir da constatação de que essa população era pouco frequente no serviço de APS e necessitava de ações voltadas às suas demandas específicas.

A PNAISH propõe ações de saúde voltadas para a realidade da população masculina, a fim de minimizar a incidência de morbimortalidades, possibilitando também um aumento na expectativa de vida desta população. Os homens podem sofrer maiores riscos à saúde do que as mulheres, mas procuram os serviços de saúde significativamente menos. Visando atender ao homem em sua integralidade, essa política segue a Política Nacional de Atenção Básica e as diretrizes do SUS, priorizando a assistência por meio da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2009).

Além de ser um serviço de primeiro contato, a APS deve prezar por um acompanhamento longitudinal aos usuários, delimitação territorial das pessoas atendidas, a integralidade no atendimento, uma coordenação para resolver os problemas mais complexos, o fornecimento de informação de saúde à população, a consideração do contexto familiar e a competência cultural para reconhecer as diferenças entre os grupos (Giovanella & Mendonça, 2008).

Diante das especificidades da população masculina e suas exigências de cuidado à saúde, um aprofundamento das questões relativas à masculinidade e de cuidado de saúde desse grupo faz-se necessário.

1.2 Masculinidade e Saúde

Desde a instituição do SUS, em 1988, diversas ações de saúde foram desenvolvidas direcionadas à promoção da saúde da população. Em 2008, após 20 anos de existência desse sistema de saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi construída (Brasil, 2009).

Essa política visa a orientar ações de saúde em consonância com a realidade da população masculina, respeitando as diferenças entre as organizações locais de saúde e os níveis de desenvolvimento dessa população, sempre alinhada com os princípios do SUS (Brasil, 2009). Ressalta-se o objetivo de inclusão dos homens na APS, a partir da constatação de que esse grupo geralmente procura o serviço de saúde quando a doença já está instalada e com avanço, necessitando, então, de uma entrada direta ao serviço especializado de saúde. Nesse sentido, as estratégias de saúde devem ser direcionadas ao fortalecimento dos serviços de Atenção Primária para prevenção dos agravos e promoção da saúde para os homens atendidos nas Unidades de Saúde (US).

Tendo em vista a particularidade dos homens no cuidado da saúde, torna-se importante salientar a concepção de homem e masculinidade ao longo do tempo, a fim de fundamentar as discussões sobre sua relação com a saúde em interação com a cultura. Nota-se que historicamente o cuidado com a saúde está relacionado à mulher, principalmente pela construção das características associadas ao papel de cuidar do lar e dos filhos enquanto ao homem destina-se o trabalho para prover o lar (Matos, 2000).

A primeira ocorrência da utilização do termo *masculinidade* foi na metade do séc. XVIII, com a intenção de criar uma clara diferenciação entre os sexos.

Com as modificações sociais e o fim da era medieval, atitudes relacionadas à masculinidade também se transformaram, principalmente com a formação da família monogâmica burguesa (ocorrido entre os séculos XVIII e XIX). Junto com a formação da família, o amor romântico se tornou fundamental para a boa convivência em meio privado, que passou a ser percebido como o meio mais adequado para a exposição dos sentimentos (Oliveira, 2004).

Com o poder nas mãos da burguesia, foram atribuídas ao homem novas tarefas e responsabilidades. Nessa mudança da sociedade medieval para moderna, algumas características conferidas tradicionalmente ao homem como a coragem e a bravura se transformaram para uma forma mais branda, mediada pelo novo formato de sociedade que se apresentava (Oliveira, 2004).

Diante dessas mudanças da sociedade e também do modo de conceber o homem nos diferentes momentos, percebe-se a influência da cultura nos comportamentos. Para Silva (2000), a cultura entendida como *machista* faz parte do cotidiano atual. Ele esclarece que culturalmente o homem está relacionado às características tidas como masculinas, assim como Rosa (2003) que afirma que as identidades de homem e de mulher foram naturalizadas em nossa sociedade e é o que possibilita a identificação dos sexos. Esta associação é cultural e a identidade do homem se forma sobre os atributos masculinos, tais como rebeldia, ousadia e gosto por se arriscar/aventurar. Do mesmo modo, a identidade da mulher se associa e se compõe baseada nas características entendidas como femininas, como compreensão, submissão e delicadeza. Quando o homem demonstra comportamentos tidos como femininos, foge do que é aceito e não é bem visto (Rosa, 2003).

No modelo de família burguesa, o homem ganhou o lugar de pai, provedor e chefe de família. Fortaleceu-se a ideia de que o homem não poderia demonstrar qualquer tipo de vulnerabilidade ou fraqueza, mas, pelo contrário, deveria ser disciplinado e cumprir com suas obrigações de *chefe da casa*. Esse ideal de masculinidade se tornou muito frequente no discurso médico-higienista, o que contribuiu para naturalizá-lo, condicionando o homem a não questionar seu papel. Nesse contexto, o trabalho serviu para identificar o homem como tal, integrando-o como valor inerente à identidade masculina. Juntamente com as cristalizações do modelo de homem, ser mulher também foi associado a um padrão definido de fidelidade e cuidados com o lar. Caso a mulher se comportasse de outra forma, era desvalorizada, inclusive no discurso médico (Matos, 2000).

A Igreja teve grande influência na construção dos ideais de amor romântico, normatizando o sexo e a constituição da família. Essa associação foi tão forte que até hoje pode ser observada (Oliveira, 2004). Outra instituição também contribui para manter o status social: a mídia. Pelo veículo da informação em massa são reforçados modelos de masculinidade e feminilidade a serem seguidos (Matos, 2000).

Com a revolução industrial e a revolução feminista, o lugar do homem e da mulher na sociedade foi se modificando. A inserção da mulher no mercado de trabalho foi o ponto forte de sua mudança de lugar. Por sua vez, o homem foi gradativamente perdendo sua posição de único provedor da família (Matos, 2000). Por meio dos novos lugares sociais que foram se formando, outros modos de perceber o homem e a mulher também surgiram e, por consequência, novas representações sociais de masculinidade e feminilidade.

Observar as singularidades que fazem parte de cada gênero é importante para subsidiar a criação de estratégias para inclusão adequada de cada segmento da população (Gomes, 2003). Especificamente sobre o homem, a construção de sua identidade masculina é apontada como em transição desde o final do séc. XX e, por isso, conflitos com o modelo tradicional de masculinidade, tais como agressividade, busca pelo poder e “sexualidade exacerbada” fazem parte da dinâmica de cuidado à saúde, principalmente pelo medo de afastamento desses padrões quando há procura pelo serviço médico (Gomes, 2003).

Vale destacar que as transformações sociais do lugar de homem e de mulher sempre caminharam juntas, o que é importante para que se diferenciem um do outro. Não é possível afirmar a universalidade desses papéis, uma vez que são frutos de processos de construção sócio-históricos, sempre passíveis de mudança (Rosa, 2003).

As características de virilidade, poder e força, direcionadas ao homem foram, por muito tempo, associadas ao biológico, o que as tornavam naturais e justificavam as atitudes de dominação. Em contrapartida, alguns estudos mais recentes buscam verificar as características biológicas de ambos os sexos, e argumentam que os homens demonstram maior fragilidade biológica em comparação às mulheres. Esta constatação é realizada a partir das estatísticas de mortalidade das crianças com menos de um ano de idade e de idosos, em que o sexo masculino apresenta mais mortes do que as mulheres (Souza, 2005).

O estereótipo associado à masculinidade é um dos determinantes das relações que os homens têm com os serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009) afirma que a baixa procura do

homem pelos serviços de saúde se dá, geralmente, por fatores socioculturais e institucionais. O primeiro se refere aos estereótipos relacionados à posição hegemônica de masculinidade, derivados de nossa cultura que tradicionalmente colocou o homem em uma posição dominante.

Ao se deparar com uma doença, o homem pode considerá-la como uma fraqueza e ignorá-la para não se mostrar vulnerável. Isso dificulta a procura por cuidado básico e prevenção de doenças. Quando há a procura, a morbidade pode estar bastante evoluída e o cuidado, então, passa a ser curativo. No que diz respeito ao acesso institucional, os usuários relatam dificuldade para a marcação das consultas, demora no atendimento e possibilidade de não ter sua demanda resolvida em uma consulta (Brasil, 2009).

Nos últimos anos, algumas discussões foram suscitadas a partir da constatação da pouca procura dos homens ao serviço de saúde, principalmente na Atenção Primária, suas crenças construídas sobre adoecimento e as características de masculinidades relacionadas à saúde (Schraiber, Gomes & Couto, 2005; Souza, 2005). Quando se entende que o SUS é regido por princípios e, dentre estes, a equidade como atendimento igualitário à população, torna-se necessária a criação de estratégias de inclusão dessa população no serviço de saúde (Brasil, 2009).

Nota-se que a prioridade deste sistema de saúde, em suas diretrizes, deixa de ser médico-curativa e passa a ser voltada à promoção da saúde. A proposta, então, não é de atender somente às pessoas doentes, mas acompanhá-las cotidianamente para prevenir os agravos e promover qualidade de vida ao usuário do sistema (Giovanella & Mendonça, 2008).

A pouca procura pela manutenção da saúde por parte dos homens deve-se ao fato de historicamente o cuidado ser direcionado à mulher, de modo que ao homem sempre foram atribuídas força, virilidade e invulnerabilidade. Dessa forma, a procura por atendimento de saúde é uma demonstração de fraqueza, o que também aproxima das características femininas (Gomes & Nascimento, 2006).

Outros fatores que dificultam o acesso ao serviço de saúde são: o medo da descoberta de doença grave; o horário de funcionamento das Unidades de Saúde que coincide com seu horário de trabalho, o qual é prioridade na concepção do homem como provedor; a vergonha de expor seu corpo ao profissional para a realização de exames; e a pouca referência ao homem no desenvolvimento de ações de saúde, as quais tendem a priorizar outros grupos sociais como mulheres e crianças tornando, portanto, esses espaços feminilizados (Gomes & Nascimento, 2006).

A procura por atendimento, geralmente ocorre quando há dor intensa ou incapacidade de exercer as atividades cotidianas. Outra opção bastante utilizada é a automedicação, orientação em farmácias ou a procura de um pronto-atendimento, atitudes as quais são pontuais, rápidas e alcançam o objetivo final de sanar a dor (Gomes & Nascimento, 2006).

A pouca procura dos homens pelos serviços de Atenção Básica favorece a vulnerabilidade dessa população às doenças, além de uma maior taxa de morbimortalidade. Além de maiores gastos públicos, esse comportamento gera desgaste e sofrimento do paciente e seus familiares com a busca pela manutenção da saúde e da qualidade de vida (Laurenti, Mello & Gotlieb, 2005; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002).

Schraiber et al. (2010) buscaram compreender as necessidades de homens usuários de Unidade Básica de Saúde em quatro estados do Brasil, com oito serviços de Atenção Primária (182 usuários e 72 profissionais participaram da pesquisa). Notaram que o serviço de Atenção Primária à Saúde é voltado prioritariamente ao público feminino. Ao procurar o serviço, o homem possui dificuldade para suprir suas necessidades. A desigualdade de gênero também é naturalizada pelos profissionais de saúde, o que pode reforçar os comportamentos que distanciam o homem do serviço de saúde. A medicalização das necessidades dos usuários também foi saliente, principalmente pela constatação que alguns profissionais não consideram as questões que permeiam a masculinidade de um ponto de vista psicossocial.

Ainda a respeito aos profissionais que atuam na Atenção Primária de Saúde, Schraiber et al. (2010) verificaram que estes tendem a centrar seu trabalho em consultas individuais e prescrição de medicamentos e exames. Além disso, a relação dos profissionais com as mulheres é mais detalhada, mesmo que seja somente em relação às questões ginecológicas. Os médicos, principalmente, não percebem sua fundamental participação nos processos de adoecimento e cuidado da saúde, o que chama a atenção quando algumas demandas cotidianas são ignoradas, tais como violência, doenças psiquiátricas e abuso de álcool e outras drogas.

A maior parte da literatura sobre saúde do homem prioriza questões de saúde sexual, com pouco espaço para aspectos psicossociais. Os autores buscaram a opinião dos homens sobre os serviços de Atenção Primária de Saúde, e verificaram que, embora os homens afirmem ter necessidades em

saúde, postergam ao máximo a procura pelo serviço, primeiramente pela justificativa do trabalho, mas também por querer demonstrar maior capacidade física, como se fossem imunes à doença. Além disso, a dificuldade de acesso também foi citada como uma justificativa para não frequentarem os serviços. Esse comportamento reproduz as características hegemônicas de masculinidade (Schraiber, et.al., 2010).

Os aspectos relacionados à masculinidade refletem-se nas práticas direcionadas à saúde, principalmente nas ações de prevenção de doenças. Gomes (2003) afirma que a morbidade por doenças crônicas e mortalidade entre os homens são maiores do que entre as mulheres e, além disso, a presença desse público na Atenção Primária também é menor. Em seu estudo com 18 homens, acima de 40 anos, que vivem no estado do Rio de Janeiro, constatou-se que o “ser homem” estava relacionado à brutalidade, força, atividade sexual e popularidade, em contraposição às características femininas de suavidade, delicadeza, menor atividade sexual, entre outras, o que indica uma total diferenciação das características femininas para a construção das características masculinas.

As discussões sobre a saúde do homem estão presentes há algum tempo. De acordo com Gomes (2003) a década de 70 é representativa dos estudos norte-americanos sobre esta temática, os quais afirmavam que o modelo tradicional de masculinidade era prejudicial à saúde. Já na década de 90, um pensamento mais amplo sobre o homem estava presente e os estudos em saúde que buscavam fornecer um olhar integral sobre essa população.

Em seu trabalho de revisão da produção em saúde pública, foi constatado que a primeira publicação acerca do tema foi em 1998, o que indica a tardia produção sobre saúde do homem. Dos 36 artigos encontrados, 42% tratavam sobre as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente AIDS, 25% apresentavam assuntos sobre reprodução e 8% se referem a assuntos relacionados à violência. Na análise destes artigos, constatou-se que o modelo hegemônico de masculinidade ainda está muito presente no cotidiano dos homens e causa grande influência nas ações de cuidado à saúde. A dificuldade na adoção de hábitos saudáveis e atitudes de risco que envolve a saúde da mulher e do próprio homem fazem parte desta dinâmica (Gomes, 2003).

Nesse mesmo sentido, Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez, e Ceotto (2011) realizaram um trabalho de revisão da literatura sobre masculinidade e saúde. Verificaram que o interesse por esse tema é recente, principalmente em se tratando sobre a masculinidade e saúde pública. Contudo, apesar da tardia publicação a respeito do assunto, visualizou-se um gradativo crescimento de estudos sobre esse tema. Destacou-se que a maior parte das pesquisas foram realizadas com homens jovens de meio urbano, sem nenhuma constatação de estudos somente com população rural.

Um predomínio de pesquisas voltadas para o público jovem se destacou, contudo não satisfaz o interesse de compreender o contexto de vida dos homens e de produção da masculinidade, o que é apontado como indicador para a necessidade de pesquisas que ampliem o público estudado e que consigam alcançar o contexto de produção das representações de masculinidade e das práticas também envolvidas neste meio. Além disso, homens que aderem mais

fortemente ao modelo hegemônico de masculinidade apresentam maior risco de adoecimento e morte (Trindade, et.al., 2011).

Diante disso, compreender as barreiras que, de certo modo, excluem o homem do sistema de saúde é importante para o planejamento de estratégias para atender a essa população. Essas ações não devem ser somente curativas ou de prevenção de doença, mas também prezar pela promoção da saúde masculina.

1.3 Qualidade de vida

As discussões relacionando saúde e qualidade de vida (QV) são comuns entre os profissionais da área de saúde. Apesar de o termo ser utilizado genericamente, sua associação com o conceito ampliado de saúde já é um primeiro passo para sair do reducionismo biomédico (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Desde os séculos XVIII e XIX, a qualidade de vida como medida objetiva servia como base para a elaboração de politicas publicas ligadas à medicina social (Minayo, Hartz & Buss, 2000). Contudo, somente no séc XIX legitima-se o Estado como responsável pelos cuidados de saúde da população, dando início às políticas que seriam reconhecidas, somente no século XX, como de qualidade de vida (Coutinho & Franken, 2009).

Principalmente no momento pós-guerra, a qualidade de vida foi associada aos indicadores objetivos do desenvolvimento social, especialmente ao produto interno bruto. Contudo, este indicador não contemplava importantes aspectos de vida, como a violência (Coutinho & Franken, 2009). A partir dos anos 50, o termo

QV passou a não ser utilizado somente para se referir aos bens materiais, mas também a incluir os vários aspectos de vida, como saúde, educação, lazer, trabalho, transporte, etc.

Um pouco mais tarde, na década de 60, discussões acerca das medidas da qualidade de vida foram suscitadas. As medidas eram realizadas de maneira objetiva, comparando os dados das diferentes regiões e constatando onde havia os maiores resultados. Contudo, esse método era insuficiente, já que a percepção da pessoa sobre sua própria vida é fundamental nessa medida. A partir disso, procurou-se considerar a qualidade como subjetiva nos instrumentos de medida (Kunkel, 2007).

A qualidade de vida possui uma ampla aplicabilidade, e durante muito tempo foi um conceito utilizado para se referir a vários aspectos de saúde. Diferentes autores apresentam uma conceituação acerca da qualidade de vida. Auquier (et.al., 1997 apud Minayo, Hartz & Buss, 2000) compara-a com as equívocas conceituações direcionadas à inteligência, já que ambas dependem da percepção das pessoas e variam conforme cada contexto de vida. Já Martin e Stockler (1998, apud. Minayo, Hartz & Buss, 2000), afirmam que a qualidade de vida é mais satisfatória quanto menor for a distância entre a realidade de vida da pessoa e suas expectativas sobre a mesma.

Os autores ainda apresentam a relatividade do tema, citando três instâncias que devem ser consideradas ao falar sobre QV: histórica, cultural e estratificação social. A primeira diz respeito às diferenças sociais e especificidades de cada época para considerar a qualidade de vida. A cultura também diferencia os padrões de interpretação da realidade nas diferentes

localidades. As diferenças de classe distinguem a qualidade de vida, uma vez que a QV da classe alta está relacionada ao bem-estar enquanto nas camadas mais baixas é a passagem à camada superior (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Lima (2002) apresenta diversos modelos teóricos sobre qualidade de vida. O modelo psicológico de Schipper, Clinch & Olweny (1996) baseia-se no sentimento do paciente acerca do seu estado de saúde. Nesse caso, não basta o paciente apresentar uma doença, mas a maneira como a interpreta fará diferença na qualidade de vida. O modelo de Hunt e McKenna (1992) é baseado nas necessidades da pessoa: a qualidade de vida aumenta quanto maior a capacidade do sujeito em realizar suas necessidades.

A saúde, nesse caso, é algo valioso e que deve ser conservado, enquanto a doença, nesse caso, apresenta-se como um problema quando afeta o desempenho nas atividades e a qualidade de vida é definida de acordo com os aspectos de saúde. Contudo, as críticas ao modelo apontam para o não reconhecimento às mudanças cotidianas e à formação de níveis de qualidade de vida que criam hierarquias entre grupos e reforçam ações de discriminação (Lima, 2002).

Em uma discussão sobre qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000) apresentam os múltiplos significados em torno do termo. Estes significados podem ser objetivos ou subjetivos e refletem as experiências individuais e coletivas do momento sócio-histórico. Sobre os significados objetivos, estão as necessidades básicas e o desenvolvimento socioeconômico do local, indicado pelo índice de renda, saneamento e qualidade dos serviços públicos. Já os

indicadores subjetivos estão relacionados a como as pessoas percebem sua vida e o contexto que o cerca.

A qualidade de vida deve considerar a percepção das pessoas sobre sua vida e seu contexto e a condição para se viver bem depende dos padrões estabelecidos culturalmente numa determinada época. Mesmo com essa variação, se faz necessária a definição do termo, além de medidas de avaliação baseadas nos pressupostos da QV. Minayo, Hartz e Buss (2000) definem a qualidade de vida como:

> Uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (Minayo, Hartz & Buss, 2000, p. 8).

Salienta-se que os valores humanos como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade são de extrema relevância na composição da qualidade de vida. Contudo, também não se pode falar em QV sem considerar as necessidades humanas básicas como alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e saúde (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Em meio aos diversos modelos propostos para a qualidade de vida, quatro características estão presentes em todos: é variável ao longo do tempo, depende da percepção da pessoa, o controle da qualidade de vida toma como parâmetro de comparação a própria vida da pessoa e a qualidade de vida deve ser avaliada sob aspectos globais e específicos.

Ainda diante da importância de se estudar e avaliar de maneira adequada a QV, foi formado o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL *Group*). A partir das pesquisas sobre o tema e estudos multicêntricos, foram desenvolvido e validados instrumentos que consideram as diferenças culturas e sociais. Valoriza-se a percepção pessoal dos participantes na construção do instrumento de avaliação, além de ser acessível para se trabalhar em diversos contextos (Braga, Casella, Campos & Paiva, 2011). Para o grupo, a qualidade de vida é a "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Dessa maneira, considera-se a subjetividade e a composição da QV por elementos positivos e negativos (WHOQOL *Group*, 1995).

Para a criação do instrumento, foram realizadas pesquisas em 15 centros diferentes, com 45000 participantes, durante um período de 4 anos. Para tanto, foram selecionados locais com diferentes características como industrialização, recursos de saúde, etc, a fim de criar um conceito universal para qualidade de vida. Foram, então, postulados alguns critérios para a definição do termo: é subjetivo, multidimensional e possui dimensões positivas e negativas.

A partir da definição criada, foi produzido o instrumento Whoqol-100, com 100 questões divididas em 6 domínios (físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade) e 24 facetas para avaliar a QV. Este instrumento se mostrou satisfatório na avaliação da qualidade de vida, contudo foi observada a necessidade de um instrumento reduzido para otimizar a aplicação em outros contextos.

Diante disso, foi criada uma versão abreviada da escala, o Whoqol – bref, que foi aplicada em 15 centros utilizados anteriormente e em mais 5 locais diferentes. Escolhendo as questões que melhor representavam cada domínio, o instrumento ficou composto por 26 questões. Este instrumento apresenta fácil preenchimento e avaliação satisfatória da qualidade de vida. Ambos os questionários possuem tradução em mais de 20 idiomas e no Brasil já foi avaliado satisfatoriamente na população (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon, 1999).

Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (1999) aplicaram o Whoqol-bref na população brasileira, numa amostra de 300 pessoas, a fim de verificar a validade do instrumento nesta população. O instrumento demonstrou um desempenho psicométrico satisfatório, o que o coloca como uma boa alternativa para avaliação da QV no país, inclusive a Organização Mundial da Saúde organiza e orienta suas pesquisas nesta perspectiva teórica.

Por valorizar a percepção da pessoa sobre seu modo de vida (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009), o Whoqol pode ser utilizado em diversos grupos. Em um estudo de revisão sobre as pesquisas realizadas com este instrumento, constatou-se um grande número de pesquisas com a população idosa e a

população geral. Além disso, um destaque para os estudos de qualidade de vida com o sexo feminino também foi dado, principalmente a partir de sua inserção no mercado de trabalho na década de 70. Poucos estudos direcionados à população masculina foram encontrados.

Um crescente uso deste instrumento tem se destacado. Além disso, o Brasil lidera as publicações acerca do tema, com 14,2% de toda produção. Uma grande quantidade de estudos de validação do instrumento foi encontrada (23,1%), principalmente por ser um instrumento relativamente novo. A maioria das publicações (29,8%) foi feita em revistas da área de psiquiatria, psicologia e saúde mental (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009).

Kunkel (2007) destaca que a ampliação do conceito de qualidade de vida foi uma conquista no âmbito da saúde, uma vez que permite que o foco saia da doença e se direcione para o indivíduo. Minayo, Hartz e Buss (2000), fazem uma revisão de literatura acerca da qualidade de vida e saúde, apresentam os diferentes olhares em torno da qualidade de vida e afirmam que no âmbito da saúde está associada às necessidades primárias, à promoção de saúde e à capacidade de viver sem doença ou de superá-las. Além disso, destacam que a qualidade de vida segue um padrão definido pela sociedade, determinado em parte pelas políticas públicas no setor da saúde.

Uma vez que a qualidade de vida é influenciada pelos aspectos subjetivos da pessoa, os estados mentais devem ser considerados na avaliação. Pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam avaliação de sua qualidade de vida sob influência de sua condição. Os transtornos mentais demonstram maiores

influências nos aspectos de QV do que outras doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, etc (Lima, 2002).

Sobre o consumo de álcool, este ocorre de maneira progressiva e aos poucos traz mudanças no cotidiano do sujeito. Gradativamente o álcool torna-se central na vida do usuário enquanto as outras áreas (trabalho, família e saúde) são prejudicadas. Além disso, estudos apontam que, mesmo após a abstinência, os problemas continuam presentes (Lima, 2002).

Longabaugh, Mattson, Connors e Cooney (1994) apontam três aspectos para se observar em avaliações de QV nos grupos de alcoolistas. São eles:

a) Os padrões de uso da substância, incluindo a frequência, a quantidade e o tipo;

b) Problemas específicos relacionados à substância;

c) Medidas de saúde sob a ótica geral e na percepção do indivíduo.

Fleck e Lima (2008) salientam que apesar da percepção das pessoas ao seu redor apontarem para uma baixa qualidade de vida, muitas vezes os próprios usuários consideram sua qualidade de vida satisfatória e, considerando o aspecto subjetivo desta, esta percepção deve ser levada em conta.

Manzatto, Rocha, Vilela, Lopes e Sousa (2011) realizaram uma pesquisa para avaliar o consumo de álcool e a qualidade de vida entre universitários. Eles salientam que o consumo de álcool é responsável por inúmeras doenças, além dos prejuízos sociais que também ocasionam. Em diferentes populações, é relevante verificar se há correlação negativa entre consumo de álcool e percepção subjetiva de qualidade de vida adequada.

1.4 Consumo de Álcool

Desde o início da civilização, o consumo de álcool está presente em diversas sociedades, sempre acompanhado pelas práticas culturais que permeiam cada uma delas. Com o desenvolvimento do processo de destilação, as bebidas passaram a ter um maior teor alcoólico. A partir da revolução industrial, estas começaram a ser produzidas em série, aumentando também o consumo da população (Marques, 2001).

Indícios apontam a origem da bebida na era pré-histórica, contudo a fermentação era natural e, por isso, o nível de álcool era menor. Na Grécia e Roma antigas já havia o cultivo do vinho, inclusive com importância social, religiosa e medicamentosa entre eles. Apesar disso, a embriaguez já não era bem vista por estes povos (Faccio, 2008).

Papiros antigos mencionam a circulação de cerveja e vinho, incluindo a informação de que estas substâncias eliminavam germes e parasitas. Na Idade Média, a comercialização da bebida alcoólica se intensifica e é regulamentada, contudo a embriaguez passa a ser considerada como pecado (Marques, 2001).

Antes de Cristo, no antigo Oriente Médio, as bebidas fermentadas demonstravam *status* e faziam parte do comércio (Faccio, 2008). Ainda antes de Cristo, Hipócrates já descrevia o álcool como um fator que predispunha a várias doenças, incluindo a descrição de uma condição semelhante ao *delirium tremens.* Já no séc. XIV, a perda do controle pelo uso de álcool também já fora relatada (Marques, 2001).

Com a revolução industrial, e as mudanças sociais ocorridas na sociedade o consumo excessivo de bebida passa a ser considerado como doença. No séc.

XIX, tenta-se diferenciar as bebidas destiladas das fermentadas, considerando o vinho como a mais aceitável das bebidas. Ainda nesse século, o modelo de doença estava consolidado e os esforços eram para minimizar o estigma social atribuído para quem apresentava consumo excessivo, para que se pudesse procurar tratamento. Além disso, pesquisas sobre o abuso de outras substâncias foram iniciadas. O termo alcoolismo foi proposto nesse século, pelo médico Magnus Huss. Em 1952, a dependência foi citada no DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como doença (Marques, 2001).

Com a expansão urbana, nas sociedades industrializadas, que gerou alto número de imigrantes rurais para a cidade, as atividades foram se especializando e, nesse momento, as interações entre as pessoas se estabeleciam de forma mais frequente, principalmente pelos espaços de casa e do trabalho que agora estavam distantes. Circular pela cidade se tornou algo comum, o que promovia a diferenciação entre os grupos, além de uma nova política de valorização da medicina que atuava junto à religião e à política. Delimitar os espaços e organizar a população era dever dos médicos. Os médicos normatizaram os hábitos e encamparam, no século XIX, a luta antialcoólica (Matos, 2000).

O discurso médico-higienista empregado a partir deste século para o combate ao alcoolismo, buscava a normatização da sociedade. Salienta-se que o cenário acima descrito foi produto de várias mudanças sociais, principalmente com a revolução industrial que trouxe consigo o modo de produção em série e, consequentemente, uma maior e mais rápida produção de bebida alcoólica, gerando também maior consumo (Matos, 2000).

No ano de 1940 uma divisão de acordo com os padrões de consumo de álcool foi realizada e o alcoolismo foi incluído no DSMI-I. Com a segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSMI-II), os problemas decorrentes do consumo de álcool foram divididos em três categorias: dependência, episódio de beber excessivo e beber excessivo habitual. As demais classificações subsequentes ampliam as categorias e inserem os sintomas físicos decorrentes da abstinência da substância (Marques, 2001). Já em 1976, propõe-se a Síndrome de dependência do álcool (SDA), que é caracterizada como um transtorno que engloba questões culturais (maneira em que a sociedade assume a bebida alcoólica, posição social, gênero, etc) e biológicas (Gigliotti & Bessa, 2004).

Com a ascensão do saber médico, um novo modelo de lidar com os problemas relacionados com a bebida alcoólica surgiu: a prevenção de comportamentos. Os comportamentos eram avaliados e, na medida em que se fazia necessário, intervenções eram realizadas para se evitar o consumo de bebida alcoólica, mantendo o padrão higienista na sociedade. Essas campanhas preventivas direcionavam-se à população consumidora de cachaça, em sua maioria a população de classe baixa (Rosa, 2003).

O consumo de bebida alcoólica foi considerado um problema em vários momentos históricos. Desde a época do Brasil-Colônia, a restrição ao consumo de bebida já era mencionada, mas com interesses econômicos encobertos. Os portugueses temiam que a cachaça produzida pelos brasileiros vendesse mais do que a cachaça comercializada pelos próprios portugueses. Neste momento, a preocupação com a saúde não era relevante, contudo seus riscos para a saúde

foram considerados um pouco mais tarde, quando o saber médico ganhou centralidade na organização social e os danos relacionados ao consumo de cachaça foram anunciados (Rosa, 2003). Hoje, a utilização da bebida é considerada como um sério problema de saúde pública (Rosa, 2003; Souza, 2005; Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007). Araújo (2007) afirma que, no Brasil, o alcoolismo é responsável por muitas mortes precoces.

Faccio (2008) apresenta o álcool como um problema no atendimento de saúde, uma vez que há dificuldade de o usuário expor sua condição, além de ser uma das causas de danos físicos, expressos em doenças como hepatite, e psicológicos, como a depressão. Como é observado um aumento da população com dependência de bebida alcoólica, além de o alcoolismo implicar em um ato de beber progressivo e que nem sempre é fatal, enfatizar o assunto em pesquisas e transpor para a prática torna-se necessário.

A Síndrome de Dependência de Álcool pode se apresentar em variados níveis. Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o tópico F10 refere-se aos *Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do uso de álcool*. Divide-se da seguinte maneira:

F10.0 – Intoxicação aguda

F10.1 – Uso nocivo

F10.2 – Síndrome de dependência

F10.3 – Estado de abstinência

F10.4 – Estado de abstinência com delirium

F10.5 – Transtorno psicótico

F10.6 – Síndromes amnésicas

F10.7 – Transtorno psicótico residual e de início tardio

F10.8 – Outros transtornos mentais e de comportamento

F10.9 – Transtorno mental e de comportamento não especificado.

(Organização Mundial da Saúde, 1996, p. 69).

Na maioria dos países, a bebida alcoólica é aceita sem restrições. Apesar de ser amplamente utilizada como maneira de socialização, estima-se que 25% da população mundial adulta já sofreu alguma consequência negativa ocasionada por esse consumo (Duncan, Giugliani & Schmidt, 2004). De acordo com Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira e Ferraz (2006), entre os anos de 1970 e 1996 houve um aumento de 74,53% dos consumidores de bebida alcoólica no Brasil. Este aumento reflete nos custos sociais em saúde, estimando que o Brasil possui um gasto de 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) com problemas associados ao álcool.

Em pesquisa realizada na cidade de Recife, sobre o consumo de álcool entre homens, foi encontrada uma série de documentos que indicam a adoção de medidas antialcoólicas elaboradas pela ciência médica, a fim de preservar a saúde dos cidadãos em geral. Considerou-se tradicionalmente que o consumidor de álcool, além de prejudicar a si mesmo, traz danos também à família e à sociedade em geral (Rosa, 2003).

Oliveira (2004) demonstra que a mídia associa características de masculinidade hegemônicas, como a virilidade, ao consumo de álcool. Essa

estratégia instiga muitos homens ao consumo de álcool a fim de demonstrar ter e de reafirmar características de masculinidade.

Pensando no homem e em sua relação com a bebida alcoólica, Matos (2000) afirma que há uma forte associação entre a prática do consumo de álcool e a masculinidade. É valorizado que o homem apresente um grande desenvolvimento de sua masculinidade, e isso inclui características específicas, como coragem, desinibição, força e virilidade. Essa desejabilidade, associada às campanhas alcoólicas que explicitam a relação entre masculinidade e bebida alcoólica, contribui sobremaneira para o alto consumo de álcool entre os homens (Rosa, 2003).

Diversos trabalhos apresentam a discrepância entre os homens e as mulheres quanto ao consumo de álcool (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007; Fachini & Furtado, 2011, Colares, Franca & Gonzalez, 2009; Laranjeira, Madruga, Pinsky, Caetano, Ribeiro & Mitsuhiro, 2013). Em geral, o índice de abstinência entre as mulheres é 40% maior do que entre os homens.

Fachini e Furtado (2011), apresentam as diferenças entre os gêneros quanto à expectativa de consumo de álcool e sua influência no comportamento. Destacam as diferenças nas expectativas direcionadas ao homem e à mulher, fruto dos aspectos histórico e cultural da sociedade. Para os homens, o uso de álcool estava relacionado ao aprimoramento da sexualidade, ao aumento da agressividade, à diminuição do uso de preservativo e redução da tensão. Já as expectativas direcionadas às mulheres foram consideravelmente menores, destacando-se somente o prejuízo cognitivo-comportamental. O álcool como facilitador social apareceu para ambos os sexos. Por fim, uma diferença cultural

entre o lidar com a bebida entre homens e mulheres foi encontrada. Para os homens, há uma maior tolerância quanto à quantidade do consumo e, por isso, o gênero masculino apresentou maiores expectativas de consumo de álcool.

Costa, et al. (2004) realizaram um estudo com a população de uma cidade de zona urbana, a fim de conhecer os aspectos de saúde da população. Foram entrevistadas 1.968 pessoas, das quais 21% relataram nunca ter ingerido bebida alcoólica, 65.1% possuem nível moderado de consumo e 14.3% demonstraram um nível abusivo da substância (3.7% entre as mulheres e 29.2% entre os homens). Esse resultado é maior do que o indicado pela literatura para consumo abusivo de álcool, contudo a discrepância entre o maior consumo pelo sexo masculino e o baixo consumo pelo sexo feminino, corrobora com os achados em estudos anteriores que utilizaram os critérios diagnósticos do DSM III e IV.

Ainda no mesmo estudo, foi sugerido que os usuários de álcool têm menor cuidado com a saúde, inclusive com menor frequência às consultas médicas. Além disso, os fumantes apresentaram maior prevalência de consumo abusivo de álcool, assim como os participantes com doença crônica. Tendo em vista os dados encontrados, foi sugerido que os profissionais de saúde devem se atentar à realidade da população e criar estratégias para alcançar os grupos com maior risco, visando diminuir o abuso da substância (Costa et al., 2004).

Em outro estudo, Chagas, Hildebrandt, Leite, Stumm e Vianna (2010), entrevistaram 10 alcoolistas em um grupo de Alcoólicos Anônimos e também constataram que os participantes eram cientes de sua condição de consumidores de álcool e das consequências do mesmo em seus contextos de vida. Em geral, compreendem o alcoolismo como doença que tende a progredir com o tempo,

influenciadas principalmente por fatores emocionais como relações familiares e influência de amigos. Diante dos problemas gerados pelo consumo excessivo de álcool, no contexto familiar, físico, social, de trabalho, entre outros, os participantes buscaram por ajuda no sentido de melhora à saúde, ao controle do consumo e indicaram a importância da religião neste controle da compulsão por bebida alcoólica.

No I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado por Laranjeira (et.al. 2007), verificou-se que 48% da população cita ser abstinente, 24% bebem frequentemente e em grande quantidade, 29% bebem pouco e 12% apresentam ter problemas com álcool. Além disso, 52% da população brasileira acima de 18 anos, beberam no mínimo uma vez nos últimos 12 meses. Os homens e as mulheres se diferenciaram em 24 pontos percentuais no consumo de álcool, uma vez que 41% destes eram mulheres e 65% homens. Um dado importante, ainda, é que 11% dos homens fazem uso de álcool muito frequentemente (todos os dias) e 28% fazem um consumo frequente (1 a 4 vezes por semana).

Ainda neste levantamento sobre o consumo de álcool (Laranjeira *et al.*, 2007), destaca-se que 65% dos estudantes do Ensino Fundamental já fizeram uso de bebida alcoólica, 11% ingeriram mais de seis vezes no último mês e 7% demonstraram uso pesado (cerca de 20 vezes no mês). A média do início de consumo se deu aos 12 anos, contudo essa idade é ainda menor quando se referem a crianças em situação de rua, tendo o início de consumo com cerca de nove anos de idade.

Para Souza (2005), o uso do álcool pode ser considerado um problema de saúde pública e deve ter a atenção dos serviços de saúde, principalmente da APS. Falar sobre alcoolismo se torna difícil uma vez que não é um problema com delimitações claras, mas sim uma nomenclatura genérica que pode se referir aos vários modos de utilização da substância. Em seu trabalho, o autor apresenta o número de pessoas, acima de 15 anos, atendidas pelo PSF entre 1998 a 2004, assim como identifica as pessoas com alcoolismo desta população cadastrada. Verificou-se um grande aumento da população cadastrada, entretanto o número de pessoas classificadas como alcoolistas foi proporcionalmente menor em 2004, quando comparado aos anos anteriores. Essa redução dos cadastrados com alcoolismo ao mesmo tempo em que o cadastro da população aumenta, demonstra uma menor atenção da equipe de saúde e a escassez de ações voltadas para esse público nos serviços de Saúde da Família (Souza, 2005).

De acordo com Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira e Ferraz (2006), 85% das internações decorrentes do consumo de drogas são específicas do excesso de álcool, 20% das internações gerais também estão relacionadas ao álcool e das internações psiquiátricas de homens, 50% também estão associadas ao alcoolismo. Além dos problemas de saúde que causam danos ao usuário, o problema se estende à ordem coletiva. Especula-se que o gasto de dinheiro público direcionado aos problemas gerados pelo uso do álcool somam cerca de 7,3% do PIB (Produto Interno Bruto).

O trabalho de Babor e Higgins-Biddle (2001) aborda a importância da intervenção breve para o consumo nocivo de bebida alcoólica. Os autores apontam que as intervenções breves objetivam identificar o problema ocasionado

pelo consumo de álcool e promover estratégias para minimizar os danos. Não se deve restringir a aplicação da intervenção breve para os usuários com diagnóstico (ou estereótipo) de alcoolista, ela deve ser aplicada a toda a gama de consumidores de álcool que podem vir a ter problemas derivados do consumo. Acerca do atendimento ao consumidor de álcool na APS, o estudo aponta que este deve ser considerado em sua totalidade, uma vez que gera problemas relacionados à saúde, e também afeta o modo de vida das pessoas próximas.

Souza (2012) verificou que os modos como os profissionais de saúde representam o alcoolismo atingem diretamente a forma como os usuários dependentes de álcool são tratados quando utilizam Unidades de Saúde da Família. Com o apoio do método de observação participante, com aplicação de entrevistas e questionários a profissionais de USF, o autor constatou uma atuação profissional com maior ênfase no paradigma biomédico e variadas formas de exclusão física e simbólica dos usuários alcoolistas. Apesar de a Unidade de Saúde da Família ser considerada importante para esses usuários, o alcoolismo além de ser pensado como doença, desperta também um tratamento como problema social, relacionado à doença. Atribuir o alcoolismo ao pobre ainda é, e foi ao longo dos tempos, algo naturalizado e frequente. As representações encontradas acerca do alcoolismo fazem menção não somente à doença, restrita ao excesso de consumo de álcool, mas também às características sociais em que o sujeito está inserido. A ideia de que *"Só o 'pobre' poderia ser o verdadeiro bêbado em todas as suas manifestações de miséria física, material e moral"* (Souza, 2012, p. 547) mostrou-se forte nas representações dos profissionais investigados.

Nos estudos que compõem esta dissertação, a Teoria das representações sociais também foi utilizada como um instrumento para compreender as relações que envolvem os usuários do sistema público de saúde e a bebida alcoólica.

1.5 A Teoria das Representações Sociais

O conjunto dos dados coletados com a pesquisa proposta neste projeto dirá respeito a diferentes aspectos das percepções e das crenças de homens usuários de Unidades de Saúde da Família. Para refletir sobre esse conjunto de dados, utilizaremos a Teoria das Representações Sociais, principalmente por alcançar e valorizar aspectos psicossociais que permeiam as práticas cotidianas. De acordo com Moscovici (2003), as representações sociais (RS) são saberes do senso comum que orientam e justificam comportamentos, saberes compartilhados pelas pessoas em suas interações e que sempre se referem a um determinado objeto.

A Teoria das Representações Sociais surgiu em 1961 na França, com o trabalho de Serge Moscovici *La Psychanalyse, son image et son public.* Após a disseminação desta obra, vários estudiosos continuaram as pesquisas em RS, além disso, um contínuo crescimento de publicações neste tema é encontrado (Sá, 1996).

As representações orientam práticas cotidianas e contribuem para a construção e a manutenção das identidades sociais. Pode-se dizer que as Representações Sociais são construídas por dinâmicas de interação e comunicação e, por fazerem parte das vivências pessoais e interpessoais, devem ser compreendidas neste contexto de produção (Moscovici, 2003).

Pensando na relação entre o social e o funcionamento cognitivo, Moscovici (1978) apresenta o contexto em que as representações são elaboradas: dispersão da informação, pressão para inferência e focalização. O primeiro desses critérios se refere às informações que o sujeito passa a ter sobre o objeto; a pressão à inferência é a influência exercida pelo contexto para que o sujeito dê sua opinião sobre o objeto, o que exige a comunicação e, muitas vezes, busca de consenso com seu grupo; a focalização faz referência ao interesse que o sujeito, tendo em vista suas pertenças grupais e culturais, tem sobre determinados aspectos do objeto, negligenciando outros, de acordo com suas preocupações e necessidades, o que interfere diretamente na representação que será formada do objeto em questão. A partir destes processos, a comunicação entre o grupo é facilitada, os conhecimentos são mais facilmente compartilhados e as representações que são formadas orientam as condutas cotidianas. Por ser relevante na sociedade, pode-se inferir que a bebida alcoólica cumpre os critérios comentados acima e é um objeto-alvo de representações sociais geradas em diferentes grupos, inclusive entre os participantes da pesquisa proposta aqui.

Primeiramente, o objeto deve ser conhecido pelo grupo, produzido e compartilhado pelas pessoas no dia-a-dia. Além disso, as características direcionadas ao objeto servem como guia comportamental nas ações cotidianas, as concepções formadas em torno do objeto devem colaborar para a formação da identidade de um grupo social. A partir das vivências cotidianas, sujeitos e grupos produzem ativamente representações sociais, com base em informações sócio-históricas arraigadas e em novos elementos criados nos âmbitos social e grupal (Moscovici, 2003).

As representações sociais possuem principalmente três funções: social (orientação da comunicação e das condutas), afetiva (proteção da identidade social) e a cognitiva (familiarização com o novo). Além de possibilitarem a comunicação da sociedade em que são produzidas, servem também como guia das práticas diárias (Moscovici, 2003).

A comunicação oral fortalece as relações sociais e é um importante instrumento para a formação, difusão e manutenção das representações sociais. A apropriação das informações interfere diretamente nas práticas desenvolvidas, acabando por ser um guia de comportamentos (Trindade, 2005).

Dois processos ocorrem simultaneamente para a formação das representações sociais: a objetivação e a ancoragem. Na objetivação, o sujeito cria imagens para tornar concreto o conceito do objeto. Já na ancoragem, atribui-se um significado ao objeto, relacionando-o a algo já conhecido anteriormente, formando ideias positivas ou negativas, as quais irão influenciar as ações futuras frente ao objeto. Utilizando esses dois conceitos, pode-se notar a influência da sociedade na elaboração cognitiva do sujeito e vice-versa. O objetivo final é de tornar algo desconhecido em familiar, mas para isso é necessário tanto a articulação com outros objetos, quanto a adição de novas características (Moscovici, 1978).

A abordagem estrutural de Abric sugere que as RS possuem vários elementos associados, que em conjunto formam uma estrutura organizada e funcional, a qual orienta as práticas sociais de determinados grupos. Esta teoria foi iniciada em 1976, a fim de defender uma organização cognitiva nas representações sociais que circulam na sociedade. O significado das

representações, nesse caso, é dado pelo conjunto de características distribuídas em um núcleo central ou em torno dele, que refere-se a determinado objeto (Abric, 2000). Um dos estudos que compõem este trabalho fará referência a essas considerações estruturais.

O núcleo central possui duas funções: a geradora e a organizadora. Na primeira, os elementos de RS são construídos ou transformados e são eles que fornecem significado ao objeto. A segunda tem a função de ordenar e consolidar as RS, onde os elementos de representação são organizados em torno de um núcleo central e contribuem para dar significado ao objeto. Desta maneira, o sujeito pode compreender a realidade, a partir de suas experiências e da convivência na sociedade (Abric, 2000).

O núcleo central apresenta maior rigidez e menor possibilidade de mudança, já o sistema periférico das RS possui maior flexibilidade e, por isso, permite mudanças mais rápidas. Este apresenta elementos gerados a partir de aspectos cotidianos específicos de um contexto recente a fim de contribuir na adaptação às situações cotidianas. Apesar desta característica, são direcionadas pelo núcleo central, o qual abriga e estabiliza as RS e, caso haja alguma modificação nesse núcleo, haverá também mudança nas representações sociais (Abric, 2000).

Diante do que foi dito, acredita-se que a Teoria das Representações Sociais serve como rico instrumento para refletir sobre as ideias que são compartilhadas por grupos sociais específicos e sobre as práticas sociais. Para Jovechelovitch (2004), é importante analisar as representações sociais em seu contexto de produção, em meio às relações interpessoais. As representações

servem como mediadoras, tanto nas relações entre as pessoas, quanto nas relações das pessoas com o mundo. O homem participa da construção de sua sociedade a partir de suas interações e é também influenciado por aquilo que já foi estabelecido por outros. Propõe-se que o ser humano convive em uma relação dialética com aquilo que o cerca em seu contexto de vida.

As representações circulam no cotidiano, e são sempre produto e processo. Por serem compartilhadas, elas se tornam estáveis (Carvalho & Arruda, 2008). Em sua reflexão teórica sobre o boato e a fofoca como objeto de estudo, Trindade (2005) faz vários apontamentos importantes para essa discussão. Em primeiro lugar, reconhecer e valorizar o senso comum como um saber relevante se faz pertinente. O saber de senso comum é cultural e historicamente construído e deve ser entendido como uma forma de saber diferente do saber científico, mas que possui sua importância e efetividade, uma vez que contribui para construir a realidade.

Deve-se destacar que as representações sociais não são fixas, mas sempre alvo de reinvenções, de acordo com as novas vivências. Os pensamentos não são todos consensuais, sendo isso importante para que novas representações sejam criadas a partir das divergências geradas (Moscovici, 2003).

Em diferentes sociedades e tempos históricos, representações de determinados objetos se modificaram totalmente, algumas outras se modificaram parcialmente, e também algumas se mantiveram. Isso depende das circunstâncias que se colocam, e as representações sociais têm como função neste meio, de tornar conhecido aquilo que era desconhecido. Sendo assim, o

senso comum vive na representação que as pessoas criam, seguindo sempre uma lógica de associação para tornar familiar o objeto. Por isso que as representações estão em meio às interações, no senso comum e na história (Carvalho & Arruda, 2008). Com relação à masculinidade, suas representações circulam na sociedade e tendem a guiar as práticas não somente dos homens, mas também das mulheres.

A realização deste estudo foi pensada com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada pelos homens, sua relação com a masculinidade, as vivências com o álcool e seus aspectos de qualidade de vida. Com ele esperamos gerar conhecimento que contribua para a criação de estratégias de atendimento direcionada à população masculina, ainda pouco presente nas Unidades de Saúde para busca de cuidado.

1.6 Justificativa

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem descreve alto índice de morbidade e mortalidade entre os homens da população brasileira. A expectativa de vida dos homens é reduzida em cerca de três anos em comparação com as mulheres. As causas mais comuns de morte seriam evitadas com estratégias de prevenção operadas pela Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2009).

Ao entender o consumo de álcool como de difícil delimitação, pode-se pensar em formas de acompanhamento diferenciadas ao usuário, já que não se trata de um quadro com diagnósticos e práticas curativas claras, mas pode-se dizer que problemas relacionados com álcool são, para o usuário, parte

importante de um “estilo de vida” (Babor & Higgins-Biddle, 2001), e o desafio para a Equipe de Saúde da Família é justamente atuar com um olhar amplo e trabalhar para modificar estes estilos de vida (Brasil, 2011). Desse modo, será possível ultrapassar práticas somente curativas, e ampliar o trabalho para a promoção da saúde em relação aos usuários com problemas com álcool.

Atualmente, estima-se que cerca de 10% da população possui dependência de bebida alcoólica, número bastante significativo, inclusive visto como um problema de saúde pública. Além disso, a dificuldade nos serviços de saúde de se fazer um diagnóstico rápido também está presente, além da dificuldade em construir estratégias de atendimento direcionadas a esta população.

Considerando o caráter emergente do campo, a presente pesquisa aborda aspectos relevantes para a saúde masculina: qualidade de vida, masculinidade e alcoolismo. Pretendeu-se explorar vivências, percepções e crenças da população de homens atendidos por uma Unidade de Saúde da Família sobre tais fenômenos, contribuindo com produções científicas sobre o tema, além de contribuições para ampliar a forma de atuação dos profissionais de saúde com o público masculino, o que é possível com um conhecimento mais profundo da realidade do usuário no sistema de saúde.

1.7 Aspectos Éticos

Os cuidados éticos necessários para a realização da pesquisa foram tomados, com o atendimento às normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Psicologia (010/2012) e do Conselho Nacional de Saúde (2012). Além disso, foi

utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A**)** e a autorização foi dada pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Anexo A) e pela Prefeitura de Vitória (Anexo B).

No momento do convite para a participação da pesquisa foram explicados os objetivos da pesquisa, sua contribuição para a mesma, e assegurado ao anonimato. A participação na pesquisa não ofereceu nenhum risco à integridade do participante, assim como era livre a desistência a qualquer momento.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Explorar e analisar aspectos relevantes para a Saúde do Homem em usuários de Unidade de Saúde da Família e suas relações com o consumo de álcool, envolvendo: qualidade de vida percebida, autoatribuição de características de gênero, níveis de consumo de álcool e representações sociais construídas por esses homens sobre bebida alcoólica.

2.2. Objetivos específicos

– Descrever os participantes em termos de qualidade de vida percebida, características autoatribuídas de gênero, uso de álcool e possível presença de problemas com álcool;

– Investigar representações sociais sobre “bebidas alcoólicas” na população participante;

– Analisar possíveis correlações entre problemas com álcool, qualidade de vida e masculinidade.

2.3 Objetivos do Estudo 1

2.3.1 Objetivo Geral

Investigar padrões de consumo de álcool, características autoatribuídas de gênero e percepções sobre qualidade de vida em homens usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF), bem como as possíveis correlações entre essas variáveis.

2.3.2 Objetivos Específicos

– Descrever os participantes em termos de qualidade de vida percebida, características autoatribuídas de gênero, uso de álcool e possível presença de problemas com álcool;

– Analisar possíveis correlações entre problemas com álcool, qualidade de vida e masculinidade.

2.4 Objetivos do Estudo 2

2.4.1 Objetivo Geral

Identificar elementos de representações sociais das bebidas alcoólicas, compartilhados por homens adultos, usuários de Unidade de Saúde da Família.

2.4.2 Objetivos Específicos

– Investigar representações sociais sobre “bebidas alcoólicas” na população participante;

– Analisar possíveis diferenças nos elementos de representação social, de acordo com os padrões de consumo de álcool.

3. Metodologia

Esta pesquisa é composta por dois estudos complementares. O primeiro estudo pode ser caracterizado como quantitativo, de natureza exploratória e correlacional, o qual visa a compreensão de como os participantes se relacionam com o álcool e como percebem sua relação com a masculinidade e aspectos de sua qualidade de vida. Os dados foram coletados com a utilização de questionários, em entrevistas individuais com os participantes. O segundo estudo, também exploratório e quantitativo no que diz respeito ao método de análise, buscou apreender as representações sociais de bebida alcoólica construídas por homens usuários de Unidade de Saúde da Família a partir de exercícios de evocação de palavras. A opção pela realização de dois estudos deu-se, principalmente, para possibilitar atingir o objetivo geral da pesquisa, uma vez que o volume de dados coletados e analisados foi grande. Dessa maneira, uma manipulação e discussão mais adequada dos dados foi possível.

A pesquisa foi realizada com a colaboração de uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória (ES). A escolha da Unidade se deu com base nos seguintes critérios: atendia a uma população relativamente grande, de cerca de

14 mil habitantes, de classe popular; poucos usuários (3%) possuíam plano de saúde privado, segundo dados da própria Unidade. Os dados coletados se referem a homens das camadas empobrecidas da população do município, que frequentavam a referida Unidade.

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), foi realizado contato com a Unidade de Saúde e foram iniciados os trabalhos. A coleta de dados foi realizada com 300 participantes e o período foi de cerca de seis meses, com média de 60 minutos para cada entrevista, todas realizadas pela pesquisadora no interior da USF, a fim de garantir a confiabilidade das respostas.

Ao início das entrevistas, observaram-se que alguns participantes possuíam dificuldades em interpretar os significados de algumas palavras e/ou perguntas realizadas no momento da entrevista. Viu-se, então, a necessidade de uma explicação padronizada dos significados das palavras ou expressões trazidas pelo questionário, sendo criado um glossário padrão de explicação e fornecido ao participante no momento da entrevista. Além disso, outros recursos visuais também foram utilizados na entrevista, a fim de facilitar a compreensão daquilo que se queria apreender. No final estão inseridos os instrumentos (Apêndice B), o glossário (Apêndice D), e um recurso visual para facilitar o entendimento do instrumento (Apêndice C).

A dissertação é composta por dois artigos. O percurso metodológico de cada um dos dois estudos é detalhado nos respectivos trabalhos. Por se tratarem de artigos que serão enviados separadamente para publicação, pode haver repetição de trechos já redigidos na introdução teórica e/ou dos dados dos participantes. O quarto capítulo traz considerações finais sobre a pesquisa.

4. Artigo 1: Consumo de Álcool, Gênero e Qualidade de Vida em Homens de Classe Popular, Usuários de Unidade de Saúde da Família.

Resumo

O tema da saúde masculina ganhou, nos últimos anos, destaque como política pública. O objetivo da pesquisa foi investigar e correlacionar características sociodemográficas, padrões de consumo de álcool, características autoatribuídas de gênero e percepções sobre qualidade de vida de usuários de Unidade de Saúde da Família (USF), tomando o consumo de álcool como principal variável dependente. Partiu-se das hipóteses que maiores níveis de problemas com o álcool estariam positivamente correlacionados com a autoatribuição de características de masculinidade hegemônica e negativamente correlacionados com a percepção de satisfação quanto à qualidade de vida. Foram aplicados os seguintes questionários: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit), *World Health Organization Quality of Life* (Whoqol-bref), *Bem Sex-Role Inventory* (BSRI), além de perguntas sobre problemas com o álcool e busca de tratamento e questionário sociodemográfico. Participaram 300 homens adultos recrutados em uma USF. Os dados foram analisados com testes estatísticos de comparação de médias e de correlação. Constatou-se adesão mais alta a características femininas, percepção de qualidade de vida adequada e padrões de consumo de álcool semelhantes às médias nacionais. Participantes que se declararam praticantes de uma religião apresentaram menor consumo de álcool, assim como os evangélicos em comparação às outras religiões. Verificou-se que maior

consumo de álcool foi negativamente correlacionado com as características femininas de gênero, domínios físico, social, psicológico e percepção global de qualidade de vida. Esses dados podem ajudar profissionais de Saúde da Família a refletirem sobre as representações sociais que constroem acerca dos homens de classe popular usuários do serviço.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Qualidade de Vida, Alcoolismo, Gênero.

Abstract

The theme male health has gained, over the past few years, prominence as public policy. Among the factors which affect the men's health, the patterns of alcohol consumerism, the quality of life and the characteristic of masculinity stand out as a relevant aspect to be considered. The purpose of this research is to investigate and correlate the variables: the patterns of alcohol consumerism, self-assigned genre characteristics and perceptions about quality of life from consumers from a Family Healthcare Centre in Vitória – ES, taking the alcohol consumerism as the main dependent variable. Starting from the hypothesis that bigger levels of alcohol problems would be positively correlated to the self-assignment of hegemonic male characteristics and negatively correlated to the satisfaction perception when it comes to the quality of life. Were applied the following questionnaires: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit) to investigate the patterns of alcohol consumerism, *World Health Organization Quality of Life* (Whoqol-bref) to apprehend the aspects of quality of life, *Bem Sex-Role Inventory* (BSRI) to identify the genre characteristic, questions about alcohol issues and treatment seeking and sociodemographic questionnaire. 300 adult men recreated at USF took part. The data were analyzed with comparison of averages and correlation statistical tests. It was noted higher adhesion to feminine characteristics, perception of appropriate quality of life to the patterns of alcohol consumerism similar to the national average. Participants who were self-declared religious presented lower alcohol consumption, such as the evangelicals in comparison to other religions. It was verified that the highest alcohol consumption was negatively correlated to the female genre characteristics, physical, social, psychological domination and

perception of global quality of life. The results showed that the female characteristics work as a protection factor to the use of alcohol and, when it comes to the quality of life, a satisfactory perception is demonstrated by the participants. Alcohol consumers demonstrated perceiving problems associated to their own consumerism. Those data can help family healthcare professionals to reflect about the social representations they create about low income class service users men.

Key-words: Primary Attention to Healthcare, Quality of Life, Alcoholism, Genre.

Resumen

La salud en el género masculino, se destacó en los últimos años, en el ambiente de salud pública. El objetivo de la investigación fue estudiar y correlacionar características sociodemográficas, patrones de consumo de alcohol, características auto atribuidas del género y percepciones sobre la calidad de vida de los usuarios que asisten a la Unidad de Salud de la Familia (USF), analizando el consumo de alcohol como la principal variable dependiente. Partiendo de la hipótesis que niveles aumentados de problemas por el consumo de alcohol estarían positivamente correlacionados con el auto atribución de características de masculinidad hegemónica y negativamente correlacionado con la percepción de satisfacción con la calidad de vida. Se administraron los siguientes cuestionarios: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit), *World Health Organization Quality of Life* (Whoqol-bref), *Bem Sex-Role Inventorey* (BSRI), encuesta sobre los problemas con el alcohol y la búsqueda del tratamiento y un cuestionario sociodemográfico. Participaron 300 pacientes del género masculino que asisten a la USF. Los datos fueron analizados con pruebas estadísticas para la comparación de medias y la correlación. Los resultados observados son una alta adhesión de características femeninas, percepción de la calidad de vida adecuada y patrones de consumo de alcohol similares a la media nacional. Los participantes que declararon practicar una religión presentan menor consumo de alcohol, así como los evangélicos en comparación con otras religiones. Se verificó que un mayor consumo de alcohol se correlacionó negativamente con las características femeninas de género, físicas, sociales, psicológicas, y la percepción general de la calidad de vida. Estos datos pueden ayudar a los

profesionales de la salud de la familia a reflexionar sobre las representaciones sociales de los hombres que construyen las clases populares de los usuarios del servicio.

Palabras-Clave: atención primaria de la salud, calidad de vida, el alcoholismo, género.

1. Introdução

Com o objetivo de investigar padrões de consumo de álcool, características autoatribuídas de gênero e percepções sobre qualidade de vida em homens usuários de Atenção Primária à Saúde (APS), foi realizada uma pesquisa com 300 usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF). As análises enfocaram principalmente o consumo de bebida alcoólica. Abordaram a relação desse consumo com percepções sobre “qualidade de vida” e “gênero”.

Segundo Burr (2002) gênero pode ser conceituado como conjunto de significados histórica e socialmente atribuídos aos sexos, formas socioculturais de transformar machos e fêmeas em homens e mulheres. Uma visão interacionista sobre os estereótipos de gênero, imagens, ideias e valores associados a cada sexo, considera-os como produtos de interações complexas entre fatores biológicos e culturais.

Discussões acerca da Saúde do Homem estão ganhando cada vez mais espaço no Brasil, principalmente por essa população apresentar altas taxas de morbimortalidade, pouca procura pelos serviços de Atenção Primária à Saúde e priorização (inadequada) da atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Essa privação de cuidados básicos gera, além de agravos físicos, dificuldades para conservar a qualidade de vida, tanto do paciente quanto de seus familiares. As causas dessa baixa procura pela APS são institucionais e socioculturais (Brasil, 2009).

Sobre as barreiras institucionais, Gomes, Schraiber, Couto, Valença, Silva, Figueiredo, Santos, Barbosa, & Pinheiro (2011), em sua pesquisa sobre o atendimento de saúde direcionado ao homem, constataram que

independentemente da idade, os homens atribuem como essencial em um atendimento de saúde: a disposição dos funcionários para um bom atendimento, a atenção à demanda apresentada, a comunicação e a prontidão dos profissionais, características pouco encontradas nos serviços de saúde, de acordo com o relato dos participantes. Esses serviços parecem relutar em considerar a população masculina adulta como alvo de cuidados típicos da APS (prevenção, promoção de saúde).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem fala sobre a dificuldade de conciliar o horário de trabalho com aquele da consulta e sobre a concepção de que o homem não procura serviços de APS em parte porque esses serviços são identificados como espaços “femininos”. A Política menciona ainda a escassez de estratégias dirigidas especificamente à população masculina e a dificuldade, da parte dos profissionais, de encarar os homens como alvo de cuidados primários. As políticas públicas de saúde tradicionalmente privilegiaram as ações direcionadas à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso, sendo recente a inclusão do homem em uma política de saúde direcionada (Brasil, 2009).

Acerca das barreiras culturais, os estereótipos de gênero ajudam a determinar a baixa procura por cuidado à saúde. A “masculinidade hegemônica” não tolera vulnerabilidade e encara o adoecimento como sinal de fraqueza. Além disso, o “cuidado”, de forma geral, foi tradicionalmente responsabilidade atribuída à mulher, inclusive as ações de cuidado à saúde (Brasil, 2009).

Sobre o termo “masculinidade hegemônica”, Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez, & Ceotto (2011) o relacionam às características atribuídas

tradicionalmente à masculinidade, tais como força, ousadia, ambição, coragem, sexualidade agressiva, pouca sensibilidade, entre outras. Utilizado inicialmente por Connel (1987), o termo “masculinidade hegemônica” se refere a uma construção social com base em estereótipos, que veicula normas e que serve como base para comportamentos. É um constructo que circula na sociedade e tem poder de controle sobre os comportamentos apesar de ser um modelo ideal e virtualmente inalcançável (Almeida, 1996).

Couto (2002) afirma que a “masculinidade hegemônica” nas classes populares pode se traduzir nas seguintes ideias: o desejo sexual insaciável, visto como natural ao homem, pode conduzi-lo à infidelidade; o homem tem o dever de provimento financeiro do lar (a eventual contribuição financeira da mulher entendida como “ajuda”); o homem deve ser “honrado”, colocando-se como o padrão da moralidade doméstica; deve controlar a sexualidade da mulher (a possível infidelidade feminina sendo entendida como questionamento da virilidade do marido) e deve controlar sua própria vontade, ter o domínio sobre seus impulsos.

Comparando os dados relacionados à saúde entre homens e mulheres, Batista (2005), analisou a taxa de mortalidade da população do estado de São Paulo e constatou maior mortalidade do sexo masculino em comparação ao sexo feminino. Uma das possibilidades proposta por ele para essa diferença é o estilo de vida adquirido e vivenciado por cada sexo, o que se relaciona com as causas da prevalência das mortes, como câncer de pulmão, mortes violentas, alcoolismo e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em homens. O autor recolheu

evidências de que as taxas de mortalidade entre homens são maiores em indivíduos de baixa escolaridade e renda.

Nos estudos acerca da saúde do homem, relaciona-se o modelo hegemônico de masculinidade com a morbimortalidade masculina, já que os hábitos de cuidado são direcionados à mulher (Trindade, et.al., 2011). Courtenay (2000) constatou as diferenças de cuidado com a saúde entre homens e mulheres. Em geral, mulheres apresentam expectativa de vida de sete anos a mais do que os homens, o que se deve pelo menos em parte às construções sociais que orientam os comportamentos de ambos os sexos. Em geral, homens adotam posição de poder, assumindo riscos e, além disso, demonstram maior tendência à depressão e problemas cardíacos.

Schwarz, Gomes, Couto, Moura, Carvalho e Silva (2012) realizaram uma pesquisa epidemiológica e bibliográfica acerca da saúde do homem. Na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, as principais causas de mortalidade de homens, no país, foram: causas externas, doenças circulatórias, tumores, doenças do aparelho digestivo, anomalias clínicas e doenças infecciosas. Com relação à morbidade, as principais causas entre os homens são lesões, envenenamentos, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas, doenças do aparelho respiratório, transtornos mentais e comportamentais e neoplasias. Os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao consumo excessivo de álcool são as primeiras causas de morbidade entre homens de 30 a 39 anos.

Transtornos mentais, tais como definidos em manuais diagnósticos, agravam a morbimortalidade masculina e, dentre eles, destacam-se os

transtornos relacionados ao consumo de álcool. O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira constatou que 12% da população brasileira possui algum tipo de problema com o álcool que já requer cuidados específicos em saúde (dependência de álcool ou uso nocivo). De acordo com os resultados da pesquisa, 48% da população declara ser abstinente, 29% bebem “pouco” e 24% bebem “frequentemente e pesado”. A prática da abstinência entre os homens é 40% menor em comparação com as mulheres, o que é uma diferença bastante clara (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007).

Além da frequência de consumo, o estudo buscou investigar também a quantidade que se bebe, constatando que a mulher tem um consumo muito menor por ocasião sendo, em geral, consumidas até duas doses. Somente 17% das mulheres consumiram, no período de um ano anterior à pesquisa, cinco doses ou mais em pelo menos uma ocasião em que beberam, já 38% dos homens que apresentaram consumo no último ano ingeriram essa mesma dose em pelo menos uma ocasião (Laranjeira et.al., 2007).

Tendo em vista a dimensão dos problemas ocasionados pelo consumo de álcool, torna-se importante pensar ações interventivas para o público alcoolista. Dessa maneira, as intervenções breve tornam-se adequadas para atingir resultados com essa população, principalmente na APS. A OMS desenvolveu o Manual de Triagem e Intervenções Breves (TIB), para auxiliar os profissionais da saúde a lidar com os usuários que apresentam consumo de álcool em um nível de risco ou nocivo, como um elo entre a teoria e a prática. Deve-se manter um olhar amplo na identificação dos problemas, e um importante instrumento complementar é o AUDIT (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Em sua revisão de literatura, Duailibi e Laranjeira (2007) demonstram que o uso do álcool em níveis prejudiciais está associado a mais de 60 tipos de enfermidades, tais como desordens mentais, câncer, cirrose, e também com suicídios, com acidentes intencionais ou não, comportamento agressivo, conflitos familiares, acidentes no trabalho e produtividade reduzida. Associa-se também com comportamentos de risco, incluindo sexo sem proteção (implicando risco de exposição a doenças sexualmente transmissíveis) e uso de outras substâncias psicoativas. Os problemas ocasionados pelo álcool vão além de danos individuais e afetam amigos e familiares, assim como os envolvidos em acidentes relacionados ao consumo de álcool.

Com relação ao cuidado de saúde, Costa, Silveira, Gazalle, Oliveira, Hallal, Menezes, Gigante, Olinto, & Macedo (2004) destacaram que os usuários de bebida alcoólica têm menor cuidado com a saúde, inclusive com menor frequência às consultas médicas. A literatura científica sugere que a maior adesão às características de masculinidade hegemônica predispõe os homens a maiores níveis de problemas com o álcool (Mendoza, 2004; Trindade, et.al., 2011).

As pesquisas de Bem (1981) sobre gênero indicaram que características sexuais são definidas a partir de atributos de desejabilidade social. Para a autora, desde cedo as pessoas constroem um sistema representacional que define padrões de comportamento para cada sexo. A pessoa tende a se diferenciar dos outros de acordo com os padrões sociais e, quando motivado a se ajustar, cria-se a identificação ao papel sexual tradicional. Quando não ocorre associação aos modelos tradicionais de gênero, têm-se níveis de androginia como uma forma

diferenciada de identificação psicológica. Esta seria uma forma diferente de interpretação das informações contidas no meio.

As características andróginas demonstram maior flexibilidade no que diz respeito aos papéis sexuais. Pessoas com tais características demonstraram maior correlação com criatividade (Jonsson & Carlsson, 2000), adaptação às diversas situações (Hernandez, 2009), melhores maneiras para lidar com estressores e menores níveis de depressão (Cheng, 2005). Essas pesquisas indicaram que maiores níveis de saúde mental são experimentados por pessoas com traços de androginia.

Nas representações tradicionais de gênero, homens e mulheres se definem por oposição. Uma contribuição significativa foi trazida por Bem (1974), ao inserir a reflexão sobre a androginia em seus estudos, além de uma visão mais ampla sobre as categorias feminina e masculina, geradas a partir de atribuição psicológica, social e cultural (Lobato & Koller, 2003). A partir disso, o instrumento BSRI (*Bem Sex-Role Inventory*), desenvolvido por Bem (1974) e adaptado por Koller & Hutz (1990) tornou-se uma importante ferramenta para aferir papéis sexuais, já que compõe-se destes três aspectos de gênero.

Ao considerar que diferentes características de gênero podem influenciar os comportamentos das pessoas, principalmente as características tradicionalmente hegemônicas, a relação entre papéis sexuais e padrões de consumo de álcool na população se mostra como objeto interessante de investigação.

O consumo de álcool e seus efeitos devem ser considerados no contexto de vida mais amplo. Pensar nos aspectos de qualidade de vida fornece subsídios

para uma análise mais ampla sobre saúde, que inclua reflexões sobre o impacto do consumo de bebida, por exemplo, na vida do homem. A qualidade de vida, por ser multidimensional, inclui os aspectos gerais da vida do sujeito no processo de tratamento de saúde e na avaliação de seus resultados, o que amplia o olhar ao usuário.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu pesquisas acerca do tema da qualidade de vida e buscou considerar as particularidades culturais dos países (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999; Zapata & Romero, 2010). A fim de determinar uma melhor definição para o termo, três critérios foram escolhidos. São eles: a qualidade de vida parte da percepção do usuário e é, portanto, subjetiva; possui variadas dimensões e devem ser considerados os domínios físico, psicológico, social e ambiental; e a investigação sobre qualidade de vida deve incluir a percepção das dimensões positivas e negativas da experiência cotidiana.

A Organização Mundial da Saúde definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Whoqol group, 1997, p.1). Trata-se de um conceito amplo, uma vez que considera a complexidade do sujeito, sua saúde física e psicológica, seu nível de independência, suas relações pessoais, suas crenças e as características de seu ambiente.

A Saúde do Homem foi proposta recentemente como alvo de políticas, em especial em suas relações com a Atenção Primária à Saúde. Estudos citados mostraram que os problemas com o álcool são tópico particularmente relevante

no que diz respeito à saúde masculina e aos cuidados de APS. Indicaram que a adesão a ideais de masculinidade hegemônica pode ter impacto nos comportamentos de saúde, incluindo consumo de álcool. Mostraram a qualidade de vida como dimensão importante do trabalho realizado na APS, destinado não só à “cura de doenças”, mas, de um ponto de vista ampliado, à transformação de estilos de vida e dos determinantes biopsicossociais da saúde. A literatura consultada não apresentou estudos que tenham investigado a relação entre essas variáveis em homens de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família. Diante disso, pensar a relação entre o consumo de álcool, qualidade de vida e as características de masculinidade torna-se relevante.

Uma importante teoria utilizada como instrumento para auxiliar a análise dos dados foi a Teoria das Representações Sociais. Esta teoria, que tem como precursor Moscovici, propõe uma maior atenção ao saber construído pelo senso comum sobre um determinado objeto. É constituída a partir da interação social, sempre como parte das vivências cotidianas de grupos sociais. Esta interpretação do objeto orienta e justifica os comportamentos frente ao elemento representado, além de facilitar a comunicação.

As RS possuem três funções: social, afetiva e cognitiva, principalmente por orientar condutas frente ao objeto e facilitar a comunicação entre as pessoas (social). Além disso, a função afetiva protege a identidade social e, por fim, a familiarização com o novo objeto que se impõe no cotidiano faz parte da função cognitiva.

Para que seja possível a criação e circulação das representações, a comunicação, principalmente oral, é de extrema importância. Diante disso,

acredita-se que as RS possibilita uma reflexão das ideias apresentadas pelo grupo estudado.

O estudo relatado neste artigo teve o objetivo de investigar padrões de consumo de álcool, características autoatribuídas de gênero e percepções sobre qualidade de vida em homens usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF), bem como as possíveis correlações entre essas variáveis. A partir da revisão de literatura, foram indicadas as seguintes hipóteses, que foram testadas: maiores níveis de problemas com o álcool estariam positivamente correlacionados com a autoatribuição de características de masculinidade hegemônica e negativamente correlacionados com a percepção de satisfação quanto à qualidade de vida.

2. Método

2.1. Participantes e procedimentos

O estudo teve cunho exploratório e correlacional. Participaram 300 homens de classe popular, com 18 anos ou mais, usuários de uma USF de um município do sudeste brasileiro, urbano, que conta com população aproximada de 330 mil habitantes. O território sob responsabilidade da USF era constituído de cerca de 14 mil habitantes. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Federal e da prefeitura do município, os participantes foram abordados na USF. O recrutamento dos participantes foi realizado pela própria pesquisadora, que explicava os objetivos da pesquisa e convidava o usuário do

serviço a participar. Participaram do estudo somente os homens que frequentaram a USF escolhida durante o período de coleta dos dados.

Mediante explicação e aceitação de participação, todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora em um consultório cedido pela USF, a fim de garantir o sigilo das respostas dos participantes. O tempo de coleta durou em torno de seis meses e o tempo médio de aplicação de cada entrevista foi de 60 minutos. Apesar de os instrumentos poderem ser autoaplicados, optou-se pela aplicação de todos os questionários na forma de entrevista individual, tendo em vista dificuldades de escolarização e letramento características do público estudado. Além disso, essa forma de aplicação garantiu maior confiabilidade dos dados.

2.2. Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento composto por três questionários padronizados, além de perguntas sobre dados sociodemográficos. Os questionários utilizados são descritos a seguir, na mesma ordem em que foram aplicados.

- Questionário sociodemográfico;
- *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF), o qual avalia quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com 24 questões e duas questões sobre percepção global da qualidade de vida. A versão do Whoqol-*bref*, apesar de reduzida, apresentou confiabilidade e validade satisfatórias (Fleck, et al, 1999).

- *Bem Sex Role Inventory* (BSRI), para investigar percepções sobre características de gênero em meio aos participantes. As características foram agrupadas em masculinas, femininas ou neutras segundo os fatores analisados por Bem (1981). A escala é composta por 60 itens, 20 características masculinas, 20 femininas e 20 neutras, distribuídas de forma randômica e avaliadas por uma escala Likert. A instrução fornecida aos participantes foi: “a seguir, há uma lista com características comuns a diversas pessoas. Por favor, diga o quanto elas descrevem você. Quanto maior o número, mais adequada a descrição e vice-versa. Eu sou um homem...”. Como exemplos de características “masculinas”, tem-se: valente, influente, combativo e viril; “femininas”: romântico, feminino, prendado e carinhoso e “neutras”: ponderado, vulgar, sociável e invejoso. Foi utilizada uma escala do tipo Likert de 5 pontos (1 = nada, 2 = pouco, 3 = médio, 4 = muito, 5 = totalmente). Tendo em vista a dificuldade de interpretação das palavras por parte dos participantes, foi utilizado um glossário elaborado para sistematizar a aplicação e homogeneizar o sentido das palavras (Ceotto, 2013).
- *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), para investigar percepções sobre o consumo de álcool e níveis de problemas com o álcool. O instrumento é composto por 10 questões que avaliam frequência, quantidade e características do consumo de álcool nos últimos doze meses. Esse consumo apresenta quatro níveis de risco: a Zona de Risco I (até 7 pontos) se caracteriza como baixo risco, e inclui os participantes que se declararam abstinentes ou que obtiveram zero pontos no teste; a Zona de Risco II (8 a 15 pontos) corresponde a consumo arriscado, que já implicaria possíveis danos à saúde; a Zona de Risco III (16 a 19 pontos) indica uso prejudicial e a Zona de Risco IV (acima de 20 pontos) indica

possível “dependência de álcool” (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Segatto, Silva, Laranjeira & Pinsky, 2008).

- Duas questões sobre os problemas ocasionados pelo consumo de álcool e a procura por tratamento: “Você acha que o consumo de bebida alcoólica te causa algum problema na vida?” e “Você já procurou algum tipo de tratamento para o consumo de álcool?”.

2.3. Análise de dados

O tratamento dos dados se deu por meio de análises estatísticas, com auxílio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18,0. O valor de $p < ,05$ foi considerado como nível de significância estatística. Após digitados, os dados foram conferidos e analisados utilizando as seguintes técnicas: análise descritiva para apreciação dos dados gerais dos participantes, com frequência simples e relativa, média, mínimo, máximo e desvio padrão; Teste t para amostras independentes; Análise de variância (ANOVA); Coeficiente de Correlação de Pearson; coeficiente alfa de Cronbach.

Os dados foram discutidos a partir de uma perspectiva psicossocial, considerando os conceitos de gênero (tal como exposto anteriormente) e de representações sociais. Representações sociais são teorias de senso comum, construídas de forma coletiva e que têm notadamente a função de orientar a conduta (Moscovici, 2003). A discussão dos resultados incluiu comparações entre representações sociais construídas por profissionais a respeito dos usuários (Souza, 2012) e percepções dos usuários sobre si mesmos.

3. Resultados

A média de idade dos homens participantes do estudo foi de 43,14 (*DP* = 15,05) anos, com mínimo de 18 e máximo de 84 anos de idade. Outros resultados estão apresentados na tabela 1**,** que consta as principais características encontradas na população.

A maior parte declarou ter religião (*n* = 240, *%* = 80), e dentre eles 62,5% se declararam praticantes. Como religião predominante, verificou-se a evangélica (*n* = 125, *%* = 41,7), seguida pela religião católica (*n* = 112, *%* = 37,3). Sobre o bairro de residência, 80,7% dos participantes moravam nos bairros que faziam parte do território da USF. Os demais mudaram o local de moradia e ainda frequentavam o serviço.

Tabela 1:
Dados gerais da amostra de 300 homens, usuários de Unidade de Saúde da família, apresentados por ordem de frequência em cada categoria.

Variável	Categoria	n	%
Escolaridade	EFI	110	36,7
	EMC	73	24,3
	EMI	71	23,7
	ESC	15	5,0
	SE	11	3,7
	ESI	10	3,3
	EFC	10	3,3
Estado Civil	Casado	143	47,7
	União Estável	70	23,3
	Solteiro	67	22,3
	Divorciado	14	4,7
	Viúvo	6	2
Ter filhos	Sim	237	79
	Não	63	21
Trabalho	Sim	200	66,7
	Não	100	33,3
Renda familiar	1 e 3 SM	174	58
	3 e 5 SM	60	20
	1 SM	38	12,7
	Acima de 5 SM	28	9,3

Nota: [1]A variável escolaridade apresenta as categorias: EFI (Ensino Fundamental Incompleto), EMC (Ensino Médio Completo), EMI (Ensino Médio Incompleto), ESC (Ensino Superior Completo), SE (Sem Escolaridade), ESI (Ensino Superior Incompleto) e EFC (Ensino Fundamental Completo). [2] A renda familiar refere-se ao Salário mínimo (SM) de R$ 678,00 em vigor no ano de 2013.

Para verificar percepções sobre características de gênero em meio aos participantes, foi utilizado o instrumento *Bem Sex Role Inventory* (BSRI). Inicialmente foi realizada uma análise das médias dos três fatores que compõem a escala, somando-se as respostas dos participantes em cada grupo de características que compõem um fator e dividindo pelo total de participantes. Salienta-se que a escala variou entre 1 e 5 pontos. Os resultados obtidos foram: masculino (*M* = 3,10, *DP* =,5), feminino (*M* = 3,46, *DP* = ,5) e neutro (*M* = 2,7, *DP* = ,3). A consistência interna das respostas obtidas foi calculada com o valor alfa de *Cronbach*, o qual apresentou resultado de ,907, o que indica alta consistência. Pode-se observar que a característica com a maior média é a feminina, seguida pela masculina e, por fim, a neutra.

Na análise sobre a percepção da qualidade de vida, foram utilizadas as instruções do Manual do WHOQOL-Bref (Organização Mundial da Saúde, 1998), para apresentar os resultados dos domínios investigados em escala de 0 a 100. As médias foram acima de 50, o que demonstrou uma percepção satisfatória em todos os domínios de qualidade de vida. Em ordem decrescente, foi verificado o seguinte: domínio psicológico (*M* = 74,88, *DP* = 15,71), domínio físico (*M* = 68,58, *DP* = 18,91), domínio social (*M* = 65,69, *DP* = 22,98), percepção global (*M* = 60,12, *DP* = 22,49) e domínio ambiental (*M* = 57,96, *DP* = 17,53). O coeficiente de *Cronbach* se mostrou satisfatório com valor de ,825.

Foram avaliados quatro diferentes níveis de consumo de álcool por meio do AUDIT: as Zonas de risco I, II, III e IV descritas anteriormente, com as respectivas porcentagens de participantes: 61%, 21%, 7% e 11%. A validade do instrumento para a população estudada pode ser confirmada a partir do valor obtido pela

consistência interna da escala, que apresentou coeficiente de Cronbach de ,896, considerado satisfatória.

O Teste t para amostra independente foi utilizado para verificar possíveis diferenças significativas no consumo de álcool segundo variáveis sociodemográficas e segundo as duas questões sobre problemas ocasionados pelo consumo de álcool e procura por tratamento . Os resultados são expostos na Tabela 2.

Tabela 2:
Teste t entre consumo de álcool e variáveis sociodemográficas e entre consumo de álcool e as questões "Você acha que o consumo de bebida alcoólica te causa algum problema na vida?" e "Você já procurou algum tipo de tratamento para o consumo de álcool?".

	Resultados do AUDIT *M* (DP)	**Df**	**T**	**P**
Tem filhos?		298	1,63	0,10
Sim (n = 237)	8,19 (9,05)			
Não (n = 63)	6,15 (7,69)			
Possui trabalho?		298	1,33	0,18
Sim (n = 200)	8,25 (8,74)			
Não (n = 100)	6,81 (8,91)			
Possui religião?		298	-2,4	0,01
Sim (n = 240)	7,14 (8,61)			
Não (n = 60)	10,26 (9,22)			
É praticante da religião?		238	-5,25	< 0,001
Sim (n = 150)	5,0 (7,91)			
Não (n = 90)	10,72 (8,58)			
Você acha que o consumo de bebida alcoólica te causa algum problema na vida?		298	8,95	< 0,001
Sim (n = 176)	11,17 (9,54)			
Não (n = 124)	2,94 (4,36)			
Você já procurou algum tipo de tratamento para o consumo de álcool?		298	5,75	< 0,001
Sim (n = 24)	17,20 (14,12)			
Não (n = 276)	6,94 (7,70)			

Observa-se que não houve diferença quanto ao nível de consumo de álcool nos grupos que tinham ou não filhos e nos grupos que possuíam ou não trabalho. Acerca do aspecto religioso, foi verificado que participantes que declararam ter uma religião apresentaram menor nível de consumo de álcool. Dentre os participantes que afirmaram ter uma religião, aqueles que declararam praticá-la regularmente apresentaram nível de consumo de álcool significativamente menor que aqueles que se declararam não praticantes. Nota-se que a média de valores do AUDIT dos não praticantes (*M* = 10,72, *DP* = 8,58) se assemelha àquela dos que se declararam sem religião (*M* = 10,26, *DP* = 9,22).

Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos que declararam ter problemas ocasionados pelo consumo de álcool e aqueles que afirmaram não ter

nenhum problema decorrente deste consumo, os primeiros com maior média de consumo. Baseando-se no mesmo teste, foi verificada diferença entre aqueles que declararam já ter procurado tratamento e o nível de consumo de álcool. Participantes que declararam já ter procurado tratamento apresentaram média significativamente maior de consumo de álcool.

Uma ANOVA mostrou efeito significativo do tipo de religião no nível de consumo de álcool [$F(2, 297) = 22{,}16$, $p < {,}001$]. Utilizou-se o teste post-hoc Tukey HSD, para comparação entre os grupos. O nível de consumo de álcool foi significativamente maior em católicos ($M = 10{,}61$, $DP = 9{,}57$) que em evangélicos ($M = 4{,}02$, $DP = 6{,}10$), $p < {,}001$. Esse nível também foi significativamente maior entre aqueles que declararam “outras religiões” ($M = 10{,}14$, $DP = 9{,}33$) na comparação com evangélicos ($p < {,}001$). Não foi verificada diferença significativa entre católicos e aqueles inseridos na categoria “outras religiões” (como espírita e mórmon). Dito de outra forma, os resultados do AUDIT para nível de consumo de álcool foram significativamente menores em evangélicos que nas duas outras condições.

Ainda em uma análise de variância, a amostra não apresentou diferença significativa de consumo de álcool quanto à situação de trabalho. Já quanto ao estado civil, houve diferença significativa [$F(4{,}295) = 3{,}8$, $p <{,}001$]. Com o teste post-hoc Tukey HSD, verificou-se que homens em união estável ($M = 10{,}3$, $DP = 7{,}4$) apresentaram nível de consumo de álcool significativamente maior que homens casados ($M = 5{,}8$, $DP = 7{,}8$), com $p = {,}004$.

Encontra-se a seguir a Tabela 3, com os resultados gerados pelo procedimento de Análise de Correlação de Pearson, a fim de verificar a existência

de possíveis correlações significativas entre o nível de consumo de bebida alcoólica e outras variáveis investigadas, incluindo percepções sobre características autoatribuídas de gênero e percepções sobre qualidade de vida. Para essa análise, a variável “escolaridade” foi pontuada de 1 (correspondendo ao nível “sem escolaridade”) a 7 (correspondendo ao nível “Ensino Superior completo”).

Tabela 3:
Média, desvio padrão e análise de correlação entre a variável dependente consumo de bebida alcoólica e outras variáveis investigadas. (*n* = 300, * *p* < ,05).

	M	***DP***	**1.**	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**	**11.**	**12.**
1. Nível de consumo de álcool	7,77	8,81	-											
2. Idade	43,14	15,04	0,02	-										
3. Renda	652,69	477,61	-0,09	0,10	-									
4. Escolaridade	3,58	1,71	-0,11	-0,25*	0,36*	-								
5.Características masculinas	3,10	0,53	-0,05	-0,10	0,15*	0,22*	-							
6.Características femininas	3,46	0,54	-0,13*	-0,02	0,10	0,09	0,66*	-						
7.Características neutras	2,78	0,37	-0,06	-0,08	0,16*	0,17*	0,65*	0,60*	-					
8. Domínio físico de QV	68,58	18,91	-0,13*	0,22*	-0,22*	0,13*	0,14*	0,16*	0,06	-				
9. Domínio psicológico de QV	74,88	15,71	-0,11*	-0,12*	0,14*	0,07	0,24*	0,26*	0,11*	0,55*	-			
10. Domínio social de QV	65,69	22,98	-0,12*	-0,15*	0,16*	0,15*	0,22*	0,22*	0,15*	0,34*	0,51*	-		
11. Domínio ambiental de QV	57,96	17,53	-0,08	0,00	0,32*	0,19*	0,24*	0,23*	0,20*	0,47*	0,52*	0,40*	-	
12. Percepção global de QV	60,12	22,49	-0,15*	-0,11*	0,19*	0,06	0,20*	0,20*	0,14*	0,55*	0,54*	0,39*	0,53*	-

Verificaram-se numerosas correlações significativas entre as variáveis. Entretanto, seguindo o objetivo delineado, serão consideradas neste artigo apenas as correlações pertinentes ao nível de consumo de álcool. Não foram encontradas relações significativas com idade, renda *per capita* e escolaridade. Por outro lado, na análise de correlação entre os níveis de consumo de álcool e as características autoatribuídas de gênero, somente as características femininas demonstraram significância, de maneira inversamente proporcional. Sobre os domínios de qualidade de vida, somente o domínio ambiental não apresentou correlação significativa. Em resumo, verificou-se que maior consumo de álcool foi negativamente correlacionado com as características femininas de gênero, domínios físico, social, psicológico e percepção global de qualidade de vida.

4. Discussão

As análises foram conduzidas a fim de demonstrar a relação de diferentes variáveis com os padrões de consumo de álcool dos homens participantes. Os dados trabalhados serão discutidos em relação à literatura da área, começando com os resultados sobre características de gênero (BSRI), qualidade de vida (WHOQOL-bref) e consumo de álcool (AUDIT) e seguindo com as comparações de média e correlações que tomaram o consumo de álcool como variável dependente. Ao longo da discussão, apresentam-se possibilidades de análises psicossociais dos resultados obtidos, com os conceitos de gênero (Trindade, et.al., 2011) e representações sociais (Mocovici, 2007), gerando reflexões sobre práticas de saúde.

Nas respostas ao BSRI, as médias dos participantes demonstraram alta autoatribuição das características femininas de gênero, tais como: romântico, prendado, carinhoso, vaidoso, emotivo, doce, sonhador, dócil e delicado, seguidas por características masculinas e neutras, o que indica uma adesão, inesperada, dos homens pesquisados às características femininas.

Biaggio, Vikan & Camino (2005), realizaram um estudo comparativo com 60 universitários brasileiros e 60 universitários da Noruega (50% de cada sexo). Ao aplicar o BSRI, constatou-se que os brasileiros tenderam a diferenciar de forma mais clara os papéis sexuais, diferente dos noruegueses que, homens e mulheres, apresentaram escores mais altos no domínio de feminilidade. Já no Brasil, a tendência foi de os homens demonstrarem mais características de masculinidade e as mulheres de feminilidade. Em outro estudo, conduzido por Hernandez & Oliveira (2006), com 83 professores de educação física, foi constatada maior média, em ambos os sexos, para as características andróginas.

A maior adesão às características femininas, encontrada neste estudo, diferiu, portanto, de resultados encontrados em outras pesquisas feitas com homens brasileiros. Uma possível hipótese explicativa emerge de uma visão psicossocial sobre os dados, envolvendo construções de gênero. A amostra foi constituída exclusivamente de homens que frequentavam (ou frequentaram ao menos uma vez) a USF. Esses homens, por seu envolvimento com práticas de autocuidado fomentadas pela Unidade (os serviços de APS são representados como “femininos”), podem ter reconstruído sua masculinidade em direção a características tidas como femininas.

Algumas hipóteses podem ser lançadas para compreender tal resultado. Atualmente percebe-se um caminho diferenciado na construção de gênero. Acerca da masculinidade, estudo recente demonstra uma aproximação do homem aos aspectos femininos de gênero (cuidado, carinho, etc), além de um distanciamento da masculinidade hegemônica (força, dominação, etc) (Ceotto, 2013). Por ser uma pesquisa realizada em uma USF, os homens que frequentam, em geral, mantém um maior cuidado com a saúde, o que pode diferenciar dos demais homens do território. Além disso, um outro aspecto relevante é que a aplicação foi realizada pela pesquisadora, identificada como uma profissional de saúde, de certa forma pode levar os participantes a dar respostas que acreditam ser mais aceitáveis.

Com relação à qualidade de vida, os resultados demonstram que o domínio psicológico teve um maior escore (74,88%), seguido do domínio físico (68,58%), social (65,69%) e, por fim, o domínio ambiental (57,96%). Como todos os domínios apresentaram resultado acima de 50%, pode-se considerar que os participantes tinham, em geral, percepções positivas acerca de sua qualidade de vida. O domínio psicológico, que inclui aspectos cognitivos e afetivos, dentre eles autoestima e autoimagem, foi percebido de forma particularmente positiva entre os participantes.

Em um estudo de revisão sobre as pesquisas realizadas com o WHOQOL, poucos estudos direcionados à população masculina foram encontrados. Constatou-se grande número de pesquisas com população idosa e população geral. Dentre todos os trabalhos analisados (N = 113), 31 apresentaram maior pontuação no domínio social da qualidade de vida e 18 no domínio psicológico,

enquanto a menor pontuação apareceu no domínio ambiental em 42 trabalhos (Neves, Krueger, Pietrovski, Teixeira, Araujo, & Scheeren, 2011).

Os resultados apresentados pelos homens participantes desta pesquisa assemelharam-se àqueles de outros estudos realizados Ao considerar as pontuações de todos os domínios, nota-se que mesmo o domínio ambiental, que apresentou o menor resultado, indicou ser satisfatório para os participantes (acima de 50%).

Assim como os resultados relativos a gênero, esses resultados sobre qualidade de vida são surpreendentes, se forem considerados os significados sociais comumente atribuídos às classes populares. O estudo de Souza (2012), por exemplo, constatou que profissionais de Saúde da Família (membros das classes médias) representavam os usuários em geral como “habitantes de outra realidade”, marcada pela precariedade financeira (falta de recursos, de habitação e alimentação adequadas, etc.), psicológica (baixa autoestima, ausência de projetos de futuro, etc.) e social (“famílias desestruturadas”, ausência de espaços de sociabilidade, desemprego, violência, etc.). Pode-se inferir que esses profissionais considerassem a qualidade de vida dos usuários como “ruim” ou “muito ruim”.

Entretanto, os dados do presente estudo demonstram uma percepção satisfatória dos participantes acerca de sua própria qualidade de vida. Esses dados podem ajudar profissionais de Saúde da Família a refletirem sobre as representações sociais que constroem acerca dos usuários de classes populares. Podem ter implicações para as práticas de saúde propostas, uma vez que apontam para a importância de que os profissionais, ao invés de partirem de

visões naturalizadas sobre a pobreza influenciadas historicamente pelo higienismo (Matos, 2000; Souza, 2012), considerem as visões de mundo construídas pelos usuários acerca de sua própria realidade.

Os níveis de consumo de álcool mensurados pelo AUDIT demonstraram que a maioria dos participantes declarou consumo de álcool sem risco ou abstinência (Zona I) (60,67%), o que foi seguido por possível uso de risco (Zona II) (21,33%). Na zona de possível consumo prejudicial (Zona III) encontraram-se 7% dos participantes e, por fim, 11% apresentaram possível dependência de álcool (Zona IV).

O uso de bebida alcoólica da população estudada assemelhou-se aos padrões nacionais de consumo, constatados pelo I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007). Contudo, somente 26,3% dos participantes se declararam abstinentes no último ano, índice menor que a média nacional dos homens que é de 35%.

Como o nível de consumo de álcool se relacionou com as demais variáveis investigadas? Demonstrou-se que ter ou não ter filhos, possuir ou não trabalho não foi associado a menores ou maiores níveis de consumo de álcool. Isso indica que, mesmo tendo filhos e/ou trabalho, o usuário pode apresentar consumo de álcool que signifique prejuízo ou risco para sua saúde – raciocínio em consonância com a proposta de Triagem e Intervenção Breve, TIB (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Ronzani, Mota & Souza, 2009). A TIB preconiza não restringir as intervenções para uso de álcool ao possível dependente de álcool

(percebido frequentemente como o “bêbado isolado e desempregado”, tal como analisou Matos, 2000), mas sim praticá-las em âmbito populacional.

Os participantes que declararam ter religião apresentaram consumo de álcool significativamente menor que aqueles que declararam não ter religião. Esse dado é condizente com outros estudos (Bezerra, Barros, Tenório, Tassitano, Barros & Hallal, 2009; Silva, Malbergier, Stempliuk, & Andrade, 2006), que descreveram ter uma religião como “fator de proteção” contra o abuso de álcool.

Verificou-se que a declaração de “ser praticante” da religião foi associada a menor consumo de álcool, o que condiz com o dado anteriormente descrito, pois “ser praticante” pode ser interpretado como “ter uma religião de fato”. Resultado interessante, as médias de consumo de álcool entre aqueles que se declararam “sem religião” e aqueles que se declararam “religiosos porém não praticantes” foram próximas. Esse resultado indica que aqueles que se declararam “religiosos porém não praticantes” podem ter declarado a religião por força de norma social (ou seja, por acreditarem ser natural e/ou desejável “ter uma religião”).

A religião pode direcionar comportamentos e regular o consumo de álcool, para que o homem seja mantido de acordo com o que é considerado próprio dele, a figura responsável e provedor do lar. Analisando casais de classe popular, Couto (2002) afirma que, nas religiões evangélicas, a exigência de autocontrole, que incide sobre os impulsos vistos tradicionalmente como “naturais” ao homem (por sexo e álcool, por exemplo), é particularmente forte. Esse fator pode ajudar a explicar o dado encontrado nesta pesquisa de que o consumo de álcool em homens evangélicos foi significativamente menor que em homens católicos e de outras religiões.

Os participantes que se declararam casados apresentaram consumo de álcool significativamente menor que aqueles que se declararam amasiados (união estável). A diferença entre as duas condições pode ser interpretada como maior valorização dos laços familiares por aqueles que formalizaram sua união (casados). A valorização do espaço familiar pode indicar a manutenção do homem como autoridade moral do lar, o que iria na direção das representações sociais hegemônicas da masculinidade (Trindade, et.al., 2011) e/ou uma conversão a um modo de vida tido como “mais feminino” na forma do que propõe Couto (2002), as duas vias contribuindo para o menor consumo de álcool.

Aos participantes, foram feitas duas questões: “Você acha que o consumo de bebida alcoólica te causa algum problema na vida?” e “Você já procurou algum tipo de tratamento para o consumo de álcool?”. Nos dois casos, respostas afirmativas estiveram significativamente associadas a maior consumo de álcool. Esse resultado sugere que os usuários que fazem uso mais frequente e “pesado” de bebidas têm certo grau de consciência quanto aos problemas que esse uso pode acarretar. Isso contraria as crenças de senso comum (e que, segundo Babor & Higgins-Biddle, 2001, podem estar presentes também em profissionais de saúde) de que o consumidor de bebidas negaria sistematicamente os riscos e que o usuário de APS se recusaria a falar sobre problemas relativos a seu consumo de álcool.

Constatou-se correlação negativa entre nível de consumo de álcool e autoatribuição de características de gênero tradicionalmente consideradas femininas. Esse dado condiz com o esperado. O modelo hegemônico de masculinidade define o masculino (forte, ativo, racional) por oposição ao feminino

(fraco, passivo, emocional) e a adoção desse modelo hegemônico está relacionada ao maior risco de morbimortalidade e de abuso de substâncias (Mendoza, 2004; Trindade, et.al., 2011). Segundo Couto (2002), nas classes populares, a redefinição de representações e de práticas associadas à masculinidade em direção ao espaço feminino-doméstico está associada a práticas de autocontrole quanto à bebida e ao enfraquecimento da rua e do bar como espaço por excelência da sociabilidade masculina.

Comportamentos associados ao consumo de álcool influenciam aspectos de saúde e o estilo de vida das pessoas. O consumo abusivo está relacionado a 60 morbidades e 3,7% da mortalidade mundial (Manzatto, Rocha, Júnior, Lopes, & Sousa, 2011). Diante da magnitude desses problemas, pensar a relação entre consumo de álcool e qualidade de vida torna-se relevante, principalmente por se referir ao modo com que as pessoas vivem e lidam com seu cotidiano. Além da saúde física, a qualidade de vida engloba também a saúde psicológica, os aspectos sociais (relacionamento interpessoal) e ambientais (trabalho, moradia, transporte, etc.), aspectos que se relacionam com a percepção do sujeito sobre sua vida. Os problemas com o álcool se apresentam de forma multideterminada, afetando família, amigos, trabalho e trazendo implicações sociais que, segundo políticas de saúde,devem ser pensadas na interface entre o âmbito social e da saúde, com práticas de prevenção de doenças e promoção de saúde (Brasil, 2009; Manzatto et. al., 2011).

A análise de correlação conduzida aqui foi nessa direção, uma vez que níveis mais expressivos de consumo de álcool mostraram-se negativamente correlacionados com percepção positiva de qualidade de vida nos domínios físico,

social, psicológico e com a percepção positiva global de qualidade de vida. Não foi encontrada correlação significativa com a percepção sobre o domínio ambiental da qualidade de vida e esse domínio recebeu avaliações menos favoráveis. Isso pode estar relacionado a certa insatisfação com aspectos financeiros, de lazer, de acessibilidade aos serviços públicos, à sensação de insegurança que pode estar presente em homens de classe popular, independentemente de seu nível de consumo de álcool.

Mesmo com o risco de superinterpretação, cabe terminar esta discussão com uma hipótese sobre a construção de representações sociais sobre os serviços de saúde por parte dos homens investigados. Para isso, é necessário retomar o estudo de Couto (2002). Essa autora investigou práticas de conversão religiosa para igrejas evangélicas em homens de classe popular e propõe que essa conversão seja compreendida em relação às representações de gênero. Segundo seu estudo, os problemas que levam os homens à conversão religiosa estão associados aos estereótipos da masculinidade: desemprego, problemas financeiros e de saúde, abuso de álcool. No processo de conversão, as mulheres (mães, irmãs, esposas) aparecem como mediadoras. Realizam um trabalho proselitista, para que o homem abandone certo estilo de vida, afeito à masculinidade hegemônica e que frequentemente inclui o abuso de álcool, e que adote um novo estilo de vida, mais afeito às características socialmente atribuídas às mulheres como o cuidado de si e do outro e a valorização da vida familiar (Couto, 2002).

Com base na maior adesão dos usuários às características femininas, é possível levantar a seguinte hipótese. Nas representações sociais construídas

pelos homens de classe popular investigados, sobre os serviços de Atenção Primária à Saúde, esses espaços, considerados “femininos” (Brasil, 2009), cujos profissionais e público são majoritariamente femininos, sejam compreendidos, assim como o espaço familiar e da igreja, como espaços de exercício de um proselitismo que visa a afastá-los da masculinidade hegemônica. As instruções de saúde repassadas pelas profissionais seriam o equivalente da normatividade religiosa. Essa análise pode ser importante porque uma ancoragem (Moscovici, 2007) das instruções de saúde como “religião” apresenta claros pontos de contradição com as propostas de autonomia e corresponsabilização da atenção integral à saúde (Brasil, 2009).

5. Considerações Finais

A pesquisa apresentou algumas limitações. O recrutamento de participantes foi feito por conveniência. Participaram apenas usuários que se dirigiram à Unidade de Saúde da Família pesquisada. A ausência, na amostra, de usuários que não frequentavam a Unidade impediu a comparação entre esses dois grupos. Foram investigados usuários de apenas uma USF de um município, com características urbanas, o que indica ressalvas para a generalização dos resultados.

Ao mesmo tempo, a pesquisa coletou dados e produziu resultados condizentes com seu objetivo de partida, explorar variáveis importantes para a Saúde do Homem (e correlações entre essas variáveis), características autoatribuídas de gênero, consumo de álcool e percepções sobre qualidade de

vida, entre usuários homens de Saúde da Família, contribuindo para uma literatura ainda escassa sobre esses tópicos.

A primeira hipótese levantada, maiores níveis de problemas com o álcool estariam positivamente correlacionados com a autoatribuição de características de masculinidade hegemônica, não pôde ser confirmada em princípio, pois não houve correlação positiva entre consumo de álcool e o fator masculino do BSRI. Entretanto, a correlação negativa entre o fator feminino e o consumo de álcool indicaram a validade da hipótese. Quanto mais os homens atribuíssem a si características femininas (o que questiona a definição “o homem é o contrário da mulher” feita pela masculinidade hegemônica) menos eles relatavam consumo de álcool.

A segunda hipótese foi majoritariamente confirmada: maiores níveis de consumo de álcool (implicando maior probabilidade de problemas com o álcool) estiveram negativamente correlacionados com a percepção de satisfação quanto à qualidade de vida, com exceção de apenas um dos domínios avaliados pelo WHOQOL-bref.

Adicionalmente, esta pesquisa produziu dados e análises que poderiam surpreender profissionais de Saúde da Família. Os usuários apresentaram alta autoatribuição de características tidas como femininas. Pareciam considerar sua qualidade de vida em geral como adequada. Seus padrões de consumo de álcool se aproximavam dos índices nacionais. Os dados sugeriram que usuários que apresentem altos níveis de consumo de álcool podem estar cientes dos problemas associados a esse consumo e não relutariam em admitir esses problemas. Esses resultados contrariam certas visões comuns sobre os “homens

pobres” (Matos, 2000; Souza, 2012), que os associam ao embrutecimento, ao descuido, à precariedade de qualidade de vida, ao consumo de álcool acima da média e à inconsciência quanto a seus problemas.

Cabe destacar também a análise feita acima de que a “conversão” às práticas de saúde pode estar sendo representada como análoga a uma conversão religiosa. Pode ser útil discutir esses dados e análises especialmente com profissionais de Saúde da Família, no sentido de contribuir para um exercício de reconstrução das representações sociais que esses profissionais produzem acerca dos usuários e de sua própria prática.

5. Artigo 2: Representações Sociais da Bebida Alcoólica e Padrões de Consumo de Álcool em Homens Usuários de Unidade de Saúde da Família

Resumo

Problemas relacionados ao álcool são partes do “estilo de vida” de vários usuários de Unidades de Saúde da Família (USF). O objetivo desta pesquisa foi identificar elementos de representações sociais das bebidas alcoólicas, compartilhados por homens adultos, usuários de USF e verificar possíveis variações desses elementos quanto ao nível de consumo de álcool. Participaram 300 homens, moradores de um bairro de classe popular. A metodologia incluiu a aplicação do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) e de uma questão de evocação, com o termo indutor *bebida alcoólica*. Os dados sobre níveis de consumo de álcool foram organizados por frequência simples e relativa. Os dados das evocações foram analisados com o software EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l’Analyse des Évocations*). Foi constatado que as palavras *bêbado, cachaça, cerveja, destruição, droga, faz mal, nada, não beber, ruim, vício e gosto* (verbo) são os elementos com tendência à centralidade para os participantes em geral. No grupo de abstinentes, os elementos *cachaça, destruição, droga, nada, não beber e ruim* tiveram destaque. Por fim, o grupo de bebedores apresentou as palavras: *bêbado, cachaça, cerveja, confusão, destruição, nada, não beber, ruim e vício* como as mais fortemente associadas à bebida alcoólica. Em todos os grupos, os termos foram predominantemente negativos. Dentre os bebedores, destaca-se a presença de termos positivos, como *diversão*, o que indica uma dualidade do objeto. A atitude predominantemente negativa dirigida à bebida

alcoólica, mesmo entre bebedores, deveu-se possivelmente a expectativas de controle do consumo que os participantes supõem ser próprias aos profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Representações Sociais, Alcoolismo.

Abstract

Alcohol related problems are part of the “Life Style” of consumers of Family Healthcare. The purpose of this research was to identify elements from the alcohol social representation, shared by adult men, USF users and verify possible variations of those elements when it comes to the level of alcohol consumerism. Took part 300 men, who live in a low income class neighborhood. The methodology included the application of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) and of an evocation question, with the inductor term *alcoholic beverage.* The data about levels of alcohol consumerism were organized by simple and relative frequency. The evocation data were analyzed with the EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l’Analyse des Evocations*). I was discovered that the words *drunk, cachaça, beer, destruction, drug, bad for you, nothing, not drinking, bad, addiction and taste (verb)* are the elements with tendency to the centrality for the participants in general. In the abstinent group, the elements *cachaça, destruction, drug, nothing, not drinking and bad* stood out. Finally, the group of users presented the words: *drunk, cachaça, beer, confusion, destruction, nothing, not drinking, bad and addiction* as the most associated to alcohol. In all of the groups, the terms were mostly negatives. Among the consumers, the presences of positive terms stand out, such as *fun,* which indicates a duality of the object. The attitude predominantly negative concerned to alcohol, even among consumers, is probably due to the expectations of consumerism control that the participants assume to be proper to the healthcare professionals.

Key-words: Primary Attention to Healthcare, Social Representations, Alcoholism.

Resumen

Problemas relacionados con el alcohol son parte del "estilo de vida" de los usuarios de las Unidades de Salud de la Familia (USF). El objetivo de esta investigación fue identificar los elementos de las representaciones sociales de las bebidas alcohólicas, compartidas por hombres adultos, usuarios de la USF, y verificar posibles variaciones de estos elementos en cuanto al nivel del consumo de alcohol. Participaron 300 hombres que residen en un barrio popular. La metodología consistió en la aplicación del test "*Alcohol Use Disorder Identification*" (AUDIT) y una encuesta de evocación con el término inductor bebida alcohólica. Los datos sobre los niveles de consumo de alcohol fueron organizados por la frecuencia simple y relativa. Los datos de la encuesta se analizaron con el software EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*). Se encontró que las palabras; ebrio, cachaça, cerveza, destrucción, drogas, hace daño, nada, no beber, maldad, adicción y gusto (verbo) son los elementos con la tendencia central para los participantes en general. En el grupo de los abstinentes, se destacaron los elementos: cachaça, destrucción, drogas, nada, no beber y maldad. Por último, el grupo de bebedores tenía las palabras: ebrio, cachaça, cerveza, confusión, destrucción, nada, no beber, maldad y adicciones como el más fuertemente asociado con el alcohol. En todos los grupos, los términos eran predominantemente negativos. Entre los bebedores, existe la presencia de términos positivos, como diversión, lo que indica una dualidad del objeto. La actitud predominantemente negativa hacia la bebida alcohólica, incluso entre los bebedores se debió posiblemente a las expectativas de controlar el

consumo que los participantes suponen ser responsabilidad de los profesionales de la salud.

Palabras-Clave: Atención Primaria de la Salud, Representación Social, Alcoholismo.

1. Introdução

As representações sociais se mostram como conhecimento compartilhado por certo grupo acerca de um objeto. A partir do contato entre as pessoas, sua inserção sócio-histórica e seus atuais contextos de vida, as representações sociais se constroem, se mantêm e se transformam. Por meio de seu poder explicativo e prescritivo, os objetos são classificados e categorizados a fim de o desconhecido tornar-se familiar. As representações sociais orientam as práticas a partir da construção de uma compreensão do meio em que se vive (Moscovici, 2007).

Neste estudo, a Teoria das Representações Sociais (TRS) foi utilizada como orientação teórica e metodológica para compreender parte do pensamento compartilhado por homens usuários de Unidade de Saúde da Família (USF). O objetivo foi compreender aspectos do saber do senso comum sobre um objeto de relevância social e sanitária, a “bebida alcoólica”, levantando hipóteses sobre como esse saber contribui para orientar práticas cotidianas.

Diante das dificuldades de acesso do público masculino aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), dentre elas a baixa adesão à lógica da APS pelos homens (Brasil, 2009), torna-se importante buscar como os usuários constroem percepções sobre si e sobre objetos relacionados à saúde. Neste artigo, aborda-se um relevante aspecto da saúde masculina: os problemas com álcool

Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez, e Ceotto (2011) apontam para o predomínio de pesquisas voltadas para o público jovem e urbano, além destes estudos não satisfazerem o interesse de compreender o contexto de vida dos

homens e de produção da masculinidade, o que é apontado como indicador para a necessidade de pesquisas que ampliem o público estudado e que consigam alcançar o contexto de produção das representações de masculinidade e de suas práticas. Assim, compreender as barreiras que, de certo modo, excluem o homem do sistema de saúde é importante para o planejamento de estratégias para atender a essa população. Essas ações não devem ser somente curativas ou de prevenção de doença, mas também prezar pela promoção da saúde masculina.

Os autores buscaram, em periódicos científicos, artigos sobre o tema de masculinidade e saúde. Perceberam que o interesse por esse tema é recente, principalmente em se tratando de masculinidade e saúde pública, uma vez que o primeiro artigo encontrado no Brasil com essa abordagem temática é de 1998. Apesar disso, um crescimento de estudos sobre esse tema é visualizado (Trindade, et.al., 2011).

Em um levantamento sobre esse consumo na população brasileira, Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano (2007) demonstraram que 52% da população consomem álcool pelo menos uma vez a cada ano. Destes, 65% são homens. Desse total de homens 60% consumiram mais de cinco doses de álcool quando beberam no último ano e 11% dos homens adultos fazem uso de bebida todos os dias. O II levantamento nacional de padrões de consumo de álcool (Laranjeira, Madruga, Pinsky, Caetano, Ribeiro & Mitsuhiro, 2013) demonstra um aumento de 22% no consumo regular de bebida alcoólica entre os homens na região sudeste. Além disso, apresenta o nível de dependência da população geral de 6,8%, enquanto o nível de dependência entre os homens chega a 10,5%.

Tradicionalmente, o álcool é utilizado em diversas culturas como parte de busca por prazer, como socializador ou simplesmente por proporcionar novas experiências e sensações. Pode-se dizer que o uso dessa substância faz parte de costumes em diversas sociedades. Por ser naturalizado o uso, informações sobre suas consequências negativas nem sempre são suficientes, o que é preocupante para a saúde pública. O consumo excessivo do álcool é considerado pelas ciências biomédicas como doença multideterminada, que deve ser abordada em âmbito de saúde pública, não somente pelos danos fisiológicos, mas também psicológicos e sociais que acarreta (Conceição, Silva, Araújo, Santana & Vasconcelos, 2012).

Santos e Velôso (2008) investigaram as representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e de seus familiares, que ressaltaram o consumo de álcool como doença, além da necessidade de ajuda para conseguir sair desta situação. Percepções sobre as perdas que o consumo excessivo provoca e uma concepção de doença hereditária também foram encontradas.

Pesquisas discutem o papel das informações na sociedade, principalmente ao tratar de mídia e aspectos de saúde. Em um estudo para analisar artigos de revistas sobre os efeitos da bebida alcoólica no período entre 2005 e 2010, sob a ótica das representações sociais, coletou-se 67 reportagens que foram analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo. Como resultado, 6% descreviam a interação do álcool com a população adolescente como negativa; 26% se referiam ao consumo de álcool e as consequências no trânsito e 39% falavam sobre o consumo de álcool e os danos à saúde. Nota-se uma divulgação da bebida

alcoólica enquanto algo negativo, para a saúde e segurança, principalmente em meio à população jovem (Conceição, Silva, Araujo & Santana, 2012).

No mesmo estudo, Conceição, Silva, Araújo, Santana e Santos (2012) analisaram representações sociais de bebida alcoólica expressas em duas revistas de grande circulação entre o período de 2005 e 2010. 7% das publicações incentivaram o consumo de cerveja e estavam associadas à saúde. Em 16,4% das reportagens, as bebidas mais seletas foram ressaltadas, com indicação do custo para aquisição. Com 4% das publicações, essa categoria traz a bebida alcoólica como natural, inclusive incentivando o consumo e ensinando a preservar as propriedades gustativas da mesma. Destaca-se o papel importante da mídia como mediadora de informações. Seu poder de formação de opinião é indiscutível, já que interpreta as informações antes de transmiti-la ao leitor.

Contando com 21 adolescentes que frequentavam serviços de Unidade de Saúde da Família (USF), foi realizada uma pesquisa para verificar elementos de representações sociais construídas pelos participantes acerca do consumo de bebida alcoólica. Verificou-se que a ideia de “beber muito” era recorrente na fala dos participantes, indicando um padrão de picos de consumo. A importância da expressão “junto” demonstrou a associação entre bebida e socialização. Além desses termos, foi encontrada uma relação da substância com a passagem entre a infância e ser adulto, fazendo parte, também, do rito de passagem destes adolescentes à vida adulta. Como influência para o início de consumo, destacou-se a família, principalmente o pai, e a mídia, fatores que devem ser levados em conta na produção de políticas públicas (Souza, Ferriani, Silva, Gomes & Souza, 2010).

Reconhecer o saber formado pelas pessoas a partir das vivências cotidianas é importante, para compreender os significados atribuídos aos objetos, sua realidade socialmente construída, as práticas relacionadas aos saberes e, com base nisso, criar estratégias de intervenção que possam ser pertinentes à população, que possui um conhecimento que muitas vezes difere do saber científico e/ou que o incorpora de forma sincrética a valores, imagens e ideias de senso comum. A Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2003) é bastante útil para essa finalidade. Alguns de seus aspectos são explorados no tópico que se segue.

1.1 Fundamentação teórica

Moscovici (2003) afirma que as Representações Sociais (RS) orientam e justificam comportamentos e são construídas a partir do compartilhamento dos saberes de um objeto pelas pessoas em suas interações cotidianas. Com a formação de diferentes representações sobre os objetos, reforça-se a diferenciação intergrupal, o que colabora para a formação de identidades (Moscovici, 2003). Ao agir no dia-a-dia e interagir com as pessoas, a realidade é construída. Essa construção se dá em meio àquilo que já foi estabelecido anteriormente na sociedade, juntamente com a ação ativa do sujeito nessa sociedade. Pessoas e grupos são, ao mesmo tempo, produto e produtores na construção das representações sociais.

Em trabalho de revisão de literatura sobre as representações sociais, Wachelke e Camargo (2007) apresentam os variados aspectos que compõem a Teoria das Representações Sociais (TRS). Os autores salientam a importância da

comunicação para a criação e difusão das RS e, principalmente, a forma como são difundidas as informações, que tem implicações para o conteúdo e para a estrutura das representações. Afirmam que crenças arcaicas podem ser veiculadas nas representações, que essas crenças compõem conceitos centrais que fazem parte do pensamento social, apresentando longa duração e estabilidade.

Abric (2000) explica que as representações sociais são compostas por um sistema central e um sistema periférico. As ideias mais estáveis e duráveis, arraigadas pela história e pela tradição, fazem parte do sistema central; já os elementos de caráter mais funcional, que tendem a descrever o objeto no presente quanto à sua utilidade e às consequências atreladas, compõem o sistema periférico das representações. Estes elementos da periferia, juntamente com os elementos centrais fazem com que as RS reflitam a “realidade” dos objetos, complexa e muitas vezes contraditória.

Os elementos periféricos se referem às características mais concretas dos objetos, além de serem instáveis e passiveis de modificações. Podem ser significativos apenas para alguns grupos específicos. Os elementos periféricos, em geral, servem como proteção dos elementos que fazem parte do núcleo central, pois tendem a se adaptar ao contexto. Ainda sob esta perspectiva, as representações sociais são organizadas hierarquicamente. É o sistema central, o mais estável, que indica a existência das representações e que também indica suas modificações. Mesmo com certa estabilidade adquirida, as RS são passíveis de mudança, uma vez que são produzidas em meio à sociedade, pelas pessoas em suas vivências cotidianas, ambos em constante transformação (Abric, 2000).

Essas considerações teóricas servirão como base para interpretação dos resultados obtidos na pesquisa aqui relatada. O objetivo da pesquisa foi identificar elementos de representações sociais das bebidas alcoólicas, compartilhados por homens usuários de Unidade de Saúde da Família. A análise buscou também responder às seguintes questões: para esse grupo, como se caracteriza o "campo representacional" (uma das dimensões das RS, segundo Moscovici, 1976) sobre bebidas alcoólicas? Que hipóteses podem ser construídas sobre características estruturais dessas representações (sistemas central e periférico)? Que diferenças pode haver em dois subgrupos de usuários: aqueles identificados como "abstinentes" e "usuários de álcool com consumo de risco"?

2. Método

O estudo investigou representações sociais sobre "bebida alcoólica", considerando níveis de consumo de álcool na população participante. Foi utilizado o método de "evocação livre" para apreender imagens e ideias associadas ao álcool, o qual consiste em solicitar que o participante relacione rapidamente algumas palavras a um termo indutor. Neste caso, o termo "bebida alcoólica" foi utilizado.

2.1. Participantes e procedimentos

Participaram 300 homens de classe popular, com 18 anos ou mais, usuários de uma USF de um município do sudeste brasileiro, urbano, que conta com população aproximada de 330 mil habitantes. O território sob responsabilidade da USF era constituído de cerca de 14 mil habitantes. Após

autorização de Conselho de Ética em Pesquisa de Universidade Federal e da prefeitura do município, os participantes foram abordados na USF. O recrutamento dos participantes era realizado pela própria pesquisadora, que explicava os objetivos da pesquisa e convidava o usuário do serviço a participar. A amostra foi selecionada por conveniência, uma vez que foram alvo do estudo somente os homens que frequentam a USF participante.

Mediante explicação e aceitação de participação, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora em um consultório cedido pela USF, a fim de garantir o sigilo das respostas dos participantes. O tempo de coleta durou em torno de seis meses e o tempo médio de aplicação de cada entrevista foi de 60 minutos. Apesar de os instrumentos poderem ser autoaplicados, optou-se pela aplicação de todos os questionários na forma de entrevista individual, tendo em vista as dificuldades de escolarização e letramento características do público estudado. Além disso, essa forma de aplicação garantiu maior confiabilidade dos dados apreendidos.

2.2. Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento composto por perguntas sobre dados sociodemográficos, uma questão de evocação sobre bebida alcoólica, além de um questionário padronizado, descritos a seguir na mesma ordem em que foram aplicados.

- Bloco contendo questões sobre características sócio-demográficas da população participante.

- Bloco contendo um exercício de evocação, com o termo indutor “bebida alcoólica”, a fim investigar elementos de representações sociais construídas sobre esse objeto. A técnica permite o acesso ao conteúdo subjetivo de maneira “espontânea”, diminuindo a elaboração intencional das respostas (Sá, 1996). O procedimento de coleta das evocações passou por um padrão de explicação de treinamento. Inicialmente, era instruído ao participante que *“agora, nós vamos fazer um “exercício de pensar rápido”. Eu vou te falar uma palavra e você me diz o que vem imediatamente na sua cabeça. Não tem certo ou errado. É só dizer o que vem à sua mente. Vamos fazer um teste. O que vem na sua cabeça quando eu falo a palavra “campanha política”? Isso aí! Vamos fazer mais uma vez esse exercício de pensar rápido, agora com uma palavra diferente. O que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra “bebida alcoólica”?”.*
- *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*, para investigar percepções sobre o consumo de álcool e níveis de problemas com o álcool. O instrumento é composto por 10 questões que avaliam a frequência e a quantidade de consumo de álcool. Esse consumo apresenta quatro níveis de risco: a Zona de Risco I (até 7 pontos) se caracteriza como baixo risco e inclui os participantes que se declararam abstinentes; a Zona de Risco II (8 a 15 pontos) corresponde ao consumo arriscado do álcool; Zona de Risco III (16 a 19 pontos) engloba o possível “uso nocivo” do álcool e a Zona de Risco IV (acima de 20 pontos) indica o nível de possível dependência do álcool (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Segatto, Silva, Laranjeira & Pinsky, 2008). “Uso nocivo” e “dependência de álcool” são categorias descritas em manuais diagnósticos como a Classificação Internacional das Doenças (Organização Mundial da Saúde, 1996).

2.3. Análise de Dados

Tendo em vista a multiplicidade de termos evocados pelos participantes, foi necessária a criação de categorias para redução das palavras semelhantes em termos-chave. As expressões com o mesmo sentido foram agrupadas e transformadas para um só termo-chave, a fim de homogeneizar o banco de dados e tornar possível a análise posterior. Em geral, os termos-chave foram selecionados dentre as palavras efetivamente evocadas pelos participantes, conforme sua frequência e/ou adequação à categoria. Na tabela 1, apresenta-se um exemplo de redução dos termos efetivamente evocados a um termo-chave:

Tabela 1:
Exemplo de redução das evocações livres a um termo-chave.

Evocações de Bebida alcoólica	Termo-Chave
Acaba com a saúde	Prejudica a saúde
Problema de saúde	
Prejudica a saúde	
Faz mal pra saúde	
Não ama a saúde	
Não é bom pra saúde	
Danos à saúde	
Estraga a saúde	

Após a preparação do banco de dados, as evocações foram analisadas com auxílio do programa EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations*). Esse *software* proporciona uma análise estatística das evocações, considerando a frequência do termo e a ordem das evocações. Pressupõe-se que são mais importantes os termos evocados mais

frequentemente e com maior prioridade na ordem de evocação (termos evocados primeiro, antes de outros).

O *software* permite a elaboração do “quadro de quatro casas”, que fornece uma visão sobre o campo representacional e permite levantar hipóteses sobre a estrutura das representações (Vergès, 2000).

Os resultados são apresentados em quatro quadrantes. Os blocos superiores contêm as palavras com frequência maior ou igual à média indicada. Nos dois blocos inferiores, encontram-se as palavras com a frequência menor que a média. As colunas da esquerda mostram termos com ordem média de evocação abaixo da média (alta prioridade de evocação), já na direita encontram-se as palavras com ordem média de evocação maior do que a média (baixa prioridade de evocação).

Os elementos mais importantes (“possíveis elementos centrais”) possuem alta frequência e alta ordem média de evocações. Na 1ª periferia, encontram-se as evocações que também são frequentes, mas não são evocadas com prioridade nas falas dos participantes; na zona de contraste, os termos são lembrados com prioridade e indicam um possível subgrupo específico dentre os participantes. Na 2ª periferia encontram-se os termos que são ainda mais periféricos, com menor frequência e grande ordem média de evocação (Oliveira, Marques, Gomes & Teixeira, 2005).

3. Resultados

A média de idade dos participantes foi de 43,14 anos (DP=15,05), com o mínimo de 18 anos e máximo de 84 anos de idade. Em ordem decrescente, a

escolaridade dos participantes se organizou em: Ensino Fundamental Incompleto (n = 110, % = 36,7), Ensino Médio Completo (n = 73, % = 24,3), Ensino Médio Incompleto (n = 71, % = 17), Ensino Superior Completo (n = 15, % = 5), Sem Escolaridade (n = 11, % = 3,7) e Ensino Superior Incompleto (n = 10, % = 3,3).

Com relação ao estado civil, 47,7% eram casados, 23,3% em união estável, 22,3% eram solteiros, 4,7% divorciados e 2% viúvos. Mais da metade dos participantes (58%) possuíam renda familiar concentrada entre 1 e 3 Salários Mínimos, seguido de renda entre 3 e 5 Salários Mínimos (20%), 1 Salário mínimo (12,7%) e 5 Salários mínimos (9,3%). Do total de usuários, 79,3% não tinham plano de saúde privado; 66,7% estavam trabalhando e 33,3% dos homens não possuíam nenhuma atividade ou fonte de renda. A grande maioria, 80% dos participantes, declarou religião, com predomínio da evangélica (41,7%), seguida da católica (37,3%).

Os resultados do AUDIT foram sistematizados nas quatro Zonas descritas anteriormente. Quanto aos padrões de consumo de álcool da população entrevistada, foi encontrada a seguinte distribuição:

Tabela 2:
Distribuição simples e relativa por zonas de níveis de consumo de álcool, obtida por meio do AUDIT, de homens usuários de USF.

	N	%
Zona I (abstinentes ou uso sem risco)	182	60,67
Zona II (uso arriscado)	64	21,33
Zona III (possível “uso nocivo”)	21	7
Zona IV (possível “dependência”)	33	11
Total	300	100,00

A descrição da tabela inclui os participantes que se declararam abstinentes na Zona I, os quais somam 79 participantes (43,4% do total da categoria). A validade do instrumento para a população estudada pôde ser confirmada a partir do valor obtido pela consistência interna da escala, que apresentou coeficiente de Cronbach de ,896, considerada satisfatória.

No estudo das evocações produzidas a partir do termo indutor “bebida alcoólica” pelos homens participantes (N = 300), as palavras com maior índice de evocação, as quais são elementos com tendência a fazer parte do núcleo central foram: *bêbado, cachaça, cerveja, destruição, droga, faz mal, nada, não beber, ruim, vício e gosto,* como pode ser visto na tabela 3.

Tabela 3*:* **Evocações a partir do termo indutor "bebida alcoólica" no grupo de homens de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, organizadas por frequência e ordem média de evocação (OME) (*participantes = 300, palavras = 1.312*).**

Ordem média das evocações	<2,5			≥2,5		
Frequência média	Possíveis elementos centrais			Elementos da 1ª Periferia		
		Frequência	OME		Frequência	OME
	Bêbado	22	2	Acidente	24	3
	Cachaça	31	2,3	Acidente de carro	18	3,1
	Cerveja	51	2,2	Briga	30	3,4
	Destruição	35	2	Cigarro	19	2,9
	Droga	32	2,4	Confusão	32	3,1
	Faz mal	21	2,4	Diversão	56	2,7
	Nada	29	1,1	Doença	46	3,4
	Não beber	45	1,7	Gasta dinheiro	25	3,4
	Ruim	91	1,8	Irresponsabilidade	18	3,4
>12	Vício	24	2,3	Morte	45	2,7
	Gosto	12	2	Mulher	12	4,2
				Perde o controle	23	3,7
				Prejudica a família	52	3,4
				Prejudica a saúde	37	2,9
				Prejuízo	24	3
				Sem moral	12	3,9
				Tristeza	21	3,2
				Vinho	22	3,2
				Violência	16	2,8
				Família	13	3,6
	Elementos da Zona de Contraste			Elementos da 2ª Periferia		
	Embriaguez	9	2,2	Amigos	11	3,8
	Errado	5	1,4	Bar	9	3,7
	Não gosto	11	1,8	Conhaque	10	3,6
	Tragédia	8	2,3	Desemprego	5	4,4
	Atrapalha	5	2,2	Desrespeito	7	2,9
				Fala muito	8	3,8
<12				Ficar na rua	7	3,6
				Respeito	5	4,4
				Ressaca	8	4,3
				Vodka	6	4,2
				Crime	11	3,7
				Diminuir o uso	8	3
				Uísque	11	3,5

Nota-se que os termos relacionados à bebida alcoólica, localizados no primeiro quadrante, são, em sua maioria, negativos. São relacionados ao consumidor problemático de bebida alcoólica, tratado pejorativamente (*bêbado*) e a consequências negativas ocasionadas pelo consumo de álcool (*destruição, faz mal, ruim e vício*). Chama-se atenção para o termo *não beber* que sugere, mais uma vez, uma visão negativa do álcool. Termos predominantemente descritivos, sem valoração aparente, referiram-se à bebida em si (*cachaça e cerveja)*. O único termo de conotação positiva que se pôde observar nessa categoria foi o verbo *gosto*.

Como termos citados com alta frequência pelos participantes e que fazem parte da primeira periferia, tem-se: *acidente, acidente de carro, briga, cigarro, confusão, diversão, doença, gasta dinheiro, irresponsabilidade, morte, mulher, perde o controle, prejudica a família, prejudica a saúde, prejuízo, sem moral, tristeza, vinho, violência e família.* Percebe-se que esse quadrante segue uma lógica parecida com aquela do quadrante anteriormente apresentado, uma vez que estão em torno das consequências negativas que o consumo de álcool pode ocasionar (*acidente, acidente de carro, briga, confusão, doença, gasta dinheiro, irresponsabilidade, morte, perde o controle, prejudica a família, prejudica a saúde, prejuízo, sem moral, tristeza e violência)* e, por outro lado, aparecem termos que demonstram o que a bebida alcoólica pode proporcionar de prazeroso (*diversão e mulher)*.

Os termos que se apresentam na “zona de contraste” são todos de cunho negativo (*embriaguez, errado, não gosto, tragédia e atrapalha*), diferentemente do que ocorre nos quadrantes anteriormente mencionados (nos quais termos de

conotação positiva são raros, mas existentes). Isso pode indicar que um subgrupo específico da amostra destacou (evocou com prioridade) termos com valor negativo. A segunda periferia, como também ocorreu nas outras descrições, inclui muitas consequências negativas ocasionadas pelo consumo de álcool (*desemprego, desrespeito, fala muito, ficar na rua, ressaca, crime e diminuir o uso*), os prazeres que ele também pode proporcionar (*amigos, bar*) e os tipos de bebida associado (*conhaque e uísque*).

Expressões evocaram a ideia de diminuir ou evitar os danos causados, tanto por meio de ações voltadas para retirar aquilo que causa o dano (*não beber)*, quanto para parar ou reduzir a quantidade de bebida (*diminuir o uso).*

A fim de buscar elementos de representação social de bebida alcoólica dentre os participantes que consomem e dentre aqueles que não consomem álcool (o que foi aferido com o AUDIT), foram realizadas mais algumas análises. Na tabela 4, apresentam-se os termos relacionados à bebida alcoólica citados pelos participantes que indicaram abstinência do consumo de álcool no último ano.

Tabela 4*:* **Evocações a partir do termo indutor "bebida alcoólica" no grupo de homens abstinentes de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, organizadas por frequência e ordem média das evocações (OME) (*participantes = 79, palavras = 332*).**

Ordem média das evocações	<2,5			≥2,5		
Frequência média	Possíveis elementos centrais			Elementos da 1ª Periferia		
		Frequência	OME		Frequência	OME
>9	Cachaça	9	2	Doença	15	2,9
	Destruição	9	2,1	Morte	12	2,8
	Droga	11	2,3	Prejudica a família	13	3,2
	Nada	9	1	Prejudica a saúde	10	3
	Não beber	17	1,9			
	Ruim	32	1,8			
<9	Elementos da Zona de Contraste			Elementos da 2ª Periferia		
	Bêbado	3	2	Acidente	8	3,4
	Cerveja	8	2,4	Acidente de carro	5	3,4
	Não gosto	7	1,7	Briga	6	4,2
				Cigarro	3	3
				Confusão	5	3,4
				Desrespeito	3	2,7
				Diversão	8	3,3
				Faz mal	6	2,7
				Irresponsabilidade	5	3,4
				Perde o controle	6	3,7
				Prejuízo	3	3,7
				Sem moral	6	4
				Tristeza	7	3,9
				Vinho	7	3,3
				Violência	5	3,2
				Vício	7	2,7
				Família	4	4,3

Os elementos que se apresentaram como mais importantes para os homens que se declararam abstinentes foram: *cachaça, destruição, droga, nada, não beber e ruim*. Na primeira periferia, os elementos citados foram: *doença, morte, prejudica a família e prejudica a saúde*. Nota-se que os termos, em geral, apresentam uma conotação negativa para a bebida alcoólica. Nessa mesma

lógica, os termos da Zona de contraste (*bêbado, cerveja e não gosto*) e da segunda periferia (*acidente, acidente de carro, briga, cigarro, confusão, desrespeito, diversão, faz mal, irresponsabilidade, perde o controle, prejuízo, sem moral, tristeza, vinho, violência, vício, família*) atribuem características negativas ao álcool, com exceção dos termos que fazem referência aos tipos de bebida (*cachaça, cerveja e vinho*) e o termo *diversão* que se apresenta na segunda periferia, o único termo de conotação positiva, citado por apenas oito participantes.

Na tabela 5, são descritos os elementos de representação social para os homens que apresentaram consumo de álcool localizado nas Zonas II, III e IV, ou seja consumo que implica algum grau de risco, identificadas com o AUDIT.

Tabela 5*:* **Evocações a partir do termo indutor "bebida alcoólica" dos homens participantes que apresentavam consumo de álcool com algum grau de risco, todos de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, organizadas por frequência e ordem média das evocações (OME) (*participantes = 117, palavras = 491*).**

Ordem média das evocações	<2,5			≥2,5		
Frequência média	Possíveis elementos centrais			Elementos da 1ª Periferia		
		Frequência	OME		Frequência	OME
>9	Bêbado	10	2,3	Acidente	9	2,9
	Cachaça	14	2,4	Acidente de carro	9	3,1
	Cerveja	22	2,2	Diversão	20	2,7
	Confusão	11	2,4	Doença	16	2,9
	Destruição	11	2,3	Faz mal	9	2,9
	Nada	18	1,2	Gasta dinheiro	10	2,9
	Não beber	18	1,8	Morte	18	2,8
	Ruim	36	1,8	Prejudica a familia	19	3,8
	Vício	9	2,3	Prejudica a saúde	13	2,7
				Vinho	12	3,1
<9	Elementos da Zona de Contraste			Elementos da 2ª Periferia		
	Droga	7	2,1	Amigos	6	3,3
	Errado	4	1,5	Bar	4	3,3
	Não gosto	8	2,1	Briga	7	3,9
	Tragédia	3	2,0	Cigarro	4	3,3
	Gosto	6	1,8	Conhaque	5	3,6
				Energético	3	3,3
				Falsidade	3	3,0
				Ficar na rua	6	3,3
				Irresponsabilidade	8	4,4
				Mulher	5	3,8
				Perde o controle	3	4,0
				Prejuízo	7	3,3
				Tristeza	5	3,8
				Violência	6	3,2
				Vodka	3	4,0
				atrapalha	3	2,7
				família	4	3,8
				uísque	5	3,4

Os possíveis elementos centrais (*bêbado, cachaça, cerveja, confusão, destruição, nada, não beber, ruim e vício*) foram, em grande parte, relacionados negativamente à bebida. Apesar de os elementos da primeira periferia também indicarem os aspectos negativos que a bebida pode ocasionar (*acidente, acidente de carro, diversão, doença, faz mal, gasta dinheiro, morte, prejudica a família, prejudica a saúde)*, trouxe também um elemento que destaca o aspecto positivo e de socialização da bebida alcoólica (*diversão*). A zona de contraste também se apresenta com termos negativos (*droga, errado, não gosto e tragédia)* e também um aspecto positivo *(gosto).*

4. Discussão

O AUDIT foi utilizado como um instrumento objetivo e de fácil aplicação para verificação dos padrões de consumo de álcool dos participantes. As médias desses padrões demonstraram uma grande concentração de participantes na Zona I (60,67%), seguido da Zona II (21,33%), Zona IV (11%) e Zona III (7%).

Apesar de partir de considerações sobre a teoria estrutural das representações sociais, a análise do presente estudo não pretendeu encontrar o núcleo central das representações, não incluindo a realização de testes de centralidade. Os resultados gerados pelo EVOC forneceram uma ideia do campo representacional onde os participantes ancoravam o objeto *bebida alcoólica*.

Ao comparar os resultados das evocações apresentados pela população abstinente e bebedores de risco, nota-se que o grupo abstinente atribuiu à bebida alcoólica uma conotação negativa, enquanto no grupo de bebedores de risco

aparece uma dualidade, encontrando-se associações negativas e positivas para a bebida alcoólica.

Entre os abstinentes, os termos com ordem mais alta nas evocações e com maiores frequências são negativos (*destruição, droga, não beber e ruim*) ou referem-se ao tipo de bebida (*cachaça*). Ao verificar os termos em destaque na população com consumo de risco de bebida alcoólica, nota-se a manutenção dos termos negativos (*confusão, destruição, não beber, ruim e vício*) e a associação a produtos alcoólicos (*cachaça e cerveja*). Nas representações dos abstinentes, tanto na primeira periferia quanto na zona de contraste, não há qualquer atribuição positiva à bebida alcoólica. Já no grupo de consumidores, a primeira periferia e a zona de contraste trazem termos positivos.

Sobre isso, Neves (2004) apresenta uma reflexão. Destaca a influência de fatores culturais nos padrões de consumo de álcool e, apesar de desde muito tempo a bebida ser utilizada como uma maneira de alterar a consciência, esse consumo ocorre em contextos específicos de acordo com a sociedade. Nesse sentido, a contextualização dos padrões de consumo de bebida torna-se importante, principalmente por distinguir o que é aceitável em um determinado momento. Em geral, o álcool não é entendido como algo ruim, mas sim o comportamento de consumo sem limites. Contudo, o homem que consegue consumir a bebida, não se alcoolizar e cumprir com seu papel social é valorizado e, nesse contexto o álcool assume papel importante como parte da identidade masculina.

Percebe-se que a bebida alcoólica funciona como um facilitador social, favorecendo a sociabilidade entre as pessoas, principalmente quando o consumo

de bebida é moderado. Ao consumidor adotar um hábito nocivo de consumo, o contexto socializador da bebida ainda permanece, porém em menor evidência por conta dos problemas ocasionados por ela (Neves, 2004).

A bebida alcoólica traz consigo uma ambiguidade. Ao mesmo tempo em que é considerada algo positivo, como fator socializador ou utilizado como medicamento, seu excesso está associado a algo nocivo e, em geral, atribui-se um estereótipo a quem consome. Sobre isso, a pesquisa de Silva e Padilha (2010), com 40 adolescentes, buscou verificar as representações sociais dos participantes sobre a bebida alcoólica. Semelhante aos resultados do presente estudo, a bebida foi associada aos aspectos de socialização e aos aspectos negativos, associando-a a algo que ocasiona um vício e causa doença.

Historicamente o álcool esteve associado a festas como uma contribuição para socialização e já teve uma função medicamentosa, acreditando-se que poderia curar algumas doenças (Marques, 2001). Contudo, no séc. XIX os malefícios do consumo de álcool era evidenciado, principalmente sob o aspecto econômico e social da época. Em geral, os trabalhadores eram vistos como consumidores excessivos de bebida alcoólica, dificultando o autocontrole nos comportamentos cotidianos. Ao mesmo tempo em que o álcool trazia uma dificuldade social, auxiliava a suportar as dificuldades (Carneiro, 2004).

Os elementos evocados pelo grupo de abstinentes são todos de cunho negativo, enquanto no grupo de bebedores alguns elementos positivos não podem ser desconsiderados. Destaca-se que na primeira periferia o termo *diversão* está presente, novamente demonstrando a dualidade deste objeto. Da mesma maneira, o termo *gosto* está entre a maior frequência e ordem de

evocação dos participantes em geral. Isso traz, mas uma vez, a reflexão sobre os aspectos positivos da bebida, principalmente o aspecto socializador.

No estudo de Araldi, Njaine, Oliveira e Ghizoni (2012) sobre o uso abusivo de álcool e drogas na adolescência, além das questões de gênero, dificuldades familiares e influência da mídia, a diversão também está presente em suas representações. Campos (2004) também apresenta o fator socializador da bebida alcoólica, principalmente por ser valorizado culturalmente. Apesar de esta característica ser reconhecida, o autor indica que os esforços dos profissionais de saúde vão ao sentido de reconhecer o consumo excessivo de álcool como doença, já que o consumidor se ver nessa condição é o primeiro passo para a procura de tratamento e abstinência da bebida alcoólica.

Além da atribuição do álcool ao adoecimento, um novo termo bastante relevante na fala dos participantes também esteve presente: *bêbado*. Este termo representa o estereótipo associado ao bebedor, cumprindo, principalmente, a função de separar aqueles que consomem álcool em excesso e que é “mal visto” pela sociedade daqueles que fazem um consumo dentro dos limites aceitáveis. Com objetivo de desfazer o estereótipo direcionado ao *bêbado,* o termo alcoolista começou a ser utilizado. A conotação de doença também acompanha este beber em excesso, em geral por esse comportamento demonstrar fraqueza. Destaca-se que não é a bebida alcoólica que é condenada na sociedade, mas sim os comportamentos que não se adequam àquilo que é esperado do indivíduo (Neves, 2004).

O estudo de Santos e Velôso (2008) sobre as representações sociais de alcoolistas em tratamento e de seus familiares, que contou com 12 alcoolistas e 6

familiares, demonstrou que o consumo de álcool está diretamente associado à doença e por isso necessita de uma recuperação que envolva ajuda profissional. Foi associada também a perdas, à hereditariedade, castigo e algo do demônio. Sobre o que leva ao consumo exacerbado, os problemas familiares e as amizades ganharam destaque.

Sobre os comportamentos socialmente adequados, a religião exerce um papel importante. Quando o comportamento de beber em excesso está presente, este é associado a algo maligno; por outro lado, os comportamentos adequados e a abstinência é algo bem visto e regulamentado pela religião. Esta, por sua vez, trabalha como um regulador social e, no caso do homem, atribui a ele o cuidado com lar e a adoção de atitudes que contribuem para a saúde (Bezerra, Barros, Tenório, Tassitano, Barros & Hallal, 2009).

Semelhantemente aos resultados de Bezerra, Barros, Tenório, Tassitano, Barros e Hallal (2009), os dados do presente estudo expressam uma conotação negativa sobre o álcool. A associação à degradação da saúde foi observada com a expressão *faz mal*, assim como as perdas estão associadas à *destruição, ruim e vício.* Percebe-se que as características atribuídas à bebida alcoólica relacionam-se, principalmente, aos danos que ela pode causar ao consumidor e que comprometem a saúde e o contexto de vida dos homens. Mais uma vez a religião se destaca. A grande atribuição de termos negativos à bebida alcoólica pode ter sido por influência da prática de uma religião, uma vez que a maioria dos participantes assim se declarou.

É interessante notar que há uma lógica entre o comportamento dos homens abstinentes e suas representações. Nessa categoria nota-se que a

representação da bebida é em torno de elementos negativos, logo, há um distanciamento da mesma, optando pela abstinência. Já no grupo dos homens que apresentam consumo de risco de bebida alcoólica, apesar do aparecimento de termos positivos, a maioria ainda é em torno da negatividade do álcool e suas consequências ruins. Apesar disso, ainda há o consumo de bebida em diferentes níveis.

A grande presença dos termos negativos pode estar associada a um distanciamento dos participantes ao pensar sobre a bebida, principalmente pelo contexto de realização da pesquisa ter sido em uma USF, com uma pesquisadora possivelmente identificada como profissional de saúde. Sugere-se uma inibição dos participantes em suas respostas, ocorrida, principalmente, por um controle daquilo que se supõe querer ser ouvido pelo profissional. Essa *desejabilidade social* diz sobre as respostas dos participantes que são consideradas por eles um padrão correto de comportamento. Este termo é utilizado para representar a diferença do autorrelato das pessoas em que há uma tendência às respostas favoráveis e socialmente aceitas. Apesar de ser utilizado como um modo do respondente ser considerado de forma positiva, torna-se indesejável na medição dos resultados (Gouveia, Guerra, Sousa, Santos & Costa, 2009). Sugere-se esta hipótese uma vez que as entrevistas foram conduzidas em um espaço de cuidado com a saúde e a entrevistadora ser uma mulher identificada como profissional de saúde.

5. Considerações Finais

Os resultados encontrados no presente estudo trazem as concepções dos homens participantes acerca da bebida alcoólica. Uma conotação negativa sobre o termo foi percebida, contudo destaca-se também o fator socializador da substancia como aspecto positivo. Sugere-se que a hegemonia dos aspectos negativos relacionados à bebida alcoólica deve-se ao fato de a entrevista ser realizada por uma pesquisadora possivelmente identificada como profissional, dentro do espaço de saúde, mediada pela suposição sobre o que os profissionais de saúde desejam ouvir e sobre o que seria aceito socialmente. Conhecer o modo como este objeto é interpretado em relação à USF, pelos homens que utilizam o serviço, é importante, principalmente no contexto de atenção primária da saúde que é onde as primeiras intervenções de saúde ocorrem.

Nesse sentido, a pesquisa contribui para uma reflexão acerca da concepção dos usuários do serviço acerca dos profissionais, uma vez que os participantes supõem que os profissionais de saúde são contra o consumo de álcool e especificamente naquele espaço comportam-se de maneira a não contrariar este padrão. Para reverter esta situação, os profissionais de saúde deveriam esforçar-se para construir vínculos com os usuários homens, de maneira a que suas práticas e saberes efetivos sobre o consumo de álcool possam aparecer livres de suposições e respostas de desejabilidade social.

6. Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi explorar e analisar aspectos de Saúde do Homem, com foco na qualidade de vida percebida, autoatribuição de características de gênero, níveis de consumo de álcool e representações sociais de bebida alcoólica, construídas por homens usuários de Unidade de Saúde da Família. Para isso foram realizados dois estudos. Alguns de seus tópicos de discussão serão retomados a seguir.

Para obter os aspectos de qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-bref; as características de gênero foram apreendidas utilizando o instrumento BSRI; o consumo de álcool foi mensurado pelo AUDIT e os elementos de representação social foram coletados através do método de evocação livre.

Os resultados deste estudo revelaram uma percepção de qualidade de vida consideravelmente boa para os homens participantes, uma vez que todos os domínios apresentaram resultado acima de 50%. O domínio psicológico teve um maior escore (74,88%), seguido do domínio físico (68,58%), social (65,69%) e ambiental (57,96%). O domínio psicológico inclui os aspectos cognitivos e afetivos, dentre eles autoestima e autoimagem, e foi percebido de forma particularmente positiva entre os participantes. Já o domínio ambiental apresentou a menor pontuação. Esses dados corroboram com os encontrados em pesquisas sobre qualidade de vida, onde o domínio ambiental é, em geral, atribuído à menor pontuação e o domínio psicológico apresenta-se entre as melhores pontuações (Neves, Krueger, Pietrovski, Teixeira, Araujo, & Scheeren, 2011).

Destaca-se que os resultados favoráveis em todos os domínios de qualidade de vida são surpreendentes, principalmente pelos significados que são,

muitas vezes, atribuídos às classes populares. Os profissionais de saúde, por exemplo, constroem representações acerca dos usuários como pessoas que fazem parte de uma realidade paralela, onde prevalece uma dificuldade financeira e precariedade dos aspectos psicológicos e sociais (Souza, 2012). Em outra pesquisa, Oliveira, Paiva e Valente (2006) constataram que os profissionais de saúde representam o consumo de drogas nos usuários como uma forma de enfrentar a vida, principalmente por esta população possuir muitos problemas sociais e de saúde, vendo na drogadição uma possibilidade de mudar de vida. Em ambos estudos, os profissionais de saúde presumem uma qualidade de vida ruim vivenciada pelos usuários, diferentemente do encontrado nos resultado deste estudo, onde uma qualidade de vida interpretada como satisfatória pelos participantes foi constatada.

Os dados de autoatribuição de características de gênero demonstraram predomínio das características femininas na população participante. Inesperadamente, estes homens apresentaram adesão a estas características, com itens tais como romântico, prendado, carinhoso, vaidoso, emotivo, doce, sonhador, dócil e delicado.

A adesão às características femininas demonstradas nos resultados possui diferenças quando comparadas a outras pesquisas com a população brasileira. Uma possibilidade para esta particularidade é o contexto de construção de gênero. Nesse caso, a população participante é usuária do serviço de saúde do território, possuindo uma prática de saúde e de autocuidado diferenciada da população em geral. A influência do espaço de saúde na construção de gênero, “homens que vão à USF”, “homens que se cuidam”, e/ou mesmo a influência da

situação de pesquisa (respostas a uma pesquisadora possivelmente identificada como profissional de saúde) podem ter conduzido os participantes à autoatribuição especialmente forte de características tidas tradicionalmente como femininas.

Este dado associa-se ao que foi encontrado no segundo estudo: os elementos de representações sociais são, em sua maioria, relacionados a atitudes negativas dirigidas à bebida alcoólica. Frente à pesquisadora possivelmente identificada como profissional de saúde, no contexto mesmo da USF, os homens pesquisados evocaram termos predominantemente negativos em resposta ao termo indutor “bebida alcoólica”. Matos (2000), afirma que há uma forte associação entre a prática do consumo de álcool e a masculinidade. O modelo de masculinidade hegemônica favorece a atitude positiva direcionada à bebida alcoólica. Percebe-se uma confluência dos dados dos dois estudos que compuseram esta dissertação, a alta autoatribuição de características femininas de gênero e a atitude predominantemente negativa dirigida à bebida alcoólica.

Observando a relação de gênero construída pelos participantes, reflete-se acerca dos padrões de gênero construídos socialmente. Alguns autores apontam para as mudanças direcionadas ao homem na modernidade, salientando a diferença entre o homem tradicional e o homem moderno. Connel (1995) demonstra em seus estudos esta modificação e justifica como possível influência para a chamada “crise da masculinidade” as transformações feministas, colocando a mulher em um novo lugar na sociedade o que tende a retirar o homem do patriarcado.

Apesar de ainda estar presente a ideia de separação de gênero e atribuição de características definidas a cada um (Biaggio, Vikan & Camino, 2005), os resultados deste estudo demonstram uma concepção diferente, onde os participantes se atribuíram fortemente características femininas. Este enfraquecimento da masculinidade hegemônica pode estar associado a uma nova organização dos padrões masculinos na sociedade. Na pesquisa de Ceotto (2013), um afastamento da masculinidade hegemônica foi percebido, principalmente pela adoção de práticas por parte dos homens que eram, até então, atribuição feminina. O cuidado com o corpo e a beleza foram bastante evidentes na pesquisa realizada com universitários e análise documental. Por fim, o autor propôs duas saídas para a masculinidade atualmente: um novo caminho para a masculinidade hegemônica ou uma diminuição das hierarquias estabelecidas pela força do gênero.

Quando analisados os padrões de consumo de álcool dos participantes pelo AUDIT, a maioria encontrava-se na zona sem risco ou de abstinência (Zona I) (60,67%), o que foi seguido por possível uso de risco (Zona II) (21,33%). Na zona de possível uso nocivo (Zona III) encontraram-se 7% dos participantes e, por fim, 11% apresentaram possível dependência de álcool (Zona IV).

O consumo de bebida alcoólica da população estudada assemelhou-se aos padrões nacionais de consumo, constatados pelo I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007). Sabe-se que o consumo da bebida alcoólica interfere no contexto de vida do consumidor, principalmente por fazer parte de um estilo de vida daqueles que a consomem. Ao entender o consumo de álcool como de difícil

delimitação, pode-se pensar em formas de acompanhamento diferenciadas ao usuário, já que não se trata de uma doença com diagnósticos e práticas curativas claras. Pode-se dizer que problemas relacionados com álcool são, para o usuário, um estilo de vida, e o desafio para a Equipe de Saúde da Família é atuar com um olhar amplo e modificar os estilos de vida.

O abuso da substância relaciona-se com inúmeras morbidades e é a causa de mais de 3% das mortes mundiais (Manzatto, Rocha, Júnior, Lopes, & Sousa, 2011). Além da saúde física, a saúde psicológica, os aspectos sociais (relacionamento interpessoal) e ambientais (trabalho, moradia, transporte, etc.), também fazem parte do contexto diário de qualidade de vida das pessoas e, em meio a isso, os problemas com o álcool se apresentam de forma multideterminada que pode interferir nessa conjuntura. Por isso, deve-se pensar em estratégias para atingir esta população em todos os sentidos, com práticas de prevenção de doenças e promoção de saúde (Brasil, 2009; Manzatto et. al., 2011).

Nas análises das evocações de *bebida alcoólica,* foi utilizado o software EVOC que permitiu apreender aspectos do campo representacional que envolve esse objeto.

A população abstinente, composta por 79 participantes, atribuiu à bebida alcoólica uma conotação negativa, enquanto no grupo de bebedores aparece uma dualidade, encontrando-se associações negativas, a qual vai sendo minimizada com termos positivos para a bebida alcoólica. Os termos com ordem mais alta nas evocações e com maiores frequências são negativos (*destruição, droga, não beber e ruim*) ou referem-se ao tipo de bebida (*cachaça*). Ao verificar os termos em destaque na população consumidora de bebida alcoólica, nota-se a

manutenção dos termos negativos (*confusão, destruição, não beber, ruim e vício*) e a associação a produtos alcoólicos (*cachaça e cerveja*). Os termos com conotação positiva começam a fazer parte dos elementos de representação social de bebida alcoólica: na primeira periferia, o termo *diversão* aparece; o termo *gosto* faz parte da zona de contraste, assim como *amigos* e *mulher* estão na segunda periferia.

Os fatores culturais influenciam os padrões de consumo de álcool num determinado período de tempo (Neves, 2004). Em geral, a bebida alcoólica não é entendida como algo negativo, mas o comportamento de consumo sem limites e que traz consequências para a pessoa é desvalorizado. Quando o consumo é moderado e controlado, não há repúdio e o papel social de homem acaba estando associado.

Um destaque para a bebida alcoólica na sociedade é de socialização. Principalmente quando o consumo é moderado, ela torna-se um facilitador social, sempre presente em festas e comemorações onde se reúnem várias pessoas. Dessa maneira, ao mesmo tempo em que é considerada algo positivo, como fator socializador, seu excesso está associado a algo nocivo (Neves, 2004; Silva & Padilha, 2010). Historicamente a bebida alcoólica também estava associada a algo que auxiliava a suportar os problemas cotidianos (Carneiro, 2004).

Os resultados encontrados nas evocações do grupo de abstinentes entrevistados demonstraram associações negativas, tanto nos possíveis elementos centrais, quanto na primeira periferia. Este dado evidencia uma lógica entre os aspectos cognitivos associados ao elemento (bebida alcoólica) e a prática direcionada a ela. Já no grupo de bebedores, nota-se a inserção de um

termo na primeira periferia de cunho positivo. A *diversão* demonstra a dualidade deste objeto, aqui discutido. Da mesma maneira, o termo *gosto* está entre a maior frequência e ordem de evocação dos participantes em geral. Isso traz uma reflexão sobre os aspectos positivos da bebida, principalmente o aspecto socializador.

Alguns estudos demonstram o aspecto socializador e positivo associado à bebida, contudo ainda se fazem em meio aos aspectos negativos (Araldi, Njaine, Oliveira & Ghizoni, 2012; Campos, 2004). Outro aspecto a ser discutido é a presença de estereótipos associados ao consumidor de álcool. O termo *bêbado* foi bastante relevante na fala dos participantes que consomem bebida alcoólica, principalmente por demonstrar fraqueza, que é condenada quando o consumidor bebe excessivamente e não se adequa àquilo que lhe é esperado. Quando estas expectativas são atendidas, o consumidor passa a ser valorizado socialmente.

Ao pensar nas inúmeras interfaces da vida das pessoas e em como o consumo de álcool pode afetá-las, foram realizadas diversas análises estatísticas para demonstrar essas relações. Os filhos e o trabalho não estão significamente associados ao consumo de álcool, o que reforça a necessidade de incluir intervenções em âmbito populacional e não restringir àqueles que fazem parte de um perfil pré-definido de consumidores de álcool: o alcoolista isolado e desempregado (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Ronzani, Mota & Souza, 2009; Matos, 2000).

Com resultado significativo para um menor consumo de álcool têm-se a variável religião. Esta é apontada como fator de proteção para o consumo abusivo de álcool, principalmente por regular comportamento e manter o homem no papel

que é considerado próprio dele: provedor do lar (Bezerra, Barros, Tenório, Tassitano, Barros & Hallal, 2009; Silva, Malbergier, Stempliuk, & Andrade, 2006). Couto (2002) afirma que, nas religiões evangélicas, a exigência de autocontrole, que incide sobre os impulsos vistos tradicionalmente como “naturais” ao homem (por sexo e álcool, por exemplo), é particularmente forte. Esse fator pode ajudar a explicar o dado encontrado nesta pesquisa de que o consumo de álcool em homens evangélicos foi significativamente menor que em homens católicos e de outras religiões.

Nesse mesmo sentido, o casamento, religiosamente valorizado, também apresentou diferença significativa para menor uso de álcool quando comparado aos participantes que declararam possuir união estável. A valorização do espaço familiar pode indicar a manutenção do homem como autoridade moral do lar, o que iria na direção das representações sociais hegemônicas da masculinidade (Trindade, et.al., 2011) e/ou uma conversão a um modo de vida tido como “mais feminino” na forma do que propõe Couto (2002), as duas vias contribuindo para o menor consumo de álcool.

Quando questionados sobre os problemas ocasionados pelo consumo de álcool e sobre a procura por tratamento, as respostas, em geral, estavam associadas ao maior consumo de álcool, sugerindo a conscientização do participante quanto a sua condição de consumidor excessivo de álcool e das consequências que este comportamento pode gerar. Dado diferente do que comumente é atribuído ao consumidor pesado de bebida alcoólica, o qual não teria consciência de sua condição nem dos riscos decorrentes de seu consumo (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Na análise de correlação, encontrou-se um resultado inversamente proporcional das características femininas de gênero e o consumo de álcool. Um modelo de masculinidade hegemônica prevê o masculino como forte, ativo e racional, enquanto o feminino é fraco, passivo e emocional. A adoção desse modelo hegemônico está relacionada ao maior risco de morbimortalidade e de abuso de substâncias (Mendoza, 2004; Trindade, et.al., 2011). Da mesma maneira, a qualidade de vida também esteve negativamente associada à bebida nos domínios físico, social, psicológico e com a percepção positiva global de qualidade de vida. Não foi encontrada correlação significativa com a percepção sobre o domínio ambiental da qualidade de vida e esse domínio recebeu avaliações menos favoráveis. Isso porque este domínio representa os aspectos financeiros, de lazer, de acessibilidade aos serviços públicos e sensação de insegurança que podem não estar favoráveis para os homens de classe popular, independentemente de seu nível de consumo de álcool.

A associação da bebida alcoólica aos prejuízos à saúde também se destaca. Santos e Velôso (2008) demonstraram que o consumo de álcool está diretamente associado à doença, a perdas, à hereditariedade, castigo e algo do demônio.

Novamente percebe-se o importante papel da religião. A abstinência é mantida pelo controle da religião, principalmente por sempre evidenciar as atribuições que o homem deve exercer na sociedade, como o cuidado com lar e a adoção de atitudes que contribuíam para a saúde (Bezerra, Barros, Tenório, Tassitano, Barros & Hallal, 2009).

Outros estudos apresentam resultados sobre a conotação negativa da bebida alcoólica (Bezerra, Barros, Tenório, Tassitano, Barros & Hallal, 2009). Contudo, uma lógica entre o comportamento dos homens abstinentes e suas representações é encontrada, enquanto nos outros grupos, apesar da conotação negativa ainda há o consumo de bebida alcoólica.

Nas representações sociais construídas pelos homens de classe popular investigados, sobre os serviços de Atenção Primária à Saúde, esses espaços, considerados “femininos” (Brasil, 2009), os afastam da masculinidade hegemônica, da mesma maneira que a igreja cumpre essa função. Essa análise pode ser importante porque uma ancoragem (Moscovici, 2007) das instruções de saúde como “religião” apresenta claros pontos de contradição com as propostas de autonomia e corresponsabilização da atenção integral à saúde (Brasil, 2009).

Os dados dos níveis de consumo de álcool e das representações dos homens participantes ampliam a discussão sobre as representações sociais de bebida alcoólica. A presença dos termos negativos no campo representacional da “bebida alcoólica” pode estar associada ao contexto de realização da pesquisa, uma vez que ocorreu no espaço de USF, com uma pesquisadora identificada como profissional de saúde. Essa inibição dos participantes em suas respostas foi possivelmente devida à *desejabilidade social,* que diz sobre um padrão correto de comportamento que deve ser seguido, o que se torna indesejável na medida em que os reais resultados são ocultados (Gouveia, Guerra, Sousa, Santos & Costa, 2009). Esses dados podem ajudar profissionais de Saúde da Família a refletirem sobre as representações sociais que constroem acerca dos usuários de classes

populares, as quais contribuem para as propostas de saúde construídas pelos usuários acerca de sua própria realidade.

Os resultados encontrados demonstraram as percepções dos homens participantes sobre seus aspectos de vida e as concepções acerca da bebida alcoólica, porém algumas limitações foram percebidas. O recrutamento de participantes foi feito por conveniência e os participantes eram apenas usuários que se dirigiram à Unidade de Saúde da Família pesquisada. Além disso, foram investigados usuários de apenas uma USF de um município, com características urbanas, o que indica ressalvas para a generalização dos resultados.

Apesar das dificuldades, a pesquisa permitiu a produção de dados que atenderam ao objetivo de partida, explorando variáveis importantes para a Saúde do Homem, características autoatribuídas de gênero, consumo de álcool, percepções sobre qualidade de vida e representações sociais de bebida alcoólica, contribuindo para a produção de conhecimento no âmbito da saúde do homem.

Os resultados encontrados contribuem para geração de conhecimento em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem, como exemplo:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;

• Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;

• Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Brasil, 2009, p. 37).

Maiores níveis de consumo de álcool estiveram negativamente correlacionados com a percepção de satisfação quanto à qualidade de vida, com exceção apenas de um domínio avaliado pelo WHOQOL-bref.

Os dados sugeriram que usuários com altos níveis de consumo de álcool podem estar cientes dos problemas associados a esse consumo e não relutariam em admiti-los. Na análise dos elementos de representação social, uma grande tendência em atribuir características negativas à bebida alcoólica foi encontrada. Contudo, os grupos com menor consumo atribuíram mais características negativas ao álcool.

Além de conhecer as características da população estudada e suas concepções de bebida alcoólica, a pesquisa contribuiu também para uma reflexão sobre a visão dos usuários acerca dos profissionais de saúde. Os participantes provavelmente pressupuseram a atribuição de valores negativos à bebida alcoólica por parte dos profissionais de saúde.

Diante disso, torna-se importante que os profissionais percebam estas nuances e construam vínculos com os usuários homens, de maneira que suas

práticas e saberes efetivos sobre o consumo de álcool possam ser livres de suposições e respostas de desejabilidade social.

Os resultados encontrados podem ser surpreendentes para profissionais de saúde. Vê-se a necessidade de apresentar e discutir esses dados, especialmente com profissionais de Saúde da Família, a fim de contribuir para uma visão mais ampla da realidade, além de uma possível reconstrução das representações sociais que esses profissionais produzem acerca dos usuários e de sua própria prática.

Referências

Abric, J. C. (2000). *A abordagem estrutural das representações sociais*. In A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira. Estudos interdisciplinares de representação social, 27-37.

Almeida, M. V. (1996). *Gênero, masculinidade e poder: Revendo um caso do Sul de Portugal*. In *Anuário Antropológico*, 95, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Araldi, J. C.; Njaine, K.; Oliveira, M.C. & Ghizoni, A. C. (2012). *Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *16*(40), 135-148. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-32832012005000002.

Araujo, S. I. (2007**).** *Alcoolismo como processo: da identidade construída à (des) construção da pessoa.* Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001). *Intervenções Breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas: guia para utilização em cuidados primários de saúde.* Organização Mundial da Saúde.

Batista, L. E. (2005). *Masculinidade, raça/cor e saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 71-80.

Bem, S. L. (1981). *Gender schema theory: a cognitive account of sex typing*. *Psychological Review, 88* (4), 354-364.

Bem, S. L. (1974). *The measurement of psychological androgyny*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42* (2), 155-162.

Bezerra J., Barros, M.V.G., Tenório, M.C.M., Tassitano, R.M., Barros, S.S.H., Hallal, P.C. (2009). *Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes*. Rev Panam Salud Publica. 26(5), 440–6.

Biaggio, A., Vikan, A. & Camino, C. (2005). *Orientação social, papel sexual e julgamento moral: uma comparação entre duas amostras brasileiras e uma norueguesa. Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*(1), 1-6.

Braga M.C.P., Casella M.A, Campos M.L.N. & Paiva S.P. (2011). *Qualidade de vida medida pelo Whoqol-bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG*. Rev. APS, 14(1), 93-100.

Brasil. (2011). *Para entender a Gestão do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**.** Sistema Único de Saúde. Brasília: Conass, 291.

Brasil (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. (2006a). *Política nacional de promoção da saúde.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasil. (2006b). *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília.

Brasil. (2006c). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília.

Brasil (2000). *Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas*. Ministério da saúde, Secretaria Executiva, Brasília.

Brasil. (1999). *Manual para a organização da atenção básica*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. (1996). *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (1990a). *Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília.

Brasil. (1990b). *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal, Brasília.

Burr, V. (2002). *Gender and social psychology*. London: Taylor & Francis.

Campos, E.A. (2004). *As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos*. Caderno de Saúde Pública, 20 (5), 1379-87.

Carneiro, H. (2004). *Bebidas alcoólicas e outras drogas da época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII*. Historiador Eletrônico. Recuperado de http://www.neip.info/downloads/t_henrique_historia.pdf.

Carvalho, J.G.S. & Arruda, A. (2008) *Teoria Das Representações Sociais e História: Um Diálogo Necessário*. Paidéia, 18(41), 445-456. Recuperado em 15 de Janeiro de 2013, de http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a03.pdf.

Ceotto, S. C. (2013). *De John Wayne a David Beckham – ressignificações das masculinidades: um estudo em Representações Sociais.* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória).

Chagas M, Hildebrandt LM, Leite MT, Stumm EMF, Vianna RM. (2010). *O alcoolismo e o grupo de Alcoólicos Anônimos: O conhecimento de alcoolistas*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Recuperado de <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1115>.

Cheng, C. (2005). *Processes underlying gender-role flexibility do androgynous individuals know more or know how to cope? Journal of Personality*, 73, 645-673.

Colares, V.; Franca, C.; Gonzalez, E. (2009). *Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 25 (3), 521-528.

Conceição, V. M., Silva, S. E. D., Araujo, J. S., Santana, M. E., Vasconcelos, E. V. (2012). As representações sociais da bebida alcoólica e suas consequências na sociedade expressas pela mídia impressa. Enfermagem em foco, 3 (1), 42-45.

Conferência Nacional de Saúde (1986). *Relatório final*. Conselho Nacional de Saúde, Brasília.

Connell, R. W. (1987). *Gender and Power*. Stanford: Stanford University Press.

Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução CFP Nº 010/2012*.

Conselho Nacional de Saúde (2012). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo pesquisas com seres humanos*. Resolução 466/2012. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

Costa, J. S. D., Silveira, M. F., Gazalle, F. K., Oliveira, S. S., Hallal, P. C., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., Olinto, M. T. A. & Macedo, S. (2004). *Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Revista de Saúde Pública*, 38(2), 284-291.

Courtenay, W.H. (2000). *Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*. *Soc. Sci. Med.*, 50 (10), 385-401.

Couto, M. T. (2002). *Gênero, família e pertencimento religioso na redefinição de ethos masculinos e femininos. Anthropológicas*, 13 (1), 15-34.

Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B. & Figueiredo, W. 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.

Coutinho, M. P. L. & Franken, I. (2009). *Qualidade de vida no serviço público de saúde: as representações sociais de profissionais da saúde*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *29*(3), 448-461. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-98932009000300003>.

Duailibi, S. & Laranjeira, R. (2007). *Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas*. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 839-848.

Duncan, B. B., Giugliani, E. R. J., Schmidt, M. I.(2004). *Medicina ambulatorial, conduta de atenção primária baseada em evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2.

Escorel, S.; Nascimento, D. R.; Edler, F. C. *As origens da reforma sanitária e do SUS*. (2005). In: Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C.; Suárez, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 59-81.

Faccio, 2008. *Alcoolismo: um caso de saúde pública*. Uma revisão bibliográfica sobre a dependência de álcool no brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Fachini, A. & Furtado, E. F. (2012). *Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *39*(2), 68-73. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000200005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-60832012000200005>.

Fleck, M.P.S, Lima, A.F.B.S. (2008). *Qualidade de vida e alcoolismo*. In: Fleck M.P.A (org). A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 228.

Fleck, M. P. A; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (1999). *Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)*. São Paulo: Rev. Saúde Pública, 33 (2). Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000200012.

Gigliotti, A. & Bessa, M. A. (2004). *Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos.* Revista Brasileira de psiquiatria, São Paulo, 26.

Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2008). *Atenção primária à saúde*. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 575-625). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, R. (2003). *Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão*. Ciência e saúde coletiva, São Paulo, 8 (3). Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=en&nrm=iso>.

Gomes, R. & Nascimento, E. F. (2006). *A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica*. Caderno de Saúde

Pública, Rio de Janeiro, 22 (5). Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500003.

Gomes, R., Schraiber, L. B., Couto, M. T., Valença, O. A. A., Silva, G. S. N., Figueiredo, W. Santos, Barbosa, R. M. & Pinheiro, T. F. (2011). *O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 113-128.

Gouveia, V. V; Guerra, V. M.; Sousa, D. M. F.; Santos, W. S., & Costa, J. M. (2009). *Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: contribuição a sua adaptação brasileira*. *Avaliação Psicológica, 8*, 87-98.

Heidmann, I. T. S. B.; Almeida, M. C. P., Boehs, A. E., Wosny, A. M., Monticelli, M. (2006). *Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções*. Texto contexto enfermagem, Florianópolis, 15 (2).

Hernandez, J. A. E.. (2009). *Reavaliando o Bem Sex-Role Inventory*. Estudos de Psicologia. 26(1), 73-83.

Hernandez, J. A. E. & Oliveira, T. C. (2006). *Auto percepção de papéis sexuais em professores de Educação Física: um estudo exploratório. EFDeportes.com, Revista Digital*. 11 (98).

Hunt, S. M. & McKenna, S. P. (1992). *A scale for the measurument of quality of life in depression*. Health Policy, 22, 307-19.

Jönsson, P., & Carlsson, I. (2000). *Androgyny and creativity: a study of relationship between a balanced sex-role and creative functioning*. *Scandinavian Journal of Psychology, 41* (4), 269-274.

Jovchelovitch, S. (2004). *Psicologia Social, saber, sociedade e cultura*. Psicologia e sociedade, Porto Alegre, 16(2).

Koller, S., Hutz, C. S., Vargas, S., & Conti, L. (1990). Mensuração de gênero: reavaliação do BSRI. *Ciência e Cultura, 42* (7), 517-518.

Kluthcovsky, A. C.G.C. & Kluthcovsky, F. A. (2009). *O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31(3). Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-81082009000400007>.

Kunkel, N. (2007). *Associação entre execesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/90399>.

Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. (2013). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012*. São Paulo: INPAD. Recuperado de http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf.

Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília: Senad/Unifesp. Recuperado em 10 de setembro de 2012, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf

Laurenti, R.; Mello, J., M.H.; Gotlieb, S. (2005). *Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina*. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (1), 35-46.

Lima, A. F. B. S. (2002). *Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Lima, N. V. T. (2005). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 502.

Lobato, C. R. P. S. & Koller, S. H. (2003). *Maturidade vocacional e gênero: adaptação e uso do inventário brasileiro de desenvolvimento profissional. Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *4*(1-2), 57-69.

Longabaugh R., Mattson M.E., Connors G. J. & Cooney N. L. (1994). *Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research*. J of Stud on Alcoh, 12, 119-129.

Manzatto, I., Rocha, T. B. X., Júnior, G. B. V., Lopes, G. M. & Sousa, J.A.(2011). *Consumo de álcool e qualidade de vida em estudantes universitários*. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, 9 (1), 37-53.

Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R.; Muricy, K. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Marques, A. C. P. R. (2001). *O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento*. IMESC, 3, 73-86.

Matos, M. I. S. (2000). *Meu lar é o botequim. Alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

Mendoza, A. Z. (2004). *O uso de álcool na adolescência, uma expressão da masculinidade*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A. & Buss, P.M.(2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

Moraes, E; Campos, GM ; Figlie, NB; Laranjeira, RR; Ferraz, MB. (2006). *Conceitos Introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28, 4, 321-325.

Moscovici, S. (2007) *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Editora Vozes.

Moscovici, S. (2003) *O Fenômeno das Representações Sociais*. Em: Moscovici, S. *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Moscovici, S. (1976). *La Psychanalyse, Son Image et Son Public*. Paris: PUF. 2 ed.

Neves, E. B., Krueger, E., Pietrovski, E. F., Teixeira, A. C. M., Araujo, M. R. & Scheeren. E. M. (2011). *Perfil das publicações sobre qualidade de vida no scielo. Uniandrade*, 12 (2), 147-161.

Neves, D.P. (2004). *Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?* Caderno de Saúde Pública, 20 (1), 7-36.

Oliveira, D. C.; Marques, S. C.; Gomes, A. M. T. & Teixeira, M. C. T. (2005). *Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais*. In: Moreira, A. S. P.; Camargo, B. V.; Jesuíno, J. C. & Nóbrega, S. M. (Orgs.). P*erspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.* Paraíba: UFPB, 573-603.

Oliveira, P. P. (2004). *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: UFMG/ IUPERJ.

Oliveira, J. F.; Paiva, M.S; Valente, C.L.M. (2006). *Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero.* Ciênc. Saúde Coletiva, v.11, p.473-81.

Organização Mundial da Saúde (1998). *Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade De Vida (Whoqol)*. Rio Grande do Sul.

Organização Mundial da Saúde. (1996). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*.

Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C. & Brito, A. S. (2002). *Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, *7*(4), 687-707. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232002000400007>.

Polignano, M. V. (2006). *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Cadernos do Internato Rural – textos de apoio.

Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). *Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. Revista de saúde pública*, 43(1), 51-61.

Rosa, a. L. G. (2003). *Passos cambaleantes, caminhos tortuosos: Beber cachaça, prática social e masculinidade – Recife/PE – 1920-1930.* Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará.

Sá, C. P. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Santos, M. S. D. & Velôso, T. M. G. (2008). *Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *12*(26), 619-634. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300013&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-32832008000300013.

Schipper, H.; Clinch, J. J.; Olweny, L. M. (1996). *Quality of life studies: definitions and conceptual issues*. In: Spilker, B. (Org.). Quality of life and pharmaecoeconomics in clinical trials. New York: Lippincott-Raven, 11-23.

Schraiber, L.B.; Gomes, R. & Couto, M. T. (2005). *Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva*. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, 10 (1). Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso>.

Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N., & Valença, O. (2010). *Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens*. Caderno de saúde pública, 26(5), 961-970.

Schwarz, E., Gomes, R., Couto, M. T., Moura, E. C., Carvalho, S. A. & Silva, S. F. (2012). *Política de saúde do homem. Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 108-116.

Segatto, M. L; Silva, R. S. e; Laranjeira, R.; Pinsky, I. (2008). *O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário*. Revista de Psiquiatria Clínica, 35(4), 138-143.

Silva, S. G. (2000). *Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos*. Psicologia: Ciência e profissão. Brasília, (20), 3. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300003&lng=pt&nrm=iso>.

Silva, S. E. D. & Padilha, M. I. (2010). *O alcoolismo na história de vida de adolescentes: uma análise à luz das Representações Sociais*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 22(3), 576-84.

Silva, L. V. E. R., Malbergier, A., Stempliuk, V. A. & Andrade, A. G. (2006). *Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários*. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 280-288.

Souza, L. G. S. (2012). *Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

Souza, E. R. (2005). *Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*(1), 59-70. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232005000100012>.

Souza, S.L.; Ferriani, M.G.C.; Silva, MAI; Gomes, R. & Souza, T.C. (2010). *A Representação do Consumo de Bebidas Alcoólicas para Adolescentes Atendidos em uma Unidade de Saúde da Família*. *Ciência e Saúde Coletiva,* 15(3):733-741. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300016

Starfield, B. (2002) *Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.

Trindade, Z. A. (2005). *Comunicação e Socialização do Conhecimento: o boato e a fofoca como objeto de estudo das representações sociais*. In Oliveira, D. C. & Campos, P. . F. (Orgs.), Representações Sociais, uma teoria sem fronteiras (pp. 71-84). Rio de Janeiro: Ed. Museu da República.

Trindade, Z. A., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. (2011). *Masculinidades e saúde: produção científica e contexto*. In Trindade, Z. A., Menandro, M. C. S. & Nascimento, C. R. R. (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde* . 11-26, Vitória: GM.

Vergés, P. (2000). *Ensemble de Programmes permettant l'analyse des evocations*. Aix en Provance.

Wachelke, J. F. R. & Camargo, B. V. (2007). *Representações sociais, representações individuais e comportamento*. *Interamerican Journal of Psychology, 41*(3), 379-390.

WHOQOL Group. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. World Health Organization. Geneva.

Whoqol Group. (1995). *The Word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Word Health Organization*. Soc Sci Med*,* 41(10), 1403-09.

Zapata, S. C.; Romero, G. H. (2010). *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia*. Rev. Panam Salud Publica, Washington. 28 (1).

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A gente é da Universidade e estamos realizando uma pesquisa com homens que moram aqui nessa região. O Sr. concorda em participar? Para participar, é preciso assinar este Termo de Consentimento.

Eu, _____, tendo sido convidado a participar como voluntário de um estudo sobre saúde masculina, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que os participantes serão entrevistados mediante seu consentimento.
- Que fica assegurado o anonimato do participante e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento.
- Que a participação neste estudo não trará nenhum dano à integridade física, social e emocional do entrevistado.
- Que a importância deste estudo é a compreensão mais aprofundada sobre os aspectos de qualidade de vida, consumo de álcool e características de masculinidade, o que contribuirá de forma teórica e prática para a atuação de profissionais de saúde e de outros profissionais que lidam com saúde masculina.
- Que os dados fornecidos a seguir poderão ser utilizados para futuros contatos com o objetivo de realizar novas entrevistas, segundo disponibilidade e interesse do participante:

Agente de saúde: _____

Telefones:_____

Vitória, data: _____

_____	_____
Assinatura ou rubrica do voluntário ou Responsável legal	Responsável pela pesquisa PPGP-UFES

Endereço do responsável pela pesquisa: Instituição: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Endereço: Av. Fernando Ferrari, n. 514, Goiabeiras, Vitória, ES. CEP 29075-910. Telefone para contato: (27) 4009-2501. Comitê de Ética em Pesquisa em Goiabeiras, tel.: 4009-7840, e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com.

Apêndice B - Instrumento de Coleta de Dados

Número de referência: _____

Vamos começar com algumas perguntas para te conhecer um pouco melhor!

1. Bairro: _____	2. Data de nascimento:_____
3. De zero a dez, que nota você dá a esta Unidade de Saúde? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	4. Possui plano de saúde? Sim ( ) Não ( ) Qual?_____
5. Escolaridade: 5.1. – Analfabeto ( ) 5.2 – Ensino Fundamental Incompleto ( ) 5.3 – Ensino Fundamental Completo ( ) 5.4 – Ensino Médio Incompleto ( ) 5.5 – Ensino Médio Completo ( ) 5.6 – Ensino Superior Incompleto ( ) 5.7 – Ensino Superior Completo ( ) 5.8 – Ensino Técnico ( ) 5.9 – Pós-graduação ( ) 5.10 – Outros ( ) qual? _____	6. Estado Civil 6.1. Solteiro ( ) 6.2. Casado ( ) 6.3. Divorciado ( ) 6.4. Amasiado ( ) 6.5. Viúvo ( )
7. Você tem filhos? Sim ( ) Não ( ). 7.1. Se SIM, Quantos filhos? _____	8. Você tem religião? Sim ( ) Não ( ). 8.1. Se SIM, Qual? _____ 8.2. Você é praticante desta religião?

7.2. Você tinha quantos anos quando seu primeiro filho nasceu? _____	Sim ( ) Não ( ).
9. Está trabalhando no momento? Sim () Não (). 9.1. Se a resposta anterior foi SIM, sua situação de trabalho é como: ( ) autônomo ( ) empregado com carteira assinada ( ) empregado sem carteira assinada ( ) aposentado 9.2. Qual sua profissão? _____	10. Valor da renda familiar: _____ 11. Dividida com quantas pessoas? _____

Então, a gente agora vai fazer uma série de perguntas sobre qualidade de vida e a gente pede que os participantes respondam dizendo um número de 1 a 5. Em algumas questões, esta escala visual pode ajudar a responder.

[mostrar a escala visual]

Não existe resposta certa ou errada. O importante é dizer o que o Sr. realmente percebe. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		Nada	**Muito pouco**	**Médio**	**Muito**	**Completamente**
01	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO

WHOQOL

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
02	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
05	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
06	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
07	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
08	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Complete tamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A seguinte questão refere-se a **com que freqüência** você sentiu o experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	**Algumas vezes**	**Frequente mente**	**Muito fre quentemente**	**Sempre**
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

A seguir, há uma lista com características comuns a diversas pessoas. Por favor, diga o quanto elas descrevem você.

Quanto maior o número, mais adequada a descrição e vice-versa.

BSRI

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1. Valente						31. Namorador					
2. Romântico						32. Sentimental					
3. Ponderado						**33. Organizado**					
4. Influente						34. Competidor					
5. Feminino						35. Terno					
6. Vulgar						36. Espontâneo					
7. Combativo						37. Masculino					
8. Prendado						38. Charmoso					
9. Sociável						39. Amigável					
10. Viril						40. Poderoso					
11. Carinhoso						41. Caridoso					
12. Invejoso						42. Queixoso					
13. Arrojado						43. Galanteador					
14. Vaidoso						44. Meigo					
15. Responsável						45. Coerente					
16. Liberal						46. Auto-suficiente					
17. Emotivo						47. Fiel					
18. Leviano						48. Mesquinho					
19. Dominador						49. Popular					
20. Doce						50. Sensível					
21. Cínico						51. Autodiciplinado					

22. Atlético						52. Argumentador					
23. Sonhador						53. Suave					
24. Otimista						54. Grosseiro					
25. Líder						55. Experiente					
26. Dócil						56. Gracioso					
27. Fofoqueiro						57. Tagarela					
28. Livre						58. Autoconfiante					
29. Delicado						**59. Amável**					
30. Negligente						**60. Esforçado**					

Agora, nós vamos fazer um “exercício de pensar rápido”. Eu vou te falar uma palavra e você me diz o que vem imediatamente na sua cabeça. Não tem certo ou errado. É só dizer o que vem à sua mente. Vamos fazer um teste. O que vem na sua cabeça quando eu falo a palavra “campanha política”?

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Isso aí! Vamos fazer mais uma vez esse exercício de pensar rápido, agora com uma palavra diferente. O que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra “bebida alcoólica”?

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Dessas palavras, qual você acha que Representa Melhor a expressão “bebida alcoólica”?

Por quê?

_____

_____

PAI-PAD Programa de Atenção Integrada para a Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade

Unidade de Saúde: _____
Nome: _____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
Idade: ____ **Data:** ___/___/___ **REGISTRO** [ ]

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:
"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses".

1. Com que freqüência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	**6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais	**7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
3. Com que freqüência você consome cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias ***Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10***	**8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	**9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?** (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	**10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?** (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.	Anote aqui o resultado.

Local da Aplicação:	**( ) Domicílio**	**( ) Serviço de Saúde**
Qual a profissão do aplicador?		
Foi realizada intervenção?	**Sim ( )**	**Não ( )**
A intervenção foi logo após a aplicação do AUDIT?	**Sim ( )**	**Não ( )**
Houve encaminhamento para avaliação médica?	**Sim ( )**	**Não ( )**
Houve encaminhamento para outro serviço?	**Sim ( )**	**Não ( )**
Qual a profissão de quem realizou a intervenção?		

O consumo de bebida alcoólica já te causou algum problema? Considerando sua saúde física ou mental: por exemplo, dores de cabeça, ressaca, problemas com o sono, problemas com a família ou com os amigos, ausência no trabalho, acidentes, etc?

( ) Não ( )Sim O quê?

_____

Se sim, o que você faz normalmente pra diminuir esses danos causados pela bebida?

_____

_____

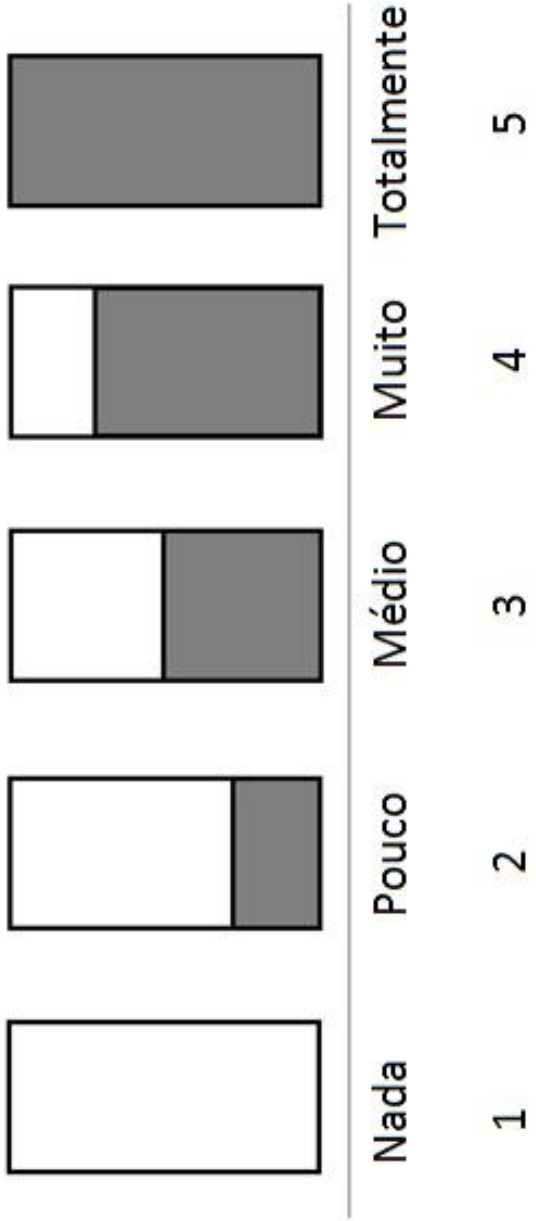
Você já procurou algum tipo de tratamento para o consumo de álcool?

( )Não ( )Sim Qual?

_____

Obrigado pela Participação!

Apêndice C – Escala Visual de Apoio



Apêndice D – Glossário de Apoio

Item referente ao BSRI. A listagem estará disponível caso algum dos entrevistados tenha necessidade.

1. Valente	Que ou o que não receia o perigo, tem espírito de luta; intrépido, corajoso. Que ou quem tem força, vigor, robustez
2. Romântico(a)	Diz-se de quem, nas ideias, no caráter ou no temperamento, revela algo de cavalheiresco, de apaixonado, de nobre, que o eleva acima da realidade comum e cotidiana. Relativo ao romantismo.
3. Ponderado(a)	Diz-se de pessoa que, por temperamento, não se agita ou perturba com facilidade; refletido, equilibrado, sereno, calmo
4. Influente	Que ou quem exerce influência. Que influi.
5. Feminino(a)	Relativo a ou próprio de mulher
6. Vulgar	Que se veste de forma inadequada. Comum, frequente, ordinário, trivial. Banal, comum, corriqueiro, usual. Fala alto sem se preocupar onde está.
7. Combativo(a)	que tem inclinação ou espírito de combatente; que não recusa lutar, combater
8. Prendado(a)	Dotado de prenda(s), de habilidade(s). Ex.: <ela é muito prendada, sabe pintar, costurar e cozinhar>; <ele é muito prendado como músico>
9. Sociável	que convive bem socialmente; comunicativo, dado, amistoso. Que gosta de reuniões sociais, de fazer amigos, de frequentar a sociedade; comunicativo, extrovertido
10.Viril	Relativo ou pertencente ao homem ou varão; másculo, varonil. Próprio de homem. Próprio de um caráter varonil; esforçado, corajoso. Enérgico.
11. Carinhoso(a)	Que trata com carinho; que faz carinho; meigo, terno
12. Invejoso(a)	que ou aquele que sente inveja, que ou quem revela, em seus gestos, palavras etc., inveja em relação a outrem
13. Arrojado(a)	Audaz, destemido, ousado, valente, valoroso. Arriscado, perigoso, temerário. Agitado, arrebatado, fogoso, impetuoso
14. Vaidoso(a)	Que ou quem deseja ter reconhecidos seus próprios dotes e méritos físicos ou intelectuais. Que sente ou demonstra orgulho pelo sucesso obtido por ele mesmo ou por um seu próximo
15. Responsável	Que ou aquele que responde pelos seus atos ou pelos de outrem; que têm condições morais e/ou materiais de assumir compromisso
16. Liberal	Que tem ideias avançadas sobre a vida social. Que tolera e aceita opiniões diferentes das suas; tolerante, indulgente. Que gosta de dar, que não se importa de gastar; generoso, pródigo
17. Emotivo(a)	Diz se de ou indivíduo propenso a emoções. característico de emotivo; emocional
18. Leviano(a)	Imprudente. Inconsciente. Precipitado. Insensato. Que não tem seriedade ou que procede repreensivamente. Que ou aquele que julga ou procede irrefletida e precipitadamente, que age sem seriedade
19. Dominador(a)	que ou o que domina; que ou o que detém o poder, a autoridade. que ou aquele que tem um caráter autoritário e procura dominar

20. Doce	Suave, calmo, sereno. Que demonstra docilidade e ternura; afetuoso, amável, meigo.
21.Cínico(a)	Que denota cinismo, desfaçatez, fingimento
22. Atlético(a)	De constituição robusta; forte, musculoso
23. Sonhador(a)	Que ou aquele que sonha acordado, que devaneia, que fantasia, que vive fora da realidade; devaneador, sonhoso. que exprime sonho, devaneio, distração
24. Otimista	Que ou aquele que demonstra otimismo (otimismo = disposição para ver as coisas pelo lado bom e esperar sempre uma solução favorável, mesmo nas situações mais difíceis)
25. Líder	Pessoa cujas ações e palavras exercem influência sobre o pensamento e comportamento de outras
26. Dócil	Obediente, submisso. Que se guia, que aprende, que se curva facilmente. Que se submete a alguém ou a algo, sem oferecer resistência. Que apresenta temperamento fácil; brando, manso.
27. Fofoqueiro(a)	Que ou aquele que faz fofoca, que se intromete em assuntos alheios
28. Livre	Que é senhor de si e de suas ações; dotado do poder de escolha . Que não está sob o jugo de outrem
29.Delicado(a)	Que se melindra com facilidade; vulnerável, suscetível. Que se comporta com cortesia e civilidade. Que possui ternura; meigo, doce, afetuoso.
30.Negligente	que ou quem demonstra negligência; descuidado, desleixado, desatento. Preguiçoso.
31. Namorador(eira)	Aquele ou Aquela que gosta de namorar, que se compraz em ter muitos namorados
32. Sentimental	Que ou aquele que se comove facilmente, que é por demais sensível.
33. Organizado(a)	Que costuma agir de maneira regular, seguindo métodos, ordenações (diz-se de pessoa); metódico
34.Competidor(a)	Que ou o que compete. Que ou o que (grupo ou unidade) rivaliza com outro(s), pretendendo um mesmo objetivo
35.Terno(a)	Que tem sentimentos afetuosos; que sente ou desperta afetos. Que revela suavidade, brandura. Que inspira compaixão, que causa dó; lastimoso
36. Espontâneo(a)	Que alguém faz por si mesmo, sem ser incitado ou constrangido por outrem; voluntário. Sem artificialismos ou elementos ensaiados ou estudados; natural, sincero, verdadeiro
37. Masculino(a)	Que tem masculinidade, virilidade, força. Que possui características próprias de macho
38. Charmoso(a)	Que tem charme (Charme = encanto, atração ou sedução que certos seres exercem sobre outrem; graça sedutora própria de pessoa que agrada, cativa ou mesmo deslumbra)
39. Amigável	Que demonstra afabilidade, complacência; benévolo. Característico de amigo(s); amistoso.
40. Poderoso(a)	Que tem poder; que tem força ou grande influência. Que dispõe de grandes forças, de grandes recursos. Altamente colocado na sociedade, numa comunidade, empresa, grupo de pessoas etc
41.Caridoso(a)	Que tem ou que demonstra caridade; caritativo
42.Queixoso(a)	Que ou aquele que sente ou demonstra queixa; magoado, tristonho

43. Galanteador(a)	que ou aquele que corteja. Namorador. É sempre agradável ao sexo oposto. Que trata (alguém) delicadamente, com cortesia, educação
44. Meigo(a)	Dotado de sentimentos gentis, ternos; carinhoso. Que causa impressão agradável; suave, ameno, brando
45. Coerente	Que ou quem tem coerência. Que tem nexo; lógico, racional
46.Auto-suficiente	Que tem a capacidade de viver sem depender de outrem; independente
47. Fiel	Incapaz de atraiçoar aquele com quem se estabeleceu algum laço afetivo
48. Mesquinho(a)	Demasiadamente agarrado a bens materiais, a dinheiro; não generoso; avaro, sovina. que carece de grandeza, de magnanimidade
49.Popular	Aprovado ou querido por uma ou mais pessoas; famoso
50.Sensível	Que se comove facilmente, que se impressiona. Emocionalmente favorável e compreensivo; solidário. Que tem sensibilidade em alto grau.
51. Autodiciplinado(a)	Impõe si mesmo normas e rotinas, visando ao aprimoramento pessoal, à maior eficiência no uso do tempo, na realização de tarefas etc
52. Argumentador(a)	Que ou aquele que argumenta, que argúi; arguente. Que ou aquele que se compraz em argumentar (Argumentar = apresentar fatos, idéias, razões lógicas, provas etc. que comprovem uma afirmação, uma tese)
53. Suave	Que expressa bondade, afeto; terno, meigo
54. Grosseiro(a)	Que ou aquele que é descortês ou age com descortesia; que ou o que é mal-educado, rude; grosseirão. Que ou quem demonstra rudeza, falta de cultura, de urbanidade e civilidade.
55. Experiente	que ou aquele que tem experiência, que tem prática, que tem conhecimento das coisas
56. Gracioso(a)	Que tem graça, encanto, delicadeza, finura, leveza; grácil.
57. Tagarela	que ou aquele que fala muito; linguarudo. Que ou quem não guarda segredo; indiscreto.
58. Autoconfiante	Que ou aquele que tem confiança em si mesmo; segurança
59. Amável	Que demonstra delicadeza, cortesia; afável, lisonjeiro, simpático. Que causa impressão agradável; encantador
60. Esforçado(a)	Diz-se de ou indivíduo que demonstra grande aplicação e vigor na realização de suas tarefas

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Ufes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MASCULINA: ALCOOLISMO, QUALIDADE DE VIDA E MASCULINIDADE

Pesquisador: ANA CLAUDIA FERREIRA SANCHES
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 13388913.7.0000.5542
Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 233.306
Data da Relatoria: 01/04/2013

Apresentação do Projeto:
A autora traz à tona o tema da saúde masculina, que ganhou destaque, nos últimos anos, como política pública. Na pesquisa é entido como significativo, conhecer a relação que os homens têm com sua masculinidade, os níveis de consumo de álcool e seus aspectos de qualidade de vida para assim poder contribuir para a construção de ações direcionadas a esse público, de acordo com a realidade concreta e o contexto de vida ralatado por eles.

Objetivo da Pesquisa:
Investigar e analisar as representações sociais e vivências de homens de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, relativas ao consumo de álcool e ao alcoolismo, considerando principalmente suas relações com qualidade de vida, masculinidade e estratégias de enfrentamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os benefícios estariam voltados para uma compreensão mais aprofundada sobre os aspectos de qualidade de vida, consumo de álcool e características de
masculinidade, por parte dos profissionais de saúde e de outros profissionais que lidam com saúde masculina.

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Plataforma Brasil

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa que aponta para a necessidade de atenção em relação a saúde masculina e que entende ser importante a criação de táticas para que haja um interesse maior por parte desse público, em se cuidar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contempla o necessário.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê

VITORIA, 01 de Abril de 2013

Assinador por:
Thiago Drumond Moraes
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

Anexo B – Declaração de Autorização da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS).

PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: **"SAÚDE MASCULINA: ALCOOLISMO, QUALIDADE DE VIDA E MASCULINIDADE"** de autoria de ANA CLAUDIA FERREIRA SANCHES. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 17 de abril de 2013.

Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde