

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JÉSSICA BAZILIO CHAVES

**A intenção masculina de procurar as Unidades Básicas de Saúde:  
Uma análise da Teoria do Comportamento Planejado**

Maceió  
2016

JÉSSICA BAZILIO CHAVES

**A intenção masculina de procurar as Unidades Básicas de Saúde:  
Uma análise da Teoria do Comportamento Planejado**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Sheyla Christine Santos Fernandes

Maceió  
2016

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade**

C512i Chaves, Jéssica Bazilio.

A intenção masculina de procurar as Unidades Básicas de Saúde: uma análise da Teoria do Comportamento Planejado / Jéssica Bazilio Chaves. –2016.  
77 f.

Orientadora: Sheyla Christine Santos Fernandes.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 59-66.

Anexos: f. 67-77.

1. Homens - Comportamento. 2. Saúde do homem. 3. Atenção primária à saúde. 4. Teoria do comportamento planejado. 5. Atitude (Psicologia). I. Título.

CDU: 159.9.019.4

Aos meus pais que me ensinaram a lutar por meus objetivos e  
nunca deixaram de apoiar as minhas escolhas.

## AGRADECIMENTOS

À Prof. Dr. Sheyla Christine Santos Fernandes, minha orientadora, pela acolhida desde a entrada no programa, por acreditar no meu trabalho e no meu desempenho, pelos ensinamentos, pelo incentivo e pela disponibilidade para me auxiliar na elaboração de todas as etapas do trabalho.

À Prof. Dr. Mara Cristina Ribeiro pelo incentivo constante para que eu pudesse trilhar o caminho da pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado Alysson Cavalcante, Cristiane Muritiba e Éricka Feitosa pela parceria, troca de conhecimentos, pelo apoio e ajuda ofertada em todo o percurso.

Às enfermeiras Régina Cristina, Josiane Basílio e Marilucia Basilio pela acolhida e receptividade nas Unidades Básicas de Saúde, facilitando com que essa pesquisa fosse realizada.

Aos demais profissionais das Unidades Básicas de Saúde, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde que compartilharam comigo suas jornadas de trabalho, e me aproximaram dos participantes da pesquisa e da comunidade.

A todos os professores do Mestrado que contribuíram para ampliar o meu conhecimento.

Aos meus pais por investirem em minha formação, por me apoiarem desde o processo seletivo até esse momento, não medindo esforços para que hoje eu pudesse realizar esse sonho.

Às minhas amigas Mayara Vieira e Rebeca Gomes por TUDO! Pelo carinho, pela dedicação, pelo apoio nas horas mais difíceis, por acreditarem em mim e por dividirem esse sonho comigo.

À minha amiga Ybéria, que desde o começo esteve junto, contribuindo com o projeto, dividindo as angústias, fazendo as recomendações necessárias para que hoje eu conseguisse finalizar com êxito.

Ao meu marido Thiago, a quem eu devo por ter conseguido chegar até o final. Fez o possível e o impossível para que esta pesquisa acontecesse, chorou quando eu chorei, sorriu quando eu sorri, obrigada por sempre estar aqui.

À Deus por ter me dado forças para persistir mesmo nos momentos mais difíceis, sem tua fé eu não estaria aqui.

*“Da maciez de uma esponja molhada até à dureza de uma pedrapomes, existem infinitas nuances. Eis o homem”.*

(Honoré de Balzac - Escritor francês)

## RESUMO

Um dos problemas ainda enfrentados pela saúde pública brasileira é o elevado índice de morbimortalidade masculina, em decorrência de uma cultura que reforça os homens a cuidarem da saúde apenas quando o agravo já está instalado. Dessa forma, os homens só adentram ao sistema de saúde a partir da atenção especializada, ficando restritos à recuperação da saúde e não aderindo às medidas primárias de promoção da saúde e prevenção de agravos. Tendo isso em vista, este estudo teve como objetivo avaliar a Intenção Comportamental de sujeitos do sexo masculino, entre 25 e 59 anos, em um distrito sanitário de Maceió-AL, de procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de contribuir para a criação de estratégias que promovam uma maior adesão masculina a esses espaços de cuidados em saúde, diminuindo as estatísticas epidemiológicas alarmantes. Para tanto, foi utilizada a Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen (1985), que busca prever a realização de um determinado comportamento a partir da Intenção Comportamental, sendo esta formada pela Atitude, Norma Subjetiva e Percepção de Controle. Foram então realizados dois estudos: no primeiro, buscou-se obter as crenças salientes de uma parcela da amostra dos homens maceioenses para que pudesse ser construído um instrumento de pesquisa; no segundo estudo, realizou-se a aplicação desse instrumento de pesquisa em uma amostra maior dessa população. Foram utilizadas análises multivariadas e os resultados foram submetidos à correlação através do  $r$  de Pearson. Os resultados demonstraram que a Intenção Comportamental dos homens maceioenses de procurar a UBS pode ser mensurada apenas através do construto Percepção de Controle, que representa os atributos que facilitam e /ou dificultam a busca masculina a UBS. Dessa maneira, a Norma Subjetiva e a Atitude em relação ao Comportamento, ou seja, as influências sociais e as consequências da escolha, respectivamente, não teriam impacto significativo como preditoras do comportamento estudado.

**Palavras-chave:** Atitude; Comportamento; Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Teoria do Comportamento Planejado.

## ABSTRACT

One of the problems still faced by Brazilian public health is the high male mortality rate as a result of a culture that reinforces men to take care of health only when the grievance is already installed. In this sense, men only step into the health system by specialized care, being restricted to health recovery and not adhering to the primary measures of health promotion and disease prevention. With this in mind, this study aimed to evaluate the Behavioral Intention of male subjects between 25 and 59 years, in a district of Maceió-AL, to seek the Basic Health Unit (UBS), in order to contribute to the creation of strategies that promote greater male adherence to these health care spaces, reducing the alarming epidemiological statistics. Therefore, we used the Theory of Planned Behavior of Ajzen (1985), which aims to predict the performance of a certain behavior from Behavioral Intention, which is formed by Attitude, Subjective Norm and Control of Perception. Two studies were then carried out: the first, we tried to get the salient beliefs of a portion of the sample of maceioense men so that we could make a research tool; in the second study, the application of the research tool was held in a larger sample of that population. Multivariate analysis were used and the results were submitted to correlation using Pearons' r. The results showed that the Behavioral Intention of maceioense men to seek UBS can be measured only through the Perception of Control construct that represents the attributes that facilitate and/ or hinder the male search for UBS. Thus, the Subjective Norm and the Attitude related to the Behavior, that means, the social influences and the consequences of the choice, respectively, would have no significant impact as predictors of the behavior studied.

**Keywords:** Attitude; Behavior; Men's Health; Primary Health Attention; Theory of Planned Behavior.

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1 – Modelo de formação das Intenções Comportamentais (AJZEN, 1991).....</b>	<b>30</b>
---	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Comportamento de “Procurar o posto de saúde” .....	37
<b>TABELA 2</b> – Crenças Comportamentais Salientes .....	38
<b>TABELA 3</b> – Crenças Normativas Salientes .....	39
<b>TABELA 4</b> – Crenças de Controle Salientes .....	41
<b>TABELA 5</b> – Caracterização dos participantes .....	46
<b>TABELA 6</b> – Dados epidemiológicos dos participantes .....	47
<b>TABELA 7</b> – Estado de saúde dos participantes .....	47
<b>TABELA 8</b> – Serviços de saúde frequentados pelos participantes .....	47
<b>TABELA 9</b> – Análise fatorial do construto Atitude .....	50
<b>TABELA 10</b> – Análise fatorial do construto Norma Subjetiva .....	50
<b>TABELA 11</b> – Análise fatorial do construto Percepção de Controle .....	51
<b>TABELA 12</b> – Análise fatorial do construto Intenção .....	51
<b>TABELA 13</b> – Análise de confiabilidade dos construtos .....	52
<b>TABELA 14</b> – Média e desvio padrão das respostas .....	52
<b>TABELA 15</b> – Correlações entre os construtos Atitude, Norma Subjetiva e Percepção de Controle e a Intenção Comportamental .....	53

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Quatro fatores do estudo .....	45
--	----

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AC	Avaliação das consequências
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Crenças Comportamentais
CCR	Crenças de Controle
CN	Crenças Normativas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCS	Habilidade para Controlar a Situação
KMO	Kaiser- Meyer-Olkin
MCR	Motivação para concordar com o referente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TAR	Teoria da Ação Racional
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
VD	Variável dependente
VI	Variável independente

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>1.1 Gênero, Saúde e Masculinidades</b> .....	18
<b>1.2 Homens e Cuidados com a Saúde</b> .....	21
<b>1.3 Presença Masculina na Atenção Primária à Saúde</b> .....	23
<b>1.4 Uma Política Nacional de Saúde para os Homens</b> .....	25
<b>1.5 Teoria do Comportamento Planejado (TCP)</b> .....	27
<b>1.4.1 Atitude</b> .....	31
<b>1.4.2 Norma Subjetiva</b> .....	32
<b>1.4.3 Percepção de Controle</b> .....	32
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	34
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	34
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	34
<b>3 PLANO GERAL DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	35
<b>3.1 Estudo I</b> .....	35
<b>3.1.1 Participantes da pesquisa</b> .....	35
<b>3.1.2 Instrumentos</b> .....	35
<b>3.1.3 Estudo piloto</b> .....	36
<b>3.1.4 Procedimentos</b> .....	36
<b>3.1.5 Análise de dados</b> .....	36
<b>3.1.6 Aspectos éticos</b> .....	37
<b>3.1.7 Resultados do estudo I</b> .....	37
<b>3.1.8 Discussão acerca do estudo I</b> .....	42
<b>3.2 Estudo II</b> .....	44
<b>3.2.1 Construção do instrumento</b> .....	44
<b>3.2.2 Participantes da pesquisa</b> .....	46
<b>3.2.3 Instrumentos</b> .....	48
<b>3.2.4 Procedimentos</b> .....	48
<b>3.2.5 Análise dos dados</b> .....	48
<b>3.2.6 Aspectos éticos</b> .....	49
<b>3.2.7 Resultados do estudo II</b> .....	49
<b>3.2.7.1 Análise Fatorial Exploratória (AFE) e análise de confiabilidade</b> .....	49

3.2.7.2	Análise de adesão dos participantes aos construtos .....	52
3.2.7.3	Análise de correlação r de Pearson.....	53
3.8	Discussão acerca do Estudo II .....	54
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
3.1	Considerações Teóricas .....	57
3.2	Recomendações Gerais .....	57
3.3	Limitações.....	58
3.4	Sugestões para Novas Pesquisas .....	58
	REFERÊNCIAS .....	59
	ANEXOS .....	67

## APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar a intenção masculina de procurar os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) emergiu da vivência profissional como terapeuta ocupacional de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Maceió, Alagoas, em que se observava uma tímida presença masculina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como uma escassez de ações e serviços para este público (FIGUEIREDO, 2005). Aliado a isso, despertou também o fato das estatísticas epidemiológicas alarmantemente apresentarem altos índices de morbidade e mortalidade masculina ao longo de todas as faixas etárias (IBGE, 2015).

Para o Ministério da Saúde (2009) isso se deve ao fato de que os homens, quando adentram ao sistema de saúde, recorrem aos cuidados da atenção especializada, ficando restritos apenas a recuperação da saúde. Dessa forma, não buscam a atenção primária e conseqüentemente não adotam as medidas primárias de promoção da saúde e prevenção de agravos, o que repercute em sobrecarga não só na saúde pública, como também na vida dos indivíduos e famílias (BRASIL, 2009).

Para isso, muitos pesquisadores acreditam que seja necessário, ao se pensar e falar em Saúde do Homem, considerar as heterogeneidades da possibilidade de ser homem. Ou seja, deve-se atentar para as “masculinidades” como uma significação histórica, social e cultural que está sempre em construção e transformação, e que é de fundamental importância para a atenção em saúde dessa população (SCHRAIBER et al., 2010; BRASIL, 2009; FIGUEIREDO, 2005; SABO, 2002).

Portanto, torna-se relevante compreender as crenças que giram em torno da população masculina para, então, entender a atual conjuntura da intenção destes de procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Optamos pela Teoria do Comportamento Planejado (TCP) de Ajzen como aporte teórico deste estudo, uma vez que ela permite a identificação dessas crenças que influenciam na intenção ao comportamento de procurar as UBS, e também pela evidência empírica considerável que esta representa na explicação e predição de vários comportamentos preventivos e individuais de saúde (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Para tanto, alguns questionamentos nortearam esta investigação:

- 1- Qual a intenção dos homens de Maceió, Alagoas, em procurar a UBS?
- 2- Quais as crenças dos homens de Maceió, Alagoas, com relação ao comportamento de procurar a UBS?
- 3- Quais as pessoas ou grupos que incentivam os homens a procurar a UBS?

Dessa forma, inicialmente será exibida a introdução onde discutiremos sobre o objeto de estudo desta dissertação e serão apontados os pressupostos teóricos centrais que envolvem gênero, masculinidade, cuidados à saúde, políticas de saúde e a TCP. Em seguida serão apresentados os objetivos deste estudo.

No terceiro capítulo apresentaremos os estudos que configuram a parte empírica desta dissertação. Primeiramente será abordado o plano geral da investigação e, mais à frente, os dois estudos realizados, sendo um dentro de uma perspectiva mais qualitativa, posto que está embasado em uma análise das falas dos homens entrevistados, e outro que se subscreve em uma perspectiva quantitativa. Ambos com resultados e discussões próprias.

Por fim, serão retratadas nossas considerações finais em que apontaremos algumas conclusões sobre os dois estudos e, após este fechamento, as contribuições derivadas deste trabalho, suas possíveis limitações e indicações para novas pesquisas.

Acreditamos assim que através desta pesquisa possamos contribuir para um melhor entendimento da dinâmica que permeia a intenção dos homens em procurar as UBS. Pretende-se, sobretudo colaborar com as discussões sobre a necessidade de implementação de algumas estratégias que promovam uma maior adesão masculina a estes espaços de cuidado à saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

As estatísticas epidemiológicas vêm apresentando uma discrepância na expectativa de vida de homens e mulheres e esse dado tem fortalecido o estudo sobre a saúde masculina no Brasil (IBGE, 2015; MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

Os altos índices de morbimortalidade masculina (IBGE, 2015), impulsionam a literatura a adotar a perspectiva relacional de gênero como explicação dos processos de saúde e doença que normalmente permeiam o grupo masculino (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013; ALVES et al., 2011).

Atribui-se à cultura masculina, com suas formas de vida e de socialização, como a principal causadora dos problemas relacionados à saúde dessa população (GOMES et al., 2015). Acredita-se na persistência de um modelo de masculinidade hegemônica que trata a relação entre os gêneros como desigual e de poder, estimulando os homens a cuidarem menos de si e a se exporem mais aos riscos, visto que lhe são atribuídas características como “forte”, “viril” e “invulnerável” (GOMES et al., 2011b; SCHRAIBER et al., 2010; SABO, 2002; COURTENAY, 2000).

Sabo (2002) pontua que os riscos aos quais os homens se expõem estão normalmente associados à violência, consumo excessivo de álcool e outras drogas, envolvimento com esportes e trabalhos que exigem mais do corpo ou que são considerados mais arriscados, além das questões que envolvem a virilidade e sexualidade.

Quanto aos cuidados com a saúde, evidências empíricas atestam que homens reconhecem e expressam menos as suas necessidades, acreditam precisar menos de assistência, e buscam menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres. A justificativa encontrada na perspectiva do gênero demonstra que as crenças e valores existentes no universo masculino remetem ao cuidado, um papel tipicamente feminino; as necessidades de saúde, uma representação de fraqueza e fragilidade (atributos femininos); e aos serviços de saúde, um local específico para mulheres, devido a sua acessibilidade, estrutura e funcionamento (ALVES et al., 2011; GOMES et al., 2011a).

Desse modo, tem sido encontrada uma maior prevalência dos homens em serviços emergenciais como os prontos-socorros e farmácias, visto considerarem que nestes espaços as demandas são respondidas mais objetivamente, os problemas mais fáceis de serem expostos, e, na maioria das vezes, não é necessário enfrentar filas ou marcar consultas (GOMES et al., 2011b; PINHEIRO et al., 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a não procura pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) faz com que os homens fiquem privados da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a busca pela atenção tivesse ocorrido em momento anterior, além do que, muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem com regularidade as medidas de prevenção primária. Isso sem contar nos custos ao sistema de saúde pública.

Outras barreiras associadas a essa invisibilidade masculina estão ligadas ao próprio serviço, no caso, as UBS, devido aos seus horários de funcionamento considerados pela maioria como não condizentes com a carga horária de trabalho. Aliado a isso, visualizam estes locais e os seus programas como sendo destinados às crianças, mulheres e idosos. E receiam o fato de as equipes serem majoritariamente compostas por mulheres (ALVES et al., 2011; GOMES et al., 2011b).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde criou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil. Além disso, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade dessa população através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (MOURA et al., 2014; ALVES et al., 2011; BRASIL, 2009).

Esta política tem como foco principal dar assistência aos homens na faixa etária de 25 aos 59 anos, uma vez que se trata de uma parcela preponderante da força produtiva com significativo papel sociocultural e político, além de nunca ter sido incluída em nenhuma outra política de saúde (ALVES et al., 2011; BRASIL, 2009).

Dessa forma, conforme afirma Alves et al. (2011), é necessário conhecer os aspectos psicossociais que influenciam os homens na hora de procurar os serviços da APS, a fim de contribuir com a proposição de mudanças institucionais capazes de atrair esse público e interferir nas construções culturais ligadas aos cuidados com a saúde e as percepções deles em relação a esses cuidados.

A partir da perspectiva de que os homens não procuram as UBS, e que isso pode estar atrelado às crenças que permeiam o universo deste público, optou-se por utilizar o olhar da Teoria do Comportamento Planejado (TCP), de Fishben e Ajzen, devido à evidência empírica considerável na explicação e predição de vários comportamentos preventivos e individuais de saúde. De acordo com este modelo, as intenções são assumidas como disposições para realização do comportamento, sendo estas influenciadas por fatores como as Atitudes, Norma Subjetiva e Percepção de Controle (AJZEN, 1991).

A Atitude é considerada como uma predisposição para responder de alguma forma preferencial, ou seja, o grau de favorabilidade ou não-favorabilidade ao comportamento avaliado. A Norma Subjetiva corresponde à percepção do indivíduo quanto à pressão social exercida sobre ele para que realize ou não o comportamento em questão. E a Percepção de Controle é definida como sendo as crenças do indivíduo acerca do grau de facilidade/dificuldade em executar uma determinada ação, isto é, a percepção de poder executar um comportamento desejado (AJZEN, 1991).

Todas são determinadas pelas crenças que, para seus autores, representam a informação que o sujeito tem sobre o objeto. Portanto, as intenções sendo fortes e bem estabelecidas levam a expectativas realistas (AJZEN, 1991).

Este modelo tem sido bastante utilizado em pesquisas nas diversas áreas que se preocupam com adoção de comportamentos preventivos em saúde, e isso se deve à possibilidade de conhecimento das intenções de um dado comportamento em uma determinada população, permitindo aos programas e políticas de saúde a utilização de estratégias mais eficazes e resolutivas (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Dessa forma, a partir desse modelo, tornou-se relevante aprofundar o debate acerca da presença masculina na APS e, nesse sentido, objetivar avaliar a Intenção Comportamental masculina de procurar a UBS.

Para tanto, este estudo seguiu o modelo teórico indicado por Ajzen (1985), sendo conduzido com o levantamento de crenças na etapa inicial do processo de investigação (Estudo I), e a medição dessas crenças no segundo momento (Estudo II).

A seguir, retrataremos mais detalhadamente a literatura que sustenta este estudo.

## **1.1 Gênero, Saúde e Masculinidades**

Discutir sobre saúde do homem implica colocar em pauta uma questão essencial: o gênero e a saúde.

O termo gênero, amplamente discutido e utilizado inicialmente pelo movimento feminista, tem sido um importante elemento na produção científica nacional e internacional, remetendo-se primordialmente às diferenças culturais existentes entre os sexos. Entretanto, Scott (1991) pontua que o estudo do gênero não foi só importante para as mulheres, mas, sobretudo uma categoria útil à própria história. Ainda de acordo com esse autor, trata-se de “[...] um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos [...] o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p. 3).

Korin (2001), por sua vez, afirma que o gênero varia espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo da vida de um indivíduo) e, por isso, em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, defende ser mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades.

Na saúde, Galvão (2008, p. 3) aponta que o uso desse conceito rompe com análises essencialistas e universais, desmistificando ideias e tabus envolvendo as diferenças entre homens e mulheres.

Essa perspectiva é fundamental para a crítica ao modelo hegemônico que tem como características a separação entre as dimensões biológicas e culturais, a fragmentação do indivíduo e das práticas de intervenção e a sobreposição do saber médico a outros saberes - “conhecimento popular”, “senso comum”.

Historicamente, acredita-se que o início dos estudos envolvendo gênero, homens e saúde sucederam-se a partir dos anos 70, em que, segundo Sabo (2002), o discurso produzido foi apenas exploratório, a partir das teorias feministas, partindo-se da premissa de que a masculinidade tradicional era prejudicial à saúde. Na década de 80, Couternay (2000) aponta um considerável avanço em que a terminologia “estudo dos homens” é modificada passando a ser adotada a terminologia “estudos das masculinidades”, inaugurando a entrada da perspectiva relacional de gênero entre os estudos. Em 90, Gomes (2006) cita que se consolidaram conceitos como o de poder, desigualdades e iniquidades de gênero, da mesma forma que se estabeleceu a ideia de construção histórica e social das relações, na literatura sobre homens e mulheres.

A partir daí, organizações internacionais passaram a atentar para a necessidade de se preocupar com a saúde da população masculina, principalmente com o advento da epidemia da AIDS, incluindo-a em programas e ações (ARILHA, 1999; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Portanto, como pontuado por Bonito Mendez (1998), ao contrário do movimento que ocorreu no campo da saúde feminina, através da opressão e diferença de gêneros, na saúde masculina a direção tomada recaiu sobre a genitalidade e vida sexual.

Dessa forma, grande parte da literatura tem se sustentando a partir dos discursos de Connel (1995) e Kimmel (1996) que defendem a existência de uma masculinidade hegemônica que compromete a saúde dos homens, que produz riscos e que geram adoecimentos.

De acordo com Connel (1995), esse modelo de masculinidade representa uma dominação cultural na sociedade, em que o homem assume a posição de liderança, autoridade

e dominação sobre as mulheres. É concebido como um modelo ideal de masculinidade que deveria ser assumido por todos os homens.

Korin (2001, p. 69), reforçando esse pensamento, descreve o perfil tradicionalmente esperado aos homens: “[...] ativos, fortes, capazes do trabalho físico árduo, produtivos, competitivos e orientados ao mundo externo; capazes de combater em guerras e penetrar o corpo de uma mulher”.

O autor ainda aponta que os homens que não apresentam esse perfil, ou que não aderem ao modelo de masculinidade hegemônica são considerados inferiores, afeminados, ou homossexuais.

Em virtude disso, habitualmente se expõem mais aos riscos, adotando comportamentos associados à violência, consumo excessivo de álcool e outras drogas, envolvimento com esportes e trabalhos que exigem mais do corpo ou que são considerados mais arriscados, além das questões relacionadas à virilidade e sexualidade (SABO, 2002). Igualmente, conforme destaca Machin et al., (2011), os homens negam estar com dor ou em sofrimento, fortalecendo a ideia de invulnerabilidade e de força masculina.

Por trás disso, Santos (2010, p.31) reforça esse cenário de masculinidade retratando a formação do homem quando criança, em que ele explica que dentro do universo domiciliar a identidade masculina começa a ser delimitada:

Desde criança o garoto é incentivado por seus pais, a jogar bola, a gostar da cor azul por que tem um “significado masculino”, a não chorar “por que é coisa de mulher”, e que pode demonstrar fragilidade, dentre outros quesitos estereotipados que interferem no processo natural e individualizado da construção da masculinidade.

Santos (2010) ainda compara com a formação recebida pelas meninas que desde cedo são incentivadas a cuidarem da casa, da boneca, do seu corpo, denotando aos meninos a ideia de cuidado como papel tipicamente feminino, estimulado pelos pais, professores e a mídia.

E isso negativamente repercute para que os homens se sintam inibidos de cuidarem de sua saúde, de buscarem os serviços de atenção à saúde, resultando num alto índice de morbimortalidade masculina (COUTO; SCHARAIBER, 2005; COURTNAY, 2000).

A partir destas premissas, muitos estudos têm se preocupado em discutir sobre homens e cuidados à saúde (SOUZA et al., 2015; POZZATI et al., 2013; GUTIERREZ; MINAYO; OLIVEIRA, 2012; ALVES et al., 2011) bem como a compreender as políticas de saúde e a assistência prestada nos serviços de saúde a essa população (MOURA et al., 2014; GOMES et al., 2011; MEDONÇA; ANDRADE, 2010; JÚNIOR; LIMA, 2009). Mas, como mostra

Gomes e Nascimento (2005) em sua pesquisa, a literatura que remete ao gênero e à saúde masculina ainda tem se debruçado em aspectos como a sexualidade masculina, abordando assuntos como as DSTs e a AIDS; masculinidade e reprodução, refletindo sobre a participação e o comprometimento masculino na saúde reprodutiva; e ainda a masculinidade e o poder, a partir de tópicos sobre violência masculina, invencibilidade e o homem como ser provedor.

Dessa forma, a partir de tímidos movimentos da literatura, da mídia e também dos homens buscando os serviços para cuidar da sua saúde que seguiremos agora a discussão sobre o cuidado em saúde numa ótica masculina.

## **1.2 Homens e Cuidados com a Saúde**

Habitualmente escuta-se que os homens não cuidam muito de sua saúde, ou quase não buscam os serviços de saúde (GOMES, 2010), e que as mulheres se cuidam e procuram mais os serviços de saúde por rotina e prevenção (PINHEIRO, 2002).

Isso não só acontece como é representado em indicadores tradicionais de saúde que mostram que a mortalidade masculina é maior que a feminina, em quase todas as faixas etárias e para quase todas as causas (LAURENTE; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Historicamente, defendia-se essas heterogeneidades em uma perspectiva biológica, (LAURENTE; JORGE; GOTLIEB, 2005), mas, atualmente, muitas pesquisas têm buscado ancorar-se no comportamento e fatores culturais masculinos as causas para os problemas de saúde do homem.

Bird e Rieker (1999) reconhecem esse impasse e destacam que a partir da concepção de gênero que as doenças passam a ser definidas como uma combinação de causas biológicas e socioculturais que podem levar a ampliação ou supressão da morbidade em questão. A exemplo disso, George (1997) comprova que as diferenças hormonais entre homens e mulheres estão relacionadas a comportamentos agressivos em homens e depressão nas mulheres, e isso pode ser potencializado pela socialização de gênero.

Nessa perspectiva, as formas de vida e de socialização masculina têm sido apontadas como justificativas para os homens cuidarem menos de saúde, e de se exporem mais aos riscos visto que lhes são comumente conferidos atributos como virilidade, força e invulnerabilidade. (GOMES; NASCIMENTO, 2006; COURTENAY, 2000; SABO, 2002; SCHRAIBER et al., 2010).

Pinheiro, Couto e Silva (2012) citam que o ser forte conferido aos homens não é apenas descrito em termos de força física, mas também em termos emocionais e de estrutura psíquica como justificativa para os homens não reconhecerem o adoecimento e não buscarem cuidado.

Esse fato pode promover aos homens estilos de vida autodestrutivos e violentos. De acordo com o Instituto Papai (2007), os homens ao longo dos anos ocupam o primeiro lugar em várias estatísticas: são a maioria entre as vítimas de acidentes de trânsito, homicídio, uso indevido de drogas e os que mais tentam suicídio. Além de serem os grandes protagonistas de atos violentos contra mulheres e crianças.

No estudo de Siqueira et al. (2014), questões que envolvem a masculinidade, o ser homem na sociedade, gênero, a educação e os preconceitos foram encontrados como representações dos profissionais de saúde em relação aos homens e aos cuidados à saúde. Os profissionais, de forma geral, consideraram que os seres do sexo masculino apresentam desinteresse, vergonha, machismo e medo, bem como são descuidados e não realizam comportamentos preventivos em saúde.

Além disso, o cuidado é concebido como um papel tipicamente feminino, conforme encontrado no estudo de Gomes et al. (2005). Os homens entrevistados alegam não se cuidarem porque associam os cuidados a algo inerente às mulheres, da mesma forma que argumentam não serem criados para cuidar, defendendo este hábito como materno.

Machin et al. (2011) também aponta esse fator em sua pesquisa, apresentando as falas dos profissionais de saúde que agregaram a dificuldade dos homens de buscar cuidados em saúde à noção do cuidado como característica da mulher. Esse autor justifica que a reprodução e o cuidado com os filhos sempre foram responsabilidades femininas, acabando por naturalizar essa relação.

Corroborando com essa ideia, Alves et al. (2011) e Gomes (2010) apontam que as crenças e valores existentes no universo masculino remetem não só ao cuidado como comportamento feminino, mas também às necessidades de saúde, visto que representam fraqueza e fragilidade, e no imaginário social isso pode desqualificá-los como homens, porque em geral o sexo feminino é que é tido como frágil.

Entretanto, já existem várias mudanças em curso. Os homens cada vez mais têm se envolvido em questões relacionadas ao cuidado, seja com amigos, família e casa (INSTITUTO PAPAÍ, 2014) como nos hábitos que envolvem o cuidado em saúde, preocupados com uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Inclusive, muitos homens têm questionado e discordado da equivalência de masculinidade à força, especialmente quando força está associada à violência e agressividade, alegando ser uma postura do passado, ou sustentada por uma minoria com a qual não se identificam (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2012).

A exemplo disso, a pesquisa de Alves et al. (2011) demonstra que existe uma ambiguidade entre os homens quanto à adoção de atitudes alusivas ao cuidado à saúde. Metade dos homens entrevistados mencionaram a adoção de atitudes positivas para o cuidado à saúde, como: a procura pelo médico por prevenção; a alimentação balanceada; a realização de atividades físicas; a mudança de hábitos de fumar e beber praticados durante décadas. Em contrapartida, outra parte dos entrevistados relataram atitudes negativas, a saber: a procura pelo médico apenas em caso de doença, ao sinal de algum problema; a falta de atividade física em virtude de o próprio trabalho ser apontado como um exaustivo exercício físico diário ou em virtude da falta de condições físicas para tal; os hábitos de beber e fumar praticados durante uma vida inteira, muitas vezes iniciados na infância ou na adolescência.

Ademais, a questão do cuidado à saúde entre os homens remete também à baixa procura aos serviços de saúde, e ao medo de descobrirem alguma doença. Sendo assim, buscaremos compreender essa problemática a partir da reflexão teórica acerca da presença masculina na APS.

### **1.3 Presença Masculina na Atenção Primária à Saúde**

Pensada numa lógica de reorientação do modelo assistencial e consequente organização da atenção à saúde, a APS ficou conhecida internacionalmente pelo seu caráter universal, regionalizado, contínuo e sistematizado, que procura atender às necessidades de saúde da população integrando ações preventivas e curativas no âmbito individual e coletivo.

No Brasil, baseada nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como principal estratégia a Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando ser a porta de entrada para os serviços de saúde, o contato preferencial dos usuários no sistema, além de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006; GIL, 2006).

Por muito tempo, a APS foi sendo operacionalizada através de algumas áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, como a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a eliminação da

desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher e do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde, reconhecendo só posteriormente a saúde do homem como prioridade (BRASIL, 2006).

Dessa forma, as UBS, enquanto serviços destinados a prover essas ações da APS para a população, veio adquirindo uma imagem disseminada de que suas ações são destinadas quase que exclusivamente a mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREDO, 2005).

Na tentativa de compreender essa realidade, muitos estudos têm buscado a explicação para a invisibilidade masculina nas políticas e serviços primários de saúde. De um lado tem-se a justificativa de que a identidade e as formas de socialização masculina distanciam os homens de preocupações relativas ao autocuidado e à busca por serviços de saúde (GOMES, 2007; FIGUEIREDO, 2005; COSTA, 2003).

Gomes et al. (2011b) confirmam essa premissa apontando os resultados de seus estudos com profissionais da saúde que associam a ausência masculina nas UBS a uma questão de gênero e cultura, em que os homens não estão habituados a cuidar, muito menos a aderir comportamentos saudáveis.

Por outro lado, existe o argumento de que as UBS são locais feminilizados, frequentados principalmente por mulheres, compostos por equipes que em sua maioria são constituídas por mulheres e ações disponibilizadas que não são direcionadas aos homens (FIGUEIREDO, 2005).

A reflexo disso, Júnior e Lima (2009) apresentaram em sua pesquisa que os homens consideram as UBS ambientes voltados aos problemas de saúde de mulheres e crianças e por acreditarem que os homens adoecem menos que as mulheres. Machin et al. (2011), por sua vez, retratam a visão de profissionais de saúde que concordam que as UBS carecem de profissionais, programas e campanhas voltados para o público masculino, provocando nos homens a sensação de não pertencimento deste espaço.

Corroborando com esses fatos, algumas pesquisas atribuem o conceito de barreiras socioculturais e institucionais (GOMES, 2003; KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al., 2010). Como barreiras socioculturais defende-se que grande parte da não adesão masculina à atenção integral advém de estereótipos de gênero, que a nossa cultura patriarcal submete os homens a crenças e valores que não facilitam o reconhecimento de suas necessidades, que rejeita a possibilidade de adoecer e que inviabiliza a busca por cuidados em saúde (KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al., 2010; SABO, 2002; BOZON, 2004).

Já entre as barreiras institucionais, alega-se o horário de funcionamento das UBS como incompatíveis às jornadas de trabalho masculinas, e o sistema de marcação de consultas com as famosas filas intermináveis que os sujeitam a perder um dia de trabalho (GOMES et

al., 2007; KALCKMANN; BATISTA; SOUZA, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Em consequência a isso, tem sido encontrada uma maior prevalência dos homens em serviços emergenciais como os prontos-socorros e farmácias, visto considerarem que nestes espaços as demandas são respondidas mais objetivamente, os problemas mais fáceis de serem expostos, e na maioria das vezes não é necessário enfrentar filas ou marcar consultas (GOMES, 2011; PINHEIRO, 2002).

No estudo de Albano, Basílio e Neves (2010), constatou-se que os homens só procuram os serviços primários de saúde na condição de estarem com alguma doença, na necessidade de buscarem medicamentos e como acompanhante dos filhos ou esposas, ignorando as consultas de caráter preventivo. Mais especificamente, no estudo de Júnior e Lima (2009), os homens responderam que os motivos que levariam a procurar a UBS seriam: ter sofrido algum acidente, estar com dor em alguma parte do corpo e/ou a sensação de mal-estar.

Portanto, Alves et al. (2011) afirmam que é importante identificar os elementos psicossociais que contribuem para maior vulnerabilidade dessa população, auxiliando na construção de uma cultura de prevenção. Da mesma forma que o Ministério da Saúde (2009) acredita que compreendendo as barreiras socioculturais e institucionais é possível propor estratégias que promovam o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Nessa perspectiva, em 2009, cria-se a PNAISH, que será o nosso próximo eixo de discussão.

#### **1.4 Uma Política Nacional de Saúde para os Homens**

A proposição de uma política nacional de saúde para os homens surge em 2007, da preocupação de profissionais de saúde, gestores e entidades representativas com os significativos indicadores de morbidade e mortalidade masculina que sinalizavam uma urgência na saúde pública brasileira (BRASIL, 2008).

De modo geral, observou-se que dentre as causas de internação hospitalar masculina estavam as causas externas – quedas, acidentes de transporte, intoxicações, lesões autoprovocadas (16,7%), enfermidades do aparelho digestório (14,8%), do aparelho circulatório (13,2%), do aparelho respiratório (8,8%), e tumores (5,9%). E dentre as causas

de mortalidade, identificou-se que a maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas – agressões, acidentes de transporte, suicídio –, seguido das doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2009).

Além disso, as estatísticas apontavam que os homens são mais dependentes de álcool do que as mulheres, usam cigarros com mais frequência e predominam nos casos de deficiência mental, auditiva e física (BRASIL, 2009).

Dessa forma, visando propor uma atenção integral à saúde masculina que favoreça mudanças nos comportamentos masculinos relativos à saúde, em consonância com outras políticas públicas de saúde e com os princípios e diretrizes do SUS, foi criado no dia 27 de agosto de 2009, através da Portaria de nº 1.944, a PNAISH (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

A partir dela, o Ministério da Saúde buscou promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009).

Considerando que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde, a política adotou o recorte etário de homens na faixa de 25 a 59 anos como estratégia metodológica necessária para a consideração da problemática a ser enfrentada na atenção especializada. Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde à parcela preponderante da força produtiva e, além do mais, exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2009).

Para a operacionalização da PNAISH, foram pensados princípios e diretrizes que devem ser seguidos pelos serviços públicos de saúde, nas três esferas do governo, dentre eles destacam-se: universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde, humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, integralidade, organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado, priorização da atenção básica com foco na estratégia de Saúde da Família e reorganização das ações de saúde por meio de uma proposta inclusiva (BRASIL, 2009).

Quanto aos objetivos, ressaltam-se a promoção de mudanças de paradigmas na percepção masculina quanto ao cuidado à saúde, a captação de homens em atividades preventivas, implantar e qualificar a atenção integral à saúde do homem, fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, capacitar os profissionais de saúde para o correto

atendimento, qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, promover a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária, ampliar o acesso à informação, incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas, estimular na população masculina o cuidado com sua própria saúde visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis, e aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão (BRASIL, 2009).

A PNAISH, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos da saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à APS, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2009).

O grande desafio dessa política é a mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social, bem como a politização e sensibilização para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, para que se possam ser criadas estratégias de sensibilização masculina, faz-se necessário compreender os aspectos comportamentais que permeiam os homens e os cuidados à saúde, principalmente no âmbito da APS e os seus cuidados preventivos. Para tanto, optamos pela TCP como teoria que subsidiará nossas discussões, apresentada a seguir.

### **1.5 Teoria do Comportamento Planejado (TCP)**

Na Psicologia Social é comum o estudo do comportamento referente à mudança para promoção de hábitos saudáveis e aderência terapêutica. Teorias como a do Modelo de Crenças em Saúde (ROSENSTOCK, 1966), a Teoria da Ação Racional (FISHBEIN; AJZEN, 1975), a Teoria Cognitiva Social (BANDURA, 1986) e a Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1985), indicam que as crenças em saúde influenciam a decisão das pessoas de assumirem comportamentos preventivos (CAVALCANTI et al., 2005).

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é um modelo bastante utilizado em pesquisas não só na área da Psicologia, como também em diversas outras áreas que se preocupam com adoção de comportamentos preventivos em saúde em razão da possibilidade de conhecimento das intenções de um dado comportamento em uma determinada população, permitindo aos programas e políticas de saúde a utilização de estratégias mais eficazes e resolutivas (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Estudos como o de adoção de alimentação saudável (CONNER; NORMAN; BELL, 2002), adoção do exercício físico em pacientes com câncer (COURNEYA; FRIEDENREICH, 1999), prática de atividades físicas e de lazer (MACIEL; VEIGA, 2012; ARMITAGE, 2005; COURNEYA, 1995), prevenção ao consumo de álcool (CONNER et al., 1999), o uso de preservativo entre adolescentes (MATOS; VEIGA; REIS, 2009; BRYAN; FISHER; FISHER, 2002), prevenção ao câncer de mama (D'AMORIM; FREITAS; SÁ, 2012) e de prevenção ao fumo (HARAKEH et al., 2004), vêm sendo largamente realizados na literatura nacional e internacional pela utilização da TAP.

Esta teoria foi desenvolvida como extensão de outra teoria bastante conhecida, a Teoria da Ação Racional (TAR). Criada em 1967 por Martin Fishbein, e revisada e aprofundada por Fishbein e Ajzen na década de 70, a TAR considera que as pessoas como seres racionais normalmente agem de acordo com as suas intenções, utilizando as informações disponíveis e avaliando as implicações de seus comportamentos a fim de decidirem por sua realização.

O seu objetivo é compreender e prever um determinado comportamento (FISHBEIN; AJZEN, 1975). Sendo assim, de acordo com a TAR, a intenção de realizar um comportamento é resultante de uma avaliação pessoal positiva das possíveis consequências desse comportamento e da percepção de que ele será socialmente aprovado. A intenção, nessa teoria, é denominada Intenção Comportamental, e está sob influência de dois determinantes básicos, um pessoal e outro social. O pessoal diz respeito à Atitude em relação ao comportamento e o social é a percepção pela pessoa das pressões sofridas na realização ou não de comportamentos, sendo esse fator denominado Norma Subjetiva. (AJZEN; FISHBEIN, 1980; D'AMORIM, 2000; FISHBEIN; AJZEN, 1975).

As crenças formam a base da TAR e são entendidas como subjacentes às Atitudes e às Normas Subjetivas, o que, em última instância, as colocam como determinantes de Intenções e Comportamentos (MOUTINHO; ROAZZI, 2010). Para Fishbein e Ajzen (1975), as crenças referem-se às percepções dos sujeitos em relação a algum aspecto existente no seu mundo; é a compreensão que ele elabora a respeito de si e do meio que o cerca; representam a informação

por ele acumulada ao longo de sua experiência de vida em relação ao comportamento específico, seja essa informação correta ou incorreta, pertinente ou irrelevante. Resumindo, representam a informação que o sujeito tem sobre um determinado objeto. Uma crença relaciona ao objeto algum atributo, sendo considerado objeto: pessoas, grupos, instituições, comportamentos; e atributos: uma qualidade, consequência, característica ou evento. Por exemplo, no estudo de Mendonça e Dias (1999) as mulheres entrevistadas atribuíram ao comportamento (objeto) “realizar o auto-exame da mama” o atributo “encontrar nódulos e caroços”.

Em contrapartida, esse modelo apresentou limitações uma vez que não considerava os comportamentos que não estavam sob o controle volitivo ou motivacional das pessoas, podendo então o comportamento ser influenciado também por fatores como os hábitos. Existem diversos exemplos de comportamentos que somente em parte estão sob controle voluntário do indivíduo. Por exemplo, quando ouvimos as pessoas contarem que na primeira tentativa não conseguiram parar de fumar. Este fato deve-se à dificuldade de se conseguir controlar o próprio comportamento e esta pode ser então a razão pela qual as experiências passadas são capazes de melhorar as previsões futuras. Dessa forma, Ajzen buscou a sua ampliação e expansão através da TCP (MOUTINHO; ROAZZI, 2010; AJZEN, 1991).

Nesse novo modelo, para além do que defendia a TAR, tem sido acrescentado outro elemento de previsão, a Percepção de Controle, baseado na pressuposição de que uma maior percepção corresponde a uma maior probabilidade de que o desempenho do comportamento tenha sucesso. É a percepção acerca da presença de fatores que podem facilitar ou impedir a performance do comportamento. É importante notar que a Percepção de Controle se aproxima muito ao construto de autoeficácia que concerne ao julgamento das pessoas acerca das próprias capacidades de enfrentar os requerimentos oriundos do ambiente (BANDURA, 1986).

A Atitude é considerada como uma predisposição para responder de forma preferencial, ou seja, o grau de favorabilidade ou desfavorabilidade frente o comportamento avaliado. Trata-se da probabilidade subjetiva de que o comportamento produzirá algum resultado, o julgamento pessoal sobre o comportamento baseado nas consequências (AJZEN, 1991).

Já a Norma Subjetiva refere-se à percepção do indivíduo quanto à pressão social exercida sobre o mesmo para que realize ou não o comportamento em questão (AJZEN, 1991). São as influências causadas pela pressão social de pais, amigos, grupos de referência, cultura, opinião pública e instituições sobre o comportamento dos indivíduos.

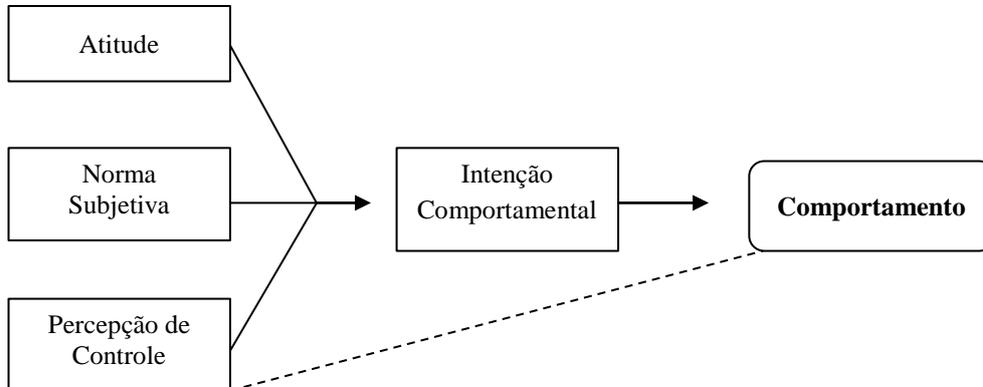
Desta forma, os construtos Atitudes, Norma Subjetiva e Percepção de Controle são determinados respectivamente pelas Crenças Comportamentais, Crenças Normativas e Crenças de Controle e pelo poder de cada uma em influenciar o indivíduo (AJZEN, 1991).

Além das crenças, a Atitude é formada também pela avaliação que o indivíduo faz das consequências do comportamento, a Norma Subjetiva pela motivação do indivíduo para aceitar ou não a pressão exercida pelos seus pares e a Percepção de Controle pela habilidade de se controlar a situação para a realização do comportamento.

Resumindo, em suas áreas específicas, as Crenças Comportamentais produzem uma Atitude favorável ou desfavorável em relação ao comportamento; as Crenças Normativas são expressão da pressão social percebida ou das Normas Subjetivas e as Crenças de Controle são o resultado do controle percebido sobre o comportamento (MOUTINHO; ROAZZI, 2010, p. 284).

De forma combinada, as três levam à formação das Intenções Comportamentais. E, as Intenções sendo fortes e bem estabelecidas levam a expectativas realistas (Diagrama 1).

Diagrama 1. Modelo de formação das Intenções Comportamentais (AJZEN, 1991).



De acordo com Engel, Blackwell e Miniard (2000), quando alguém está interessado em prever o comportamento, a Intenção Comportamental deve ser medida porque ela deve render uma previsão mais exata do comportamento futuro. Entretanto, Ajzen (1991) destacou que a Percepção de Controle por si só pode agir diretamente sobre a realização de um dado comportamento, sem necessariamente passar pela medição intencional.

Segundo Moutinho e Roazzi (2010, p. 284), além disso, “[...] a ação é influenciável por fatores que podem ser internos e externos: os internos são, por exemplo, o conhecimento, a habilidade, as competências e também fortes desejos”.

Então, se a Percepção de Controle é muito baixa, a probabilidade que um sujeito efetue uma ação preventiva é também escassa, apesar de a pessoa estar de acordo sobre a importância de adotar aquele comportamento e avalie positivamente as consequências da eventual ação.

Como buscamos avaliar a disposição dos homens para procurar as UBS, tornou-se válido utilizar o raciocínio da TCP para assim conhecer as crenças e, conseqüentemente, prever a Intenção para realizar o comportamento em questão.

Abaixo, explicaremos mais detalhadamente a influência de cada construto na busca de compreender a Intenção avaliada neste estudo.

#### **1.4.1 Atitude**

A Atitude considerada neste modelo (TCP) liga o interesse do indivíduo em realizar determinado comportamento aos resultados esperados por ele. Em outras palavras, é a probabilidade subjetiva de que o comportamento produzirá algum resultado (AJZEN, 1991).

Como mencionado, a Atitude é formada pelas Crenças Comportamentais e pela Avaliação das Conseqüências (positivas ou negativas) relativas ao comportamento.

No caso das UBS, as crenças e a Avaliação das Conseqüências em relação ao comportamento de procurar estes serviços podem determinar se os homens têm a Intenção ou não de buscar, levando em conta quais serão as prováveis conseqüências dessa escolha.

Para tanto, faz-se necessário avaliar previamente as variáveis da Atitude. Inicialmente, Fishbein e Ajzen (1975) sugerem que sejam eliciadas as crenças salientes. Apesar de as pessoas terem um grande número de crenças baseadas nas conseqüências, somente um pequeno número delas é expressa em determinado momento. São essas crenças acessíveis que determinam a atitude que irá prevalecer frente o comportamento.

Recomendam-se que sejam realizadas questões do tipo “Quais são as vantagens e as desvantagens que você acredita estarem relacionadas a procurar as UBS?”. As primeiras 5 a 9 crenças emitidas são consideradas crenças salientes. No caso de serem consideradas as crenças de um amplo número de participantes, pode ser indicado utilizar as crenças modais salientes, aquelas que forem mais frequentemente emitidas (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Conhecendo-se as crenças, é importante saber a força da Crença Comportamental, ou seja, definir quão confiante é a pessoa de que o comportamento em questão está relacionado a uma dada conseqüência. Sugere-se então a medição através de escala bipolar, tanto para as

Crenças Comportamentais quanto para a Avaliação das Consequências (MOUTINHO E ROAZZI, 2010).

A partir destes passos, Ajzen (1991) acredita ser possível conhecer a Atitude das pessoas frente a um comportamento estudado.

#### **1.4.2 Norma Subjetiva**

A Norma Subjetiva, conforme defende Fishbein e Ajzen (1975), refere-se à percepção das expectativas que indivíduos ou grupos têm a respeito do comportamento da pessoa.

De acordo com a TCP, assume-se que as Crenças Normativas combinadas com a Motivação para Concordar com os Referentes determinam a Norma Subjetiva que irá prevalecer. As Crenças Normativas reportam-se às pessoas, que fazem esta pressão social: família, amigos, profissionais de saúde, etc. Já a Motivação para Concordar com o Referente trata-se da motivação do indivíduo para aceitar ou não a pressão exercida pelos seus pares quanto à realização do comportamento (MOUTINHO E ROAZZI, 2010).

Da mesma forma como se procedem com as Crenças Comportamentais, as Crenças Normativas salientes devem ser eliciadas através de questionamento livre, em que o respondente é convidado a mencionar pessoas e/ou grupos que logo lhe veem à mente quanto à realização de um dado comportamento. Em seguida, há que se mensurar a força das Crenças Normativas salientes pela escala bipolar, no qual o sujeito deverá indicar o quão provável é que o referente assumira dada posição relativa ao comportamento. Quanto à Motivação para Concordar com o Referente, a escala bipolar também é indicada.

Em nosso estudo, buscamos não só conhecer os referentes modais salientes que influenciam os homens a procurarem as UBS, como também entender de que forma a Norma Subjetiva está relacionada com a intenção destes homens de realizarem tal comportamento.

#### **1.4.3 Percepção de Controle**

Por fim, a Percepção de Controle diz respeito à percepção da presença de fatores que podem facilitar ou impedir a performance do comportamento. Assume-se que as Crenças de Controle combinadas com a Habilidade para Controlar a Situação determinam a Percepção de Controle que irá prevalecer (AJZEN, 1991).

Concernente ao presente projeto, é a percepção dos homens em questão, acerca do que é necessário para procurar a UBS, que torna a execução do comportamento mais fácil ou difícil. Refere-se aos fatores que podem mais ou menos estar sobre o controle do indivíduo.

Da mesma forma que a Atitude e a Norma Subjetiva, deve-se levantar as Crenças de Controle salientes a partir do questionamento dos fatores que facilitam e dificultam a realização do comportamento, partindo em seguida para a medição da força dessa crença através de uma escala bipolar. A Habilidade em Controlar a Situação também deve ser medida por esse princípio.

Ajzen (1991) tem revisado os resultados de mais de uma dúzia de estudos que fazem uso da TCP. Na maioria destas investigações, a adição da Percepção de Controle resultou em um melhoramento significativo das predições das intenções e/ou do comportamento. Godin e Kok (1996) revisaram os resultados de 54 avaliações empíricas da TCP em pesquisas na área de saúde, chegando a constatações similares as alcançadas por Ajzen (1991). Nestas investigações, a TCP tem se colocado como ferramenta teórico-metodológica que aponta relações entre variáveis e se apresentam como capazes de discutir em termos da previsibilidade a comportamentos diversos, em diversos campos do conhecimento, como na saúde.

É com base nesses conceitos e recomendações que seguiremos este estudo, apresentando a seguir seus objetivos e a metodologia utilizada.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a Intenção Comportamental masculina de procurar a Unidade Básica de Saúde, tomando como referencial teórico o modelo da Teoria do Comportamento Planejado (TCP).

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as crenças positivas e negativas do comportamento de procurar a Unidade Básica de Saúde;
- Definir os referentes modais salientes no comportamento de procurar a Unidade Básica de Saúde;
- Elaborar um instrumento sobre a Intenção Comportamental masculina de procurar a Unidade Básica de Saúde.

### **3 PLANO GERAL DE INVESTIGAÇÃO**

Este estudo seguirá o modelo da TCP, que envolve os construtos Atitude, Norma Subjetiva e Percepção de Controle, todas formadoras da Intenção Comportamental que, para os autores, é o caminho para se predizer a realização do comportamento, no caso “Procurar as UBS”.

Inicialmente é exposto o delineamento do Estudo I e seus respectivos resultados e discussão. Em seguida, serão apresentados delineamento, resultados e discussão do Estudo II.

O primeiro estudo consiste no levantamento de crenças de uma parcela da amostra dos homens de um distrito sanitário de saúde de Maceió - AL, para que, no segundo estudo possam ser medidas essas crenças através de um instrumento quantitativo elaborado para uma amostra maior dessa população.

#### **3.1 Estudo I**

Foram levantadas as Crenças Comportamentais, Normativas e de Controle dos homens, com o objetivo de se obter uma lista de “crenças modais salientes”, ou seja, aquelas referentes ao comportamento pesquisado e que devem ser explicitadas a partir de uma amostragem não probabilística, considerando um distrito sanitário de Maceió, Alagoas.

##### **3.1.1 Participantes da pesquisa**

A amostra do Estudo I foi composta por 25 homens, conforme o manual da TAP (FRANCIS et al., 2004), com idades entre 25 a 59 anos, cadastrados em alguma UBS de um distrito sanitário de Maceió, caracterizando uma amostra não probabilística por conveniência. Os critérios de exclusão foram: recusar-se a participar da pesquisa; não estar em condições para responder as perguntas; não estar na faixa etária dos 25 a 59 anos; não estar cadastrado em alguma UBS do distrito sanitário de Maceió em questão.

##### **3.1.2 Instrumentos**

O instrumento utilizado foi constituído por 7 perguntas abertas com foco na Intenção de procurar a UBS, considerando os seguintes eixos: (a) levantamento das vantagens e desvantagens em procurar a UBS para identificação das Crenças Comportamentais salientes;

(b) levantamento das pessoas e/ou grupos influentes em procurar a UBS para identificação dos referentes modais salientes; (c) levantamento das facilidades e dificuldades em procurar a UBS para identificação das crenças de controle salientes; todas, seguindo o modelo postulado pela TCP (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

### **3.1.3 Estudo piloto**

O instrumento foi aplicado a três homens, com idades e níveis de escolaridade diferentes, a fim de se verificar se o enunciado estava claro para os sujeitos e se permitia o levantamento das informações pretendidas. O instrumento de coleta de dados mostrou-se eficaz em sua proposta.

### **3.1.4 Procedimentos**

Inicialmente, os sujeitos preencheram e assinaram o TCLE. O anonimato e o sigilo foram assegurados aos participantes, bem como todos foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo.

Em seguida foi realizada a entrevista individualmente, a partir de um roteiro de perguntas norteadoras em domicílios, espaços comunitários e UBS para maior comodidade dos participantes, sendo utilizado o gravador para o registro das falas. O tempo médio de entrevista foi de 9 minutos e 30 segundos.

### **3.1.5 Análise de dados**

Os discursos foram organizados e analisados através da análise de conteúdo de Bardin (2011), sendo guiados pelas seguintes etapas: (a) Transcrição de todas as crenças e referentes emitidos pela amostra; (b) Leitura flutuante; (c) Recorte das Unidades de Contexto Elementar (UCEs); (d) Agrupamento das UCEs de significado semelhante; (e) Organização das UCEs de significado semelhante em categorias, subcategorias e unidades temáticas (contribuição de três juízes – um doutor e dois alunos de pós-graduação); e (f) Contagem da frequência por subcategoria, adotando o critério da frequência mínima, cujo valor deve ser igual ou superior a 75% com que cada Crença Comportamental, de Controle e Referente foi eliciada para o comportamento em questão.

### 3.1.6 Aspectos éticos

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), indicando a autorização e o entendimento de todos os aspectos de investigação da pesquisa, conforme a Resolução N° 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde - CNS (2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) (parecer CAAE 43079214.8.0000.5013).

### 3.1.7 Resultados do Estudo I

Os participantes deste primeiro estudo possuíam idade entre 25 e 59 anos ( $M=42,56$ ;  $DP=10,80$ ), em sua maioria casados (64%), e alfabetizados (76%), porém sem terem acessado o ensino formal (40%).

Quando questionados se já haviam procurado a UBS, a maioria dos participantes relatou já ter ido ao serviço (80%) e frequentá-lo anualmente (60%). Com relação à necessidade do homem ir à UBS, todos concordaram que os homens deveriam buscar o serviço. Mas, quando perguntado se era comum os homens do seu convívio procurarem a UBS, mais da metade (68%) afirmou que esta não é uma prática rotineira (Tabela 1).

**Tabela 1. Comportamento de “Procurar o posto de saúde”**

	Frequência	%
Índice de procura à UBS		
<i>Sim</i>	20	80
<i>Não</i>	5	20
Frequência		
<i>Anualmente</i>	15	60
<i>Mais de um ano</i>	5	20
<i>Nunca</i>	5	20
Concordância com a procura masculina		
<i>Sim</i>	25	100
<i>Não</i>	0	0

A partir da análise de conteúdo, obtiveram-se as crenças salientes referentes à Intenção masculina de procurar a UBS. Essas crenças foram classificadas pelos juízes de acordo com

os construtos Atitude, Norma Subjetiva e Percepção de Controle, criando-se as categorias “Crenças Comportamentais”, “Crenças Normativas” e “Crenças de Controle”.

Na categoria “Crenças Comportamentais” foram obtidas 41 crenças salientes de um total de 52 crenças emitidas. Essas crenças foram subcategorizadas em seis dimensões, sendo 3 positivas e 2 negativas (Tabela 2).

**Tabela 2. Crenças Comportamentais salientes**

<b>Tipos de crença</b>	<b>Resultados</b>	<b>Crenças salientes</b>
<b>Comportamentais (5)</b>	Positivas	Cuidar da saúde
		Acolhimento dos profissionais
		Atendimento próximo de casa
	Negativas	Tratamento de doenças
Atendimento com atraso		

Com relação à subcategoria “Cuidar da Saúde”, a partir dos fragmentos de fala dos participantes, observa-se que estes consideram a UBS um local que possibilita não só aos homens como à população em geral uma maneira de estar cuidando da saúde, representando uma crença positiva.

*É bom pra cuidar da saúde. (P15)*

*[...] É importante [...] Pra cuidar da saúde. (P18)*

Na subcategoria “Acolhimento dos profissionais” foi encontrada a satisfação dos homens com a relação estabelecida com os profissionais que trabalham nas UBS, sendo analisado não só o exercício da atividade profissional, mas também o acolhimento prestado por estes.

*O atendimento é bom, as pessoas são humanas... (P4)*

*Bom atendimento [...] gente boa [...] (P23)*

Quanto à subcategoria “Atendimento com atraso” falas descontentes com o tempo de espera para ser atendido nas UBS foram apresentadas, em que muitos afirmaram não ter o desejo de buscar mais este serviço.

*O ruim é porque às vezes você chega lá e não pode ser atendido [...] aí tem que agendar [...] pegar ficha [...] fica difícil. (P16)*

*O lado ruim é que numa precisão se não tiver ficha você não é atendido... (P19)*

Na subcategoria “Tratamento de doenças” percebeu-se uma visão masculina da UBS enquanto serviço de saúde destinado exclusivamente ao tratamento de agravos, destacando a sua importância apenas para a melhoria das enfermidades, o que denota negatividade.

*O posto é uma casa que a gente precisa, uma emergência eu vou [...] (P11)*

*Só vou quando necessito [...] quando o estômago começa a doer. (P14)*

Com relação ao “Atendimento próximo de casa” os participantes referiram que as UBS são serviços de saúde que oportunizam a população atendimento e tratamento das doenças perto de casa, demonstrando a representação positiva que fazem destes serviços.

*Tem uma vantagem porque dá pra ir a pé, pra mim é bom porque faço uma caminhada. (P1)*

*A coisa boa de ir ao posto é porque é perto de casa. (P17)*

Na categoria “Crenças Normativas” foram obtidas 26 crenças salientes, de um total de 32 crenças emitidas. As crenças foram então subcategorizadas em 5 dimensões, conforme apresenta a Tabela 3.

**Tabela 3. Crenças Normativas salientes**

<b>Tipos de crença</b>	<b>Resultados</b>	<b>Referentes modais salientes</b>
<b>Normativas (5)</b>	Positivas	Esposa Família Mulheres da família Vizinhos
	Negativas	Si mesmo

Com base nos relatos dos participantes, a “esposa” apareceu como o referente modal saliente que mais os incentivava a cuidarem de si e a procurarem as UBS.

*Minha esposa me incentiva, diz: vá ao posto se consultar... (P14)*

*Só quem me incentiva é a minha mulher [...] Ela sempre me incentiva a me cuidar. (P15)*

As “irmãs” e “mulheres da família” aparecem logo em seguida, como grandes apoiadoras do comportamento.

*Minhas irmãs me incentivam... (P3)*

*Muitas pessoas... várias... principalmente minha mãe e minha irmã. (P6)*

*Minha tia sempre me incentiva. (P19)*

Menos frequente, mas também saliente, apareceu o referente “Si mesmo”, representando a crença negativa de que para alguns homens a adesão a comportamentos de saúde depende única e exclusivamente da vontade deles, conforme as falas a seguir:

*Ninguém especial... eu sou uma pessoa que eu mesma corro atrás. (P8)*

*Ninguém me incentiva. Sou eu mesmo que vou. Sempre fui. Desde garotão, 16, 17 anos. Sempre procurei nunca ninguém falou nada pra mim não. (P2)*

Os “vizinhos” também foram citados como rede social de suporte:

*Meus vizinhos sempre falam. (P9)*

*Diariamente a vizinhança fala pra eu ir. (P11)*

Por fim, na categoria “Crenças de Controle” foi obtido um total de 25 Crenças de Controle salientes, de um total de 39 crenças emitidas. Dessas crenças, surgiram 3 subcategorias, todas negativas, como apresentadas a seguir (Tabela 4):

**Tabela 4. Crenças de Controle salientes**

Tipos de crença	Resultados esperados	Crenças salientes
<b>Controle (3)</b>	Negativas	Tomar medicação Não ter vaga para atendimento Horário de trabalho Estar doente

Na subcategoria “Tomar medicação” percebeu-se que para grande parte dos homens entrevistados a procura pela UBS está condicionada à necessidade de tomar alguma medicação, sendo relatado que quando não há precisão, não existem motivos para procurar o serviço. Evidenciando-se como negativa ao comportamento.

*Eu vou para o posto porque tenho obrigação [...] Por causa da medicação... Se dissesse que não precisaria mais eu não iria... Só vou por causa da medicação. (P1)*

*O que me faz ir ao posto é porque é necessário ir, sou dependente do remédio. (P2)*

Já na subcategoria “Não ter vaga para atendimento”, os participantes demonstraram, a partir de seus relatos, que as experiências anteriores de procurar a UBS não foram benéficas, sendo caracterizadas pela negligência no atendimento por parte das equipes de saúde, atribuindo ao sistema de marcação de consulta o principal motivador desta crença negativa.

*O ruim é porque às vezes você chega lá e não pode ser atendido, aí tem que agendar pegar ficha. (P16)*

*O ruim é porque nem sempre você é atendido. (P17)*

*Difícil é ter a consulta. (P24)*

A subcategoria “Horário de trabalho” demonstrou uma queixa masculina de que o horário de atendimento das UBS não condiz com a realidade de trabalho da maioria dos homens, funcionando em horário similar à jornada de trabalho, aparecendo como um obstáculo ao comportamento.

*Não vou quando eu estou trabalhando. Fica difícil o horário do posto porque você tem que pedir ao patrão e a pessoa que ganha salário mínimo [...] (P2)*

*Pra gente que trabalha é difícil [...] Horário de trabalho [...] (P7)*

Por fim, a subcategoria “Estar doente”, reforça a ideia de que o motivo para se buscar a UBS se restringe à presença de alguma enfermidade, recorrendo a esse serviço apenas por questões curativas.

*O que faz com que eu não vá é porque eu nunca adoeci. (P7)*

*Só vou se tiver doente. (P18)*

### **3.1.8 Discussão acerca do Estudo I**

De modo geral, pôde-se observar que para os homens participantes deste estudo, a Intenção de procurar a UBS está associada às Crenças Comportamentais, Normativas e de Controle que permeiam o seu universo cognitivo e que, portanto, dificultam a realização do comportamento, conforme vem sendo apontado pela literatura (GOMES et al., 2011b; SCHRAIBER et al., 2010; FIGUEIREDO, 2005).

Albano e Basílio (2010) demonstraram que a crença “Tratamento de doenças” aparece como a principal razão pela busca masculina a estes serviços, ignorando a necessidade de consultas preventivas. Igualmente, a pesquisa de Machado e Ribeiro (2012) realizada com homens também de Maceió ratifica essa crença de que a procura por médico ou serviço de saúde está condicionada ao aparecimento de alguma doença, não sendo observada a necessidade de acessar estes meios apenas pela prevenção. A crença “Atendimento com atraso” é apontada por outros pesquisadores como fator que distancia o público masculino das UBS, já que são caracterizadas por intensas filas, e pelo sistema de marcação de consultas por fichas (BRITTO; SANTOS; MACIEL, 2010; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; PINHEIRO et al., 2002).

A crença positiva “Acolhimento dos profissionais” é consistente com os resultados do estudo de Gomes et al. (2011a), a partir das entrevistas realizadas com os homens usuários de UBS do Rio de Janeiro, em que estes consideraram que apesar dos aspectos negativos referentes a esse serviço, o cuidado prestado pelas equipes de saúde é benéfico, caracterizando-os como humanizado, ancorado na comunicação e com prontidão. Entretanto,

Vaitsman e Andrade (2005) advertem que a satisfação é um aspecto subjetivo que recai sobre o grau de expectativa e exigência individuais em relação ao atendimento. Da mesma forma, Willians (1994) aborda que uma avaliação positiva não corresponde necessariamente a uma avaliação crítica; para esse autor isso pode expressar a ausência de opinião e/ou aceitação do paternalismo médico.

Já a crença “Cuidar da Saúde”, encontrada neste estudo, se diferencia dos achados em pesquisas já realizadas (ALVES et al., 2011; MENDONÇA; ANDRADE, 2010; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007) que indicaram que os homens associam o cuidado com a saúde como uma expressão da necessidade feminina, visto que a maioria dos homens visualiza as mulheres como seres mais frágeis, mais vulneráveis às doenças, necessitando de uma maior atenção à saúde.

Com relação aos referentes importantes para o comportamento, a “Esposa” foi bastante citada no estudo, corroborando com a pesquisa de Schraiber et al. (2010) que concluiu que os homens casados procuram mais os serviços primários de saúde quando comparados aos homens solteiros. Assim como a crenças “Mulheres da família”, defendido pela literatura a partir da perspectiva de gênero, que culturalmente atribui à mulher o papel de cuidados com a saúde (AZEVEDO, 2007).

Machado e Ribeiro (2012) já haviam constatado essa crença nas falas dos homens maceioenses, quando afirmaram que o cuidado/assistência à saúde é uma função restrita às mulheres, principalmente mães, irmãs e avós, acreditando caber a elas o cuidado mais incisivo.

Menos frequente apareceram vizinhos, filhos, e família em geral, mas estes também confirmam a importância da rede social de suporte no apoio à procura da UBS, dando destaque à família, apresentada no estudo de Nascimento e Lemes (2014) como esteio essencial de compreensão e amparo aos homens.

Apareceu ainda o referente “Si mesmo”, sendo justificado por Moutinho e Roazzi (2010) sob a concepção de que quando o indivíduo tem a Crença Comportamental positiva para o comportamento, a sua Atitude pode ser decisiva para a realização.

Nas Crenças de Controle salientes, a crença “Horário de trabalho” é semelhantemente encontrada nas pesquisas ligadas a essa área que demonstram que o horário de funcionamento das UBS é incompatível com a jornada de trabalho na qual os homens estão submetidos, o que de certa forma desestimula o acesso à UBS (ALVES et al., 2011; BRITTO; SANTOS; MACIEL, 2010; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

O Ministério da Saúde, em 2009, no processo de construção PNAISH, declarou que existe de fato uma preocupação masculina com a atividade laboral, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Porém, destacou que apesar de essa ser uma barreira importante, atualmente grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, estão inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

A crença negativa “Não ter vaga para atendimento” corrobora outros achados, que evidenciam como causa o número limitado de fichas para marcação de consultas e a constante ausência do médico (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; PINHEIRO et al., 2002).

Azevedo (2007) também chama atenção para a não valorização da demanda espontânea por parte dos profissionais que compõe as UBS, ocasionando em negligência no atendimento dos homens que ali chegam.

As crenças “Tomar medicação” e “Estar doente” reforçam os resultados de trabalhos como o de Pinheiro et al. (2002) que demonstram que os homens quando procuram serviços de saúde, como as UBS, o fazem por questões ligadas à doença, problema odontológico, tratamento ou reabilitação e acidente ou lesão.

## **3.2 Estudo II**

O segundo estudo consistiu em um survey interseccional que se caracteriza pela aplicação de questionários a uma amostra populacional maior e pode ser usado não só para descrever, mas também para determinar relações entre variáveis na época de estudo (BABBIE, 1999).

### **3.2.1 Construção do instrumento**

Após a identificação e agrupamento das “crenças salientes”, foi dado prosseguimento à pesquisa através da elaboração de um instrumento quantitativo (questionário). Ao se construir um questionário, é necessário adequá-lo à teoria utilizada. Para tanto, buscou-se seguir os pressupostos da TCP.

Fishbein e Ajzen (1975) ressaltam que ao se analisar um dado comportamento, assim como seus construtos, deve-se defini-los em termos de quatro fatores, a saber: Ação, Alvo, Tempo e Contexto. Estes quatro fatores foram então analisados tendo-se como referência o

tema estudado e definidos em relação ao mesmo tema. Os resultados são explicitados no quadro abaixo.

### Quadro 1- Quatro fatores do estudo

<b>Ação</b>	Procurar
<b>Alvo</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>Tempo</b>	Um ano
<b>Contexto</b>	Consulta de rotina

A mensuração das crenças seguiu o procedimento de medidas indiretas, assim como definido por Francis et al (2004), em que as crenças salientes presentes nas entrevistas realizadas no Estudo I são tomadas como base para a construção de afirmativas. Segundo estes autores as afirmações construídas devem representar as crenças que podem refletir o comportamento do segmento alvo investigado.

De acordo com Moutinho e Roazzi (2010), conhecendo-se as crenças (medição direta) é importante saber a força de cada uma, e, para isso, sugere-se que a medição aconteça através de escala bipolar (medição indireta).

Neste estudo foram utilizadas 5 Crenças Comportamentais, mensuradas através de escalas de 7 pontos com extremos "Concordo plenamente " e "Discordo plenamente".

A opção pelo procedimento de medidas indiretas para as Crenças Comportamentais exige que sejam mensuradas as Avaliações das Consequências relativas às crenças apontadas na questão anterior. Sendo 5 o total de crenças levantadas e mensuradas nas Crenças Comportamentais, outros 5 itens devem mensurar as Avaliações das Consequências. Se uma das questões definidas nas Crenças Comportamentais foi, por exemplo, "Procurar o posto de saúde é cuidar da saúde", nas Avaliações das Consequências deve ser desenvolvido um item de avaliação como: "Cuidar da saúde é:".

Para a avaliação das Crenças Normativas também optou-se pelo método indireto de mensuração, conforme orientação e sugestão de Francis et al. (2004). Assim como na mensuração das Crenças Comportamentais, utilizou-se as crenças identificadas no estudo anterior - os referentes salientes -, para que fosse possível identificar o que os homens acham que as pessoas importantes aconselhariam.

Foram utilizadas 5 crenças, mensuradas através de escalas de 7 pontos com extremos "Concordo plenamente " e "Discordo plenamente".

Da mesma forma, exige-se que seja mensurado o poder dessas crenças sobre o comportamento em questão. Então, serão 5 itens para avaliar as Crenças Normativas, e mais 5

itens para avaliar a Motivação para Concordar. A escala utilizada foi a do tipo likert de 7 pontos, variando de 1 a 7 com extremos de “Muito importante” a “Pouco importante”.

Moutinho e Roazzi (2010) citam que através desta escala o sujeito indicará o quanto é provável que ele realize um determinado comportamento caso o referente assumira dada posição.

Por fim, os itens das Crenças de Controle seguiram o mesmo padrão. Sendo identificadas 4 crenças salientes, 4 itens para Crenças de Controle foram criados que foram reformulados pelo método indireto, e serviram para construção dos 4 itens de medida de Habilidade para Controlar a Situação.

Cada construto, portanto, foi analisado tendo-se em vista suas crenças salientes e seu poder.

### 3.2.2 Participantes da pesquisa

A amostra do Estudo II foi composta por 106 homens, entre 25 e 59 anos, seguindo o critério PNAIHS, cadastrados em UBS de um distrito sanitário de Maceió, considerando os critérios de inclusão e exclusão do estudo anterior.

A Tabela 5 apresenta a caracterização dos participantes deste estudo. Em geral são casados (47,2%), com ensino médio incompleto (31,15%), renda familiar de dois salários mínimos, e média de idade de 43,10 (DP=10,86).

**Tabela 5. Caracterização dos participantes (n=106)**

<u>Dados sociodemográficos</u>	<u>Índices</u>
<u>Idade</u>	25 a 59 (M=43,10; DP=10,86)
<u>Estado civil</u>	
Casado	47,2%
Divorciado	15,1%
Solteiro	19,8%
Viúvo	10,4%
<u>Escolaridade</u>	
Superior incompleto	2,8%
Médio Completo	5,7%
Médio Incompleto	31,1%
Fundamental Incompleto	25,5%
Alfabetizado	28,3%
Analfabeto	2,8%

---

<u>Renda familiar</u>	
<1 Salário mínimo	0,9%
1 Salário mínimo	18,9%
>1 Salário mínimo	24,5%
2 Salários mínimos	34%
>2 Salários mínimos	14,2%

---

A Tabela 6 apresenta o perfil epidemiológico dos homens. Observa-se um índice considerável de hipertensos (23,6%), fumantes (21,7%), alcoolistas (17%) e diabéticos (14,2%).

**Tabela 6. Dados epidemiológicos dos participantes (n=106)**

<u>Dados epidemiológicos</u>	<u>Índices</u>
<u>Hipertensão</u>	23,6%
<u>Diabetes</u>	14,2%
<u>Tabagismo</u>	21,7%
<u>Alcoolismo</u>	17%
<u>Transtorno Mental</u>	8,4%
<u>Causas externas</u>	15,1%
<u>Outras comorbidades (Doenças respiratórias, cardíacas, gastrointestinais etc.)</u>	14,9%

A Tabela 7 apresenta o perfil de saúde dos participantes, a partir de seus autorrelatos, que de modo geral declararam que a saúde estava “mais ou menos” (31,1%) ou boa (30,2%).

**Tabela 7. Estado de saúde dos participantes (n=106)**

<u>Estado de saúde</u>	<u>Índices</u>
<u>Fraca</u>	27,4%
<u>Mais ou menos</u>	31,1%
<u>Boa</u>	30,2%
<u>Muito Boa</u>	10,4%

A Tabela 8 apresenta os serviços de saúde mais frequentados pelos participantes, tendo destaque a farmácia (31,1%).

**Tabela 8. Serviços de saúde frequentados pelos participantes (n=106)**

<u>Serviços de saúde</u>	<u>Índices</u>
<u>Posto de saúde</u>	27,4%
<u>Hospital</u>	18,9%
<u>Médico particular</u>	5,7%
<u>Farmácia</u>	31,1%
<u>Outros serviços</u>	14,2%

### **3.2.3 Instrumentos**

Foi aplicado um questionário quantitativo construído a partir das crenças salientes do Estudo I, totalizado em 32 itens, sendo 28 alocados como variáveis independentes (VI) e 4 como variáveis dependentes (VD). “Atitude” com 10 itens (5 itens referentes às Crenças Comportamentais e 5 itens referentes à Avaliação das Consequências); “Norma Subjetiva” com 10 itens (5 itens referentes às Crenças Normativas e 5 itens referentes à Motivação para Concordar com o referente) e “Percepção de Controle” com 8 itens (4 itens referentes às Crenças de Controle e 4 referentes à Habilidade para Controlar a Situação), representam as VIs. E 4 itens acerca da “Intenção Comportamental”, representando as VDs.

A escala de respostas utilizada para medir as crenças que influenciam a Intenção de procurar a UBS foi a do tipo Likert, variando de 1 a 7, desde “Discordo totalmente a “Concordo totalmente”, “Muito a Pouco” e “Pouco importante a Muito importante”. Ponto médio igual a 4.

### **3.2.4 Procedimentos**

Inicialmente, seguiram-se os preceitos éticos assim como no Estudo I. Os sujeitos, após a concordância em participar do estudo, preencheram e assinaram o TCLE.

Em seguida foi aplicado o questionário que contém os itens referentes às variáveis da TCP. Considerando que grande parte do grupo de respondentes era composta de pessoas analfabetas funcionais, os instrumentos foram aplicados individualmente nos domicílios, espaços comunitários e nas UBS. A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2015. Tempo médio da aplicação do instrumento foi de 10 minutos e 20 segundos.

### **3.2.5 Análise dos dados**

Os dados foram tabulados no SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) em que foram realizadas análises descritivas (frequência, porcentagem, média, desvio-padrão) para a caracterização dos participantes, além de análises fatoriais exploratórias e análises de confiabilidade interna para avaliação das variáveis. Para verificar as relações existentes entre todas as variáveis independentes que compõem o modelo teórico e a variável dependente,

verificando a força e o tipo dessas relações, utilizou-se o coeficiente de correlação  $r$ , de Pearson, com seus respectivos níveis de significância  $p$ .

### **3.2.6 Aspectos éticos**

Todos os participantes foram voluntários e assinaram o TCLE indicando a autorização e o entendimento de todos os aspectos de investigação da pesquisa conforme a Resolução Nº 466/12 do CNS. O projeto foi aprovado pelo CEP da UFAL com parecer mencionado anteriormente (Estudo I).

### **3.2.7 Resultados do estudo II**

Nesta seção serão apresentados os resultados da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e de confiabilidade interna (Alfa de Cronbach), de modo a verificar se as variáveis que compõem cada dimensão do instrumento estão inter-relacionadas, reduzindo-se a um fator latente comum, além de medir a consistência interna desses fatores/dimensões.

#### **3.2.7.1 Análise Fatorial Exploratória (AFE) e análise de confiabilidade**

Para analisar os resultados, inicialmente foi feita uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) dos componentes principais (rotação *Varimax*) de cada construto do instrumento com o objetivo de averiguar a sua configuração.

A AFE consiste no conjunto de técnicas que visam reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número específico de fatores. Os fatores representam as dimensões latentes (construtos) que resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas (HAIR et al., 2005).

Sendo assim, para analisar se os dados podem ser submetidos ao processo da AFE, foi utilizado o critério de Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) que indica o quão adequado é a aplicação da AFE, sendo inaceitáveis valores menores que 0,5; e o Teste de Esfericidade de Bartlett que testa a existência de não correlação entre os dados, em que os níveis de significância devem ser  $p < 0,05$  (HAIR ET AL., 2005).

Considera-se também os eigenvalues e a variância explicada de cada variável. De modo geral, sugere-se que devem ser extraídos apenas os fatores com eigenvalue  $> 1$ . Isso porque se o fator apresenta baixo eigenvalue, ele está contribuindo pouco para explicar a

variância nas variáveis originais. Para a variância explicada adota-se o limite mínimo de 50% como aceitável (HAIR ET AL., 2005)

O construto Atitude, composto inicialmente por 10 itens foi dividido em 2 fatores pela AFE, sendo eles as Crenças Comportamentais (CC) e Avaliação das Consequências (AC). Por conta da baixa carga fatorial os itens 3, 4, 5 e 17 foram excluídos. Posteriormente, com objetivo de aumentar a variância explicada 46,280% e o KMO, foram excluídos os itens 1 e 2 em virtude de menores cargas fatoriais. Assim, permaneceram os itens 15, 16, 18 e 19 reduzindo o construto em um único fator (AC). Conforme apresentado na Tabela 9, a variância explicada final foi de 63,847% (KMO = 0,644;  $X^2 = 176,822$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 9. Análise fatorial do construto Atitude**

Itens	
15- Cuidar da saúde é	,908
16- Ser acolhido pelos profissionais de saúde é	,888
18- Ter tratamento quando estiver doente é	,665
19- Ter atendimento de saúde perto de casa é	,707
KMO	,691
Eigenvalue (valor próprio)	2,554
Variância explicada	63,847

O construto Norma Subjetiva foi composto inicialmente por 10 itens distribuídos em dois fatores: Crenças Normativas (CN) e Motivação para Concordar com o Referente (MCR). A priori, os resultados apresentaram itens com baixa carga fatorial (8, 9, 10, 24, 27, 28). Esses itens foram excluídos, aumentando então a variância explicada 54,186% e reduzindo-se a um único fator. Ao final, restaram 4 itens, conforme apresenta a Tabela 10 (KMO = 0,508;  $X^2 = 481,644$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 10. Análise fatorial do construto Norma Subjetiva**

Itens	
6- Minha família acha que eu devo procurar o posto de saúde	,603
7- As mulheres da minha família acham que eu devo procurar o posto de saúde	,702
25- O quanto você se importa com a opinião de sua família?	,824
26- O quanto você se importa com a opinião das mulheres de sua família?	,791
KMO	,508
Eigenvalue (valor próprio)	2,167
Variância explicada	54,186

O construto Percepção de Controle, a princípio, era constituído de 8 itens, aparecendo após a AFE dois fatores, um referente às Crenças de Controle (CCR) e outro referente à Habilidade para Controlar a Situação (HCS). Pela baixa carga fatorial foi excluído apenas o

item 11. Desta forma, obteve-se variância explicada de 46,20%. Posteriormente, excluiu-se os itens 12, 13, 14 e 20 de menores cargas fatoriais, objetivando aumentar a variância explicada para 56,085%, restando apenas 1 fator (MC) com os itens 21, 22 e 23 ( $KMO = 0,503$ ;  $X^2 = 48,858$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 11. Análise fatorial do construto Percepção de Controle**

Itens	Carga fatorial
21- Ter vaga para ser atendido no posto de saúde é	,519
22- Estar doente e procurar o posto de saúde é	,883
23- Precisar tomar medicação no posto de saúde é	,795
KMO	,503
Eigenvalue (valor próprio)	1,683
Variância explicada	56,085

Por fim, o construto Intenção Comportamental foi formado por 4 itens, em um único fator. Em virtude do baixo valor do KMO, o item 30 de menor carga fatorial foi excluído. A variância explicada final foi de 59,939% ( $KMO = 0,585$ ;  $X^2 = 52,918$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 12. Análise fatorial do construto da Intenção**

Itens	Carga fatorial
29-As pessoas cujas opiniões são importantes para mim, apoiariam a procura pelo posto de saúde (nos próximos 12 meses)	,622
31- Eu me esforçarei para procurar o posto de saúde (nos próximos 12 meses) caso isso me traga vantagens	,862
32- Eu planejo procurar o posto de saúde (nos próximos 12 meses) se tiver condições para isso	,818
KMO	0,585
Eigenvalue (valor próprio)	1,884
Variância explicada	59,939

Para verificar a confiabilidade interna dos fatores foram realizadas análises a partir do Alfa de Cronbach, por ser um método mais assegurado em estudos transversais (SIJTSM, 2009). O Alfa de Cronbach avalia o grau em que os itens de uma matriz de dados estão correlacionados entre si (PASQUALI, 2009).

Conforme Devellis (2012), uma escala é internamente consistente se os itens que a compõem são altamente intercorrelacionados, o que sugere que tais itens estão avaliando a mesma coisa. Para Litwin (1995), assegurar confiabilidade de uma escala é garantir que todos os itens dela meçam aspectos distintos, mas do mesmo conceito.

Na Tabela 13, observe-se que foram obtidos alfas considerados satisfatórios. Conforme Hair et al. (2005), alfas  $>0,80$  indicam um bom resultado,  $>0,70$  representam um

valor aceitável e  $>0,60$  podem ser considerados questionáveis, mas ainda assim podem ser aceitos mediante a utilização de demais indicadores que constatem a associação entre os itens da dimensão. Pode-se observar que os 4 fatores estão dentro do limite de aceitabilidade, apresentando valor acima do limite inferior proposto por Hair et al. (2005).

**Tabela 13. Análise de confiabilidade dos construtos**

<b>Construto</b>	<b>Itens</b>	<b>Alfa</b>
Atitude	15,16,18,19	,80
Norma Subjetiva	6,7,25,26	,72
Percepção de Controle	21,22,23	,60
Intenção	29,31,32	,67

### 3.2.7.2 Análise de adesão dos participantes aos construtos

Na Tabela 14, apresenta-se uma análise da média de adesão dos participantes a cada construto. Em termos gerais, pode-se dizer que houve uma adesão de média a alta dos respondentes com os itens relativos aos construtos da TCP, ou seja, que eles concordaram com as crenças referidas no Estudo I.

**Tabela 14. Média e Desvio Padrão dos construtos**

<b>Construto</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Atitude	6,5952	,86906
Norma Subjetiva	5,0143	1,24847
Percepção de Controle	6,1714	,89169
Intenção Comportamental	5,8713	1,10047

O construto Atitude apresentou uma média de 6,59 (DP=,869), representando um alto grau de importância atribuído pelos respondentes com relação às consequências da realização do comportamento de procurar a UBS (AC).

Na Norma Subjetiva foi encontrada uma média de 5,01 (DP=1,24) que corresponde à concordância dos respondentes às Crenças Normativas (CN) e a baixa Motivação para Concordar com os Referentes (MCR) que influenciam esse comportamento.

A Percepção de Controle obteve uma média de 6,17 (DP=,891) que indica o alto grau de importância atribuído pelos respondentes para controlar a situação (HCS), ou seja, controlar a realização do comportamento em questão.

Por fim, a Intenção Comportamental atingiu como média das respostas um valor de 5,87 (DP=1,10), expressando a concordância dos respondentes quanto a intenção de procurar a UBS, apesar do valor não ter sido tão alto.

### 3.2.7.3 Análise de correlação r de Pearson

Para verificar as relações existentes entre os construtos Atitude, Norma Subjetiva e Percepção de Controle com o construto Intenção Comportamental, a força e o tipo dessas relações, foi adotada a análise do coeficiente de correlação de Pearson (r).

Essa análise mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas. Em termos estatísticos, duas variáveis se associam quando elas guardam semelhanças na distribuição dos seus escores. Mais precisamente, elas podem se associar a partir da distribuição das frequências ou pelo compartilhamento de variância. No caso da correlação de Pearson (r) vale esse último parâmetro, ou seja, ele é uma medida da variância compartilhada entre duas variáveis (FIGUEIREDO; SILVA, 2009).

Os valores aqui adotados seguirão o padrão de Cohen (1988), em que valores entre 0,10 e 0,29 podem ser considerados pequenos; escores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como médios; e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como grandes.

De modo geral, o teste apontou que apenas o construto Percepção de Controle se correlaciona significativamente com a Intenção Comportamental em estudo (acima de 0,30). De acordo com a TCP, a Percepção de Controle pode estar relacionada tanto por via indireta com o comportamento, através da Intenção Comportamental, como diretamente a ele (sem a mediação intencional).

Entretanto, para a teoria é preciso que a Atitude e a Norma Subjetiva combinadamente com a Percepção de Controle estejam correlacionadas com a Intenção Comportamental para que esta seja mais forte, o que não foi encontrado neste estudo. Na Tabela 15 é possível observar que os construtos Atitude e Norma Subjetiva não apresentaram correlação com a Intenção Comportamental.

**Tabela 15. Correlações entre os construtos Atitude, Norma Subjetiva, Percepção de Controle e a Intenção Comportamental**

	Intenção Comportamental	Atitude	Norma Subjetiva	Percepção de Controle
Atitude	,052		-0,66	,201*
Norma Subjetiva	,097	-0,66		-,002
Percepção de Controle	,353*	,201*	-,002	
Intenção Comportamental		,052	,097	,353*

\*p < 0,05 \*\*p < 0,01

Ademais, foi possível identificar uma correlação (apesar de baixa) entre os construtos Percepção de Controle e Atitude (Tabela 15). Isso pode significar que, para os homens estudados, o controle necessário para realizar o comportamento (procurar a UBS) está relacionada com a sua avaliação positiva.

### **3.8 Discussão acerca do Estudo II**

Observou-se, a partir dos resultados deste estudo, que para os homens moradores de um distrito sanitário de Maceió-AL, a Avaliação das Consequências do comportamento de procurar a UBS (Atitude) não exerce influência sobre a sua Intenção Comportamental. Isso significa que, mesmo estes homens fazendo uma avaliação positiva acerca da realização do comportamento, não implica necessariamente que estes tenham a Intenção de aderi-lo. No estudo de Vieira et al. (2013) esse dado já havia sido demonstrado nos discursos masculinos revelando que apesar de reconhecerem a importância destes serviços de saúde, os homens acreditavam não necessitar dos cuidados ali prestados, declarando-se saudáveis, mesmo sem conhecerem seu estado de saúde.

Martinelli et al. (2008) e Vuillemin et al. (2005) verificaram através de inquéritos de avaliação de qualidade de vida (WHOQL-bref/SF-36) que os homens apresentam uma autopercepção mais positiva de sua qualidade de vida do que as mulheres, principalmente no domínio físico, atribuindo a isso o modelo de masculinidade presente nos dias de hoje.

Nesse viés, pode-se dizer que os respondentes demonstram estarem mais preocupados com os motivos que tendem a facilitar e/ou dificultar a sua decisão (Percepção de Controle) do que com as possíveis consequências que a sua decisão trará (Atitude). Entretanto, dentre os estudos realizados a partir da TCP, a Atitude das pessoas é um forte elemento que influencia a Intenção de realizar um determinado comportamento (HOPE et al., 2012; ARMITAGE; CONNER, 2011; ROCHA et al., 2009).

A exemplo disso, tem-se a boa adesão que os indivíduos participantes de pesquisas da TCP fazem do construto Atitude, estando em quase todas as pesquisas próximo ao valor máximo da escala e correlacionado com a Intenção, diferente deste estudo em que apenas a média de adesão foi alta (CABRAL, 2014; MACIEL; VEIGA, 2012; PEIXOTO, 2007).

O construto Norma Subjetiva, no presente estudo, também não apresentou correlação com a Intenção Comportamental e, além disso, não apresentou uma adesão alta por parte dos respondentes, contrariando os achados das diversas pesquisas realizadas pelo modelo da TCP

(CABRAL, 2012; MATOS, VEIGA; LIMA, 2009; D'AMORIM; FREITAS; SÁ, 1992; PARKER et al., 1992).

Dessa forma, mesmo existindo referentes que influem positivamente no comportamento de procurar as UBS, a motivação dos homens para concordar com seus referentes como as mulheres da família, não intervêm no desejo de adotar esse comportamento.

No entanto, para Engel, Blackwell e Miniard (2000) esse construto vem perdendo espaço, principalmente no mundo ocidental. Esse fato decorre da crescente urbanização que acarreta em um grau menor de interação social e leva conseqüentemente a uma grande isolamento social e ao individualismo. Dentro desse contexto, as Crenças Comportamentais e de Controle tendem a exercer um poder de influência maior, ou seja, os fatores pessoais passam a ser mais considerados para determinar o comportamento.

Arruda, Barreto e Marcon (2015) demonstraram que os homens adultos constroem suas redes de apoio e suporte em saúde, destacando a companheira, mãe e irmã como pessoas que têm o papel no cuidado com a saúde, porém, os mesmos autores constataram que nem sempre valorizam ou seguem as orientações de sua família, não se preocupando em atender aos chamados ao cuidado formal prestado nas UBS, semelhante ao que foi evidenciado neste estudo.

Por fim, o construto Percepção de Controle, que no presente estudo foi destaque para a predição do comportamento-alvo, igualmente salientou-se nos trabalhos de Peixoto (2007), Heath e Gifford (2002), Norman, Conner e Bell (1999) e Schifter e Ajzen (1985) em que além de se relacionar com a Intenção Comportamental, os resultados também demonstraram uma alta concordância dos respondentes ao construto. Sendo assim, para os homens pesquisados, a intenção em relação ao comportamento depende estreitamente da condição de controle. Isso significa que para homem ter intenção de procurar a UBS, é necessário que este serviço tenha vaga para atendimento, assim como é preciso que estes homens estejam doentes e necessitando tomar medicação.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) apontaram que a precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento é referida pelos homens como motivo que atrapalha a busca por esses serviços. Outras investigações consideraram a falta de conhecimento dos homens com relação às atividades desenvolvidas nas UBS como a razão para que eles erroneamente acreditem que só precisam buscar os seus serviços em casos de acidente, mal-estar, dores ou precisão de tomar medicação, ignorando as consultas de caráter preventivo,

tendência ainda hegemônica do modelo curativo (GOMES et al. 2011; JÚNIOR; LIMA, 2009; ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2008).

Ainda foi possível notar que a Atitude correlacionou-se com a Percepção de Controle assim como no estudo de Rocha (2009). Isso significa que quando a favorabilidade do controle à Intenção Comportamental aumenta, mais evidente se torna a postura (Atitude) dos homens perante a Intenção.

Nesse sentido, pode-se dizer que a Intenção Comportamental dos homens participantes deste estudo de procurar as UBS tem uma baixa precisão, pois, conforme explicado por Ajzen (1991), para que um comportamento venha a ser realizado com sucesso é necessário a combinação das variáveis independentes (Atitude, Norma Subjetiva e Percepção de Controle) com a variável dependente (Intenção Comportamental), o que não foi identificado neste estudo.

Entretanto, a TCP também defende que o controle pode ser mais influente sobre o comportamento alvo do que a opinião pessoal ou social, uma vez que Intenção Comportamental e Percepção de Controle são necessárias para o desempenho de um comportamento mantendo uma estreita relação, de tal maneira que o efeito da Intenção sobre o Comportamento depende da Percepção de Controle. Além disso, a Percepção de Controle pode ligar-se diretamente ao comportamento, sem necessariamente ser mediado pela Intenção, o que nos leva a crer que, segundo os resultados desta pesquisa, em casos de adoecimento ou de tomar medicação os homens provavelmente irão procurar as UBS.

De modo geral, Albuquerque (2002) considera que apesar da Psicologia Social avaliar os comportamentos e as suas consequências, estas são pouco relacionadas à avaliação das políticas públicas, as quais afetam a vida de milhares de brasileiros. De acordo com Moutinho e Roazzi (2010) a TCP é particularmente útil e crucial em circunstâncias/projetos/programas nos quais o comportamento das pessoas precisa ser modificado. Ela pode contribuir, assim, para que as campanhas produzam mudanças ou a aquisição de determinados comportamentos, sendo mais eficazes e obtendo melhores resultados que os modelos tradicionais.

## **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **3.1 Considerações Teóricas**

O modelo utilizado como base para a avaliação da Intenção Comportamental dos homens de um distrito sanitário de saúde de Maceió de procurar a UBS, no presente estudo, foi a TCP de Ajzen (1985). Essa teoria pressupõe que a Intenção Comportamental é o mais próximo que se pode chegar para prever o comportamento. Essa intenção de exercer o comportamento numa ocasião propícia é determinada por três construtos: Atitudes em Relação ao Comportamento, a Norma Subjetiva e a Percepção de Controle.

Através das análises foi possível evidenciar que apenas o construto Percepção de Controle se relacionou com a Intenção Comportamental e apresentou valor significativo. No entanto, os construtos Norma Subjetiva e Atitude não apresentaram impacto significativo sobre a Intenção dos homens de procurar a UBS. Consideramos assim, que os participantes não se preocupam tanto com as consequências (mesmo que positivas) de procurar a UBS, e nem se importam com a influência que os referentes do seu convívio social exercem para a realização deste comportamento.

O construto Percepção de Controle acima foi abordado em relação a três fatores, sendo estes: 1.Ter vaga para atendimento; 2.Estar doente; 3.Tomar medicação.

A respeito da parte empírica, contrariamente ao que vem sendo realizado com frequência nas investigações sobre o comportamento estudado (estudos em sua maioria qualitativos), utilizamos diferentes modelos de técnicas de coleta e análise de dados. Com isto tivemos a possibilidade de ter uma maior acurácia na interpretação dos resultados, uma vez que estes não foram analisados sob o viés de apenas um tipo de metodologia.

Tendo em vista o atual índice de morbidade e mortalidade masculina, inclusive as altas taxas de internação hospitalar desse público, os resultados propostos pela presente pesquisa podem ser uma alternativa para que os gestores de saúde local busquem alternativas mais eficazes a fim atrair os homens às UBS.

### **3.2 Recomendações Gerais**

Como recomendações gerais, sugerimos que as UBS considerem a elaboração de estratégias que despertem nos homens a necessidade de se procurar estes serviços preventivamente, e não apenas quando o agravo já está instalado. Da mesma forma, é

necessário que estes serviços possam oferecer um atendimento que aproxime os homens de suas ações, despertando o interesse e a motivação de estarem presente nestes espaços.

Para isso, indicamos que sejam realizadas não só capacitações com os profissionais de saúde que trabalham nas UBS, preparando-os para acolher o público masculino, como também que sejam incluídos programas que enfatizem a saúde masculina dentro das políticas públicas de saúde, assim como já acontece na prevenção da saúde feminina.

### **3.3 Limitações**

Indicamos algumas limitações que, mesmo considerando as contribuições de ordem teórica e metodológica deste trabalho, podem ser discutidas. Destacamos o fato de não termos utilizado uma amostra aleatória, que foi selecionada por conveniência, podendo seus resultados serem restritos pelo tipo de atendimento que é prestado através das equipes de saúde do distrito sanitário pesquisado, e não pelo conhecimento genérico que fazem das UBS. Isso pode ter gerado um tipo de resposta bastante padronizado, com pouca variabilidade e aquém do que se configura como dado representativo do contexto de Maceió.

Destacamos também as limitações de parte do instrumento utilizado que, como vimos, apresentou algumas falhas metodológicas e, por conseguinte alguns fatores foram excluídos das análises posteriores, reduzindo nosso conjunto de dados.

### **3.4 Sugestões para Novas Pesquisas**

Como sugestão para novas pesquisas, seria oportuno analisar o comportamento em questão a partir de uma amostra mais ampla, com homens de diversas regiões de saúde, ou até mesmo de diferentes municípios ou estados.

Também seria relevante avaliar a Intenção ao Comportamento de procurar as UBS em função de determinantes de saúde (indivíduos saudáveis versus indivíduos enfermos) e/ou do gênero, verificando se existe uma maior ou menor Intenção ao Comportamento, bem como em relação ao comportamento de realizar exames preventivos, ampliando a discussão do presente estudo.

## REFERÊNCIAS

AJZEN, I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: KUHLE, J.; BECKMANN, J. (Eds.). **Action control: from cognition to behavior**. Berlin: Springer Berlin Heidelberg, 1985.

\_\_\_\_\_. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Process**, Massachusetts, EUA, v.50, n.2, p. 179-211, 1991.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.

\_\_\_\_\_. The influence of attitudes on behavior. In: ALBARRACÍN, D; JOHNSON, B. T.; ZANNA, M. P. (Eds.). **The handbook of attitudes**. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2005. pp. 173-221.

AJZEN, I; MADDEN, T. J. Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. **Journal of Experimental Social Psychology**, Massachusetts, EUA, v. 22, n.5, p. 453-474, 1986.

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.2, n.2, p. 554-563, 2010.

ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Social psychology and rural life in Brazil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 37-42, 2002.

ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.13, n.3: 152-166, 2011.

ARILHA, M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, K.; HAWKER, S. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Manguinhos: Fiocruz, 1999. 468 p. cap. 24.

ARMITAGE, C. J. Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity?. **Health Psychology**, v. 24, n. 3, p. 235, 2005.

ARMITAGE, C. J.; CONNER, M. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. **British journal of social psychology**, v. 40, n. 4, p. 471-499, 2001.

ARRUDA, G. O. de; BARRETO, M. da S.; MARCON, S. S. Percepção de homens adultos sobre suas práticas preventivas e redes de apoio em saúde. **Rev. Rene**, v. 16, n. 3, 2015.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2007.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIRD, C. E.; RIEKER, P. P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. **Social science & medicine**, v. 48, n. 6, p. 745-755, 1999.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CONNELL, R. W. **Masculinities: knowledge, power and social change**. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1995.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Fiocruz, 2005. p. 687-706.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRYAN, A.; FISHER, J. D.; FISHER, W. A. Tests of the mediational role of preparatory safer sexual behavior in the context of the theory of planned behavior. **Health Psychology**, v. 21, n. 1, p. 71, 2002.

BRITO, R. S; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene.**, Fortaleza, CE, v. 41, n.4: 135-142, 2010.

CABRAL, T. R. P. **Intenção do uso de preservativo das mulheres de João Pessoa: aspectos psicológicos e sociais**. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

CAVALCANTI, A. P. R.; MARDÔNIO, R. D.; COSTA, M. J. de C. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.10, n.1: 121-129, 2005.

COHEN, Jacob. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. v. 2. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 1988.

CONNER, M. et al. Alcohol Consumption and the Theory of Planned Behavior: an examination of the cognitive mediation of past behavior. **Journal of Applied Social Psychology**, 29(8): 1676-1704, 1999.

CONNER, M.; NORMAN, P.; BELL, R. The theory of planned behavior and healthy eating. **Health Psychology**. 21(2):194-201, 2002.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.20, n.1, p. 79–92, jan./jun. 2003.

COURNEYA, K. S. Understanding readiness for regular physical activity in older individuals: an application of the theory of planned behavior. **Health Psychology**, v. 14, n. 1, p. 80, 1995.

COURNEYA, K. S.; FRIEDENREICH, C. M. Utility of the theory of planned behavior for understanding exercise during breast cancer treatment. **Psycho-Oncology**, 8(2): 112-122, 1999.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.** 50(10):1385-401, 2000.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à Saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saude, Educ**, 14(33): 257-270, 2010.

D'AMORIM, M. A. A teoria da ação racional nos comportamentos de saúde. **Temas em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 39-44, 2000.

D'AMORIM, M. A.; FREITAS, C. M.; CHROCKATT DE SÁ, G. A. A motivação para realizar o auto-exame da mama: uma aplicação da teoria da ação planejada. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 8, n. 02, p. 169-185, 2012.

DEVELLIS, R. F. **Scale development: theory and applications**. 3rd. ed. Los Angeles, CA: Sage, 2012.

DOMINGUEZ, B. Hora de quebrar paradigmas. **RADIS comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 74, Outubro, 2008.

ENGEL, J. F.; BLACKWELL, R. D.; MINIARD, P. W. **Comportamento do consumidor**. Tradução de Cristina Ávila de Menezes. Rio de Janeiro: ETC, 2000.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1997.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

FRANCIS, Jillian J. et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. **A manual for health services researchers**, v. 2010, p. 2-12, 2004.

FRANKE, G. R.; CROWN, D. F.; SPAKE, D. F. Gender differences in ethical perceptions of business practices: a social role theory perspective. **Journal of applied psychology**, v. 82, n. 6, p. 920, 1997.

GALVÃO, E. F. Gênero e saúde; representações e práticas na luta pela saúde da mulher. In: FAZENDO GÊNERO, 8. **Anais...** Florianópolis, 25 a 28 de agosto, 2008. p. 1-5.

GIL, C. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GODIN, G.; KOK, G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. **American journal of health promotion**, v. 11, n. 2, p. 87-98, 1996.

GOMES, R. Success and limitations in the prevention of violence: a case study of nine Brazilian experiences. **Ciênc saúde coletiva**, 11 (2):397-408, 2006.

\_\_\_\_\_. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Unesp, 2010. (Saúde e Cidadania).

GOMES, R. et al. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

\_\_\_\_\_. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. 2011a.

\_\_\_\_\_. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 16(11): 983-992, 2011b.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):901-911, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, 2007.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S.; OLIVEIRA, K. N. L. C. de. Homens e cuidados de saúde em famílias empobrecidas na Amazônia. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 871-883, 2012.

MENDONÇA, Suy-Mey C. G.; DIAS, M. R. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de psicologia**, v. 4, n. 1, p. 141-159, 1999.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARAKEH, Z. et al. Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of the theory of planned behavior. **Preventive medicine**, v. 39, n. 5, p. 951-961, 2004.

HEATH, Y.; GIFFORD, R. Extending the theory of planned behavior: predicting the use of public transportation. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 32, n. 10, p. 2154-2189, 2002.

HOPPE, A. et al. Comportamento do consumidor de produtos orgânicos: uma aplicação da teoria do comportamento planejado. **Revista Base (Administração e Contabilidade) da UNISINOS**, v. 9, n. 2, p. 174-188, 2012.

IBGE. Censos Demográficos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2015.

JUNIOR, E. A. L.; LIMA, H. S. Promoção da saúde masculina na atenção básica. **Pesquisa em foco**, v.17, n.2, p.32-41, 2009.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: R. ADORNO; ALVARENGA, A; VASCONCELOS, M. P. (Orgs.). **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos**. São Paulo: Edusp, p. 199-217, 2005.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, p. 137-152, 2003.

KIMMEL, M. S. **Manhood in America**. New York: The Free Press, 1996.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Revista Adolesc. Latinoam.** 2(2): 67-79, 2001.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar., 2005.

LITWIN, M. **How to measure survey reability and validity**. Survey Kit. v. 7. A. Fink. Beverly Hills, CA: Sage, 1995.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Políticas nacionais de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens e à saúde do homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18 n.3, p. 743-752, Março, 2013.

LYRA, J.; MEDRADO, B.; LOPES, F. **Homens também cuidam!** Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado. / Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA ) e Instituto PAPAI. Recife: UNFPA; Instituto PAPAI, 2007. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/homenstambemcuidam.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 41, 2012.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MACIEL, M. G.; VEIGA, R. T. Intenção de mudança de comportamento em adolescentes para a prática de atividades físicas de lazer. **Rev Bras Educ Fís Esp**, v. 26, n. 4, p. 705-16, 2012.

MARTINELLI, L. M. et al. Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population. **Clinics**, São Paulo, 63(6):783-8, 2008.

MATOS, E. B.; VEIGA, R. T.; REIS, Z. S. N. Intenção de uso de preservativo masculino entre jovens estudantes de Belo Horizonte: um alerta aos ginecologistas. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, 31(11), 574-580, 2009.

MÉNDEZ, B. L. Los varones frente al cambio de las mujeres. Lectora. **Revista de Dones i intertextualitat**, (monográfico Hombres y feminismo), Cataluña, España, 4, 1998. Disponível em: <<http://www.artnet.com/~marko/luis.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A política nacional de saúde do homem: necessidade ou ilusão? **Psicologia Política**, vol. 10, n.20, p. 215-226, jul./ dez. 2010.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 429-438, 2014.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação psicológica**, v. 9, n.2, p. 279-287, 2010.

NASCIMENTO, V.F.; LEMES, A.G. Saúde do homem: sentimento de masculinidade comprometida. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 1, p. pag. 80-90, 2013.

NORMAN, P.; CONNER, M. The theory of planned behaviour and binge drinking: assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behaviour. **British journal of health psychology**, v. 11, n. 1, p. 55-70, 2006.

NORMAN, P.; CONNER, M.; BELL, R. The theory of planned behavior and smoking cessation. **Health psychology**, v. 18, n. 1, p. 89, 1999.

PARKER, D. et al. Intention to commit driving violations: an application of the theory of planned behavior. **Journal of Applied Psychology**, v. 77, n. 1, p. 94, 1992.

PASQUALI, Luiz. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. SPE, p. 992-999, 2009.

PEIXOTO, F. C. **Estudo do comportamento planejado na escolha da faculdade**: uma aplicação ao contexto itabirano. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração), FUMEC. Belo Horizonte, MG.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. da. Homens e cuidado: construções de masculinidades na saúde pública brasileira. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 2, n. 2, p. 177-195, 2012.

POZZATI, R. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 21(4):540-5, out/dez 2003.

POZZATI, R. et al. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 21(4):540-5, out/dez, 2013.

ROCHA, F. E. et al. Avaliação do programa nacional de fortalecimento da agricultura familiar: a intenção de pagamento do crédito. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 22, n. 1, p. 44-52, 2009.

ROSENSTOCK, I. M: Why people use health services. **Milbank Memorial Fund Quarterly** 44,94-124, 1966.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (Orgs.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: UFPR, 2002.

SANTOS, F. A. **Dinâmica da acessibilidade masculina ao programa de saúde da família**. 2010. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual da Bahia, 2010.

SCHIFTER, D. E.; AJZEN, I. Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. **Journal of personality and social psychology**, v. 49, n. 3, p. 843, 1985.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):7-17, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5, p. 961-970, Maio, 2010.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Trad. Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. do original: Gender: an useful category of hystorical analyses. Recife: S.O.S. Corpo, 1991.

SIJTSMA, K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. **Psychometrika**, v. 74, n. 1, p. 107-120, 2009.

SIQUEIRA, B. P. de J. et al. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 4, p. 690-696, 2014.

SOUSA, D. H. A. V. et al. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba nº 01 - Ano 2015 ISSN | 2179-7137 |**. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/index>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n.1, p.59-70, Jan./Mar., 2005.

STORINO, L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. Necessidades da saúde de homens na atenção básica. **Esc. Anna Nery** (impr.); 17 (4): 638-645, out-dez, 2013.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 599-613, 2005.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

VUILLEMIN, A. et al. Leisure time physical activity and health-related quality of life. **Preventive medicine**, v. 41, n. 2, p. 562-569, 2005.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, 38(4):509-516, 1994.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido convidado(o,a) a participar como voluntário(o,a) do estudo “*A invisibilidade masculina na Atenção Primária à Saúde: um olhar da Teoria da Ação Planejada*”, a ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde do III distrito sanitário do município de Maceió-AL, coordenado pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheyla C. Santos Fernandes e conduzido pela pesquisadora Jéssica Bazilio Chaves, aluna do mestrado de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. Que o estudo se justifica pela necessidade de ampliação de conhecimentos relacionados à saúde da população masculina.
2. Que os objetivos da pesquisa são: Avaliar a Intenção Comportamental masculina de procurar à Unidade Básica de Saúde, tomando como referencial teórico o modelo da Teoria de Ação Planejada (TAP); Identificar as crenças positivas e negativas do comportamento de procurar à Unidade Básica de Saúde; Identificar os referentes modais salientes no comportamento de procurar a Unidade Básica de Saúde; e construir um questionário sobre a Intenção Comportamental masculina de procurar a Unidade Básica de Saúde.
3. Que a importância desse estudo envolve a possibilidade de contribuir com as políticas públicas locais que envolvem a saúde do homem, bem como com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
4. Que este estudo só irá se iniciar após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.
5. Que o estudo será feito da seguinte maneira: entrevistas abertas individuais e aplicação individual de questionários com os homens cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do III distrito do município de Maceió-AL.
6. Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: a) quebra de sigilo sobre os meus dados, no entanto, estou ciente que os mesmos estarão disponíveis apenas ao pesquisador responsável e orientador desta pesquisa; b) perda de tempo com a minha participação neste estudo, sendo minimizado pela explicação de todos os passos metodológicos antes da assinatura do TCLE e explicação dos objetivos da pesquisa, estando ciente que a minha participação contribuirá com o desenvolvimento do cuidado à saúde do homem no posto de saúde e distrito sanitário do qual faço parte, e conseqüentemente do meu município; c) constrangimento por não saber responder algumas ou todas as questões do roteiro de entrevista, minimizado pela liberdade de não responder nada que eu não me convenha, tendo

garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente; d) insatisfação e/ou irritação por ter meu discurso gravado, podendo me negar caso não concorde.

7. Que caso haja algum desconforto de ordem mental provocado pela pesquisa eu poderei contar com a assistência da pesquisadora responsável Profa. Dra. Sheyla C. S. Fernandes.

8. Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: a) a ampliação e divulgação de conhecimentos relacionados à Saúde do Homem do distrito sanitário do qual faço parte e conseqüentemente do meu município, possibilitando o seu desenvolvimento; b) o retorno às Unidades Básicas de Saúde e Secretária Municipal de Saúde sobre os resultados obtidos na pesquisa, para que possam compreender as necessidades de seu público-alvo; c) a possibilidade de tomar conhecimento e ser sensibilizado acerca da importância de procurar à Unidade Básica de Saúde e conseqüentemente cuidar da minha saúde.

9. Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

10. Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

11. Que a gravação da entrevista com gravador só será realizada com a minha permissão, bem como a sua transcrição na íntegra.

12. Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Garantindo o sigilo absoluto do meu nome na divulgação dos resultados.

13. Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para mim.

14. Que eu serei indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.

15. Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora responsável e por mim.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

**Contato de urgência:** Sr(a). Jéssica Bazilio Chaves

Domicílio: (rua, praça, conjunto): Rua Industrial Luiz Calheiros Júnior

Bloco:102A /Nº: 170 /Complemento: Portal do Farol

Bairro: Farol /CEP: 57055-230 /Cidade: Maceió /Telefone: 8701-6501

Ponto de referência: Na rua das americanas

**Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Instituto de Psicologia

Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, CEP: 57072-900, Maceió/AL.

**ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.**

**E-mail: [secretaria@etica.ufal.br](mailto:secretaria@etica.ufal.br)**

**Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária - Maceió - AL, CEP:57072-900.**

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

--	--

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)
--	---

## ANEXO 2 – INSTRUMENTO DO ESTUDO I

### Roteiro de perguntas norteadoras

- 1) Quais as vantagens de procurar a Unidade Básica de saúde anualmente por rotina?
- 2) Quais as desvantagens de procurar a Unidade Básica de saúde anualmente por rotina?
- 3) Que pessoas e/ou grupos lhe vem a mente para procurar a Unidade Básica de saúde anualmente por rotina?
- 4) Que pessoas e/ou grupos aprovaria que você procurasse a Unidade Básica de saúde anualmente por rotina?
- 5) Que pessoas e/ou grupos desaprovava que você procurasse a Unidade Básica de saúde anualmente por rotina?
- 6) Quais os fatores que facilitaram para que você procurasse a Unidade Básica de saúde anualmente por rotina?
- 7) Quais os fatores que dificultariam para que você procurasse a Unidade Básica de saúde anualmente por rotina?

### Dados sociodemográficos

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Você já foi a Unidade Básica de Saúde? ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, com que frequência? ( ) Uma vez ao ano ( ) Duas vezes ao ano ( ) Mensalmente ( ) Outros: especifique \_\_\_\_\_

Você acha que os homens devem procurar a Unidade Básica de Saúde? ( ) SIM ( ) NÃO

Entre os homens que você convive é comum procurar a Unidade Básica de Saúde? ( ) SIM ( ) NÃO

### ANEXO 3 – INSTRUMENTO DO ESTUDO II



#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS MESTRADO EM PSICOLOGIA

Estamos realizando uma pesquisa sobre a procura dos homens ao posto de saúde. Essa pesquisa tem como objetivo identificar aspectos considerados importantes em um posto de saúde, bem como fatores que influenciam no momento da decisão de procurar o posto de saúde. Gostaríamos de contar com sua participação na pesquisa. Para isso, pedimos-lhe que você responda **todas as questões**.

Por favor, responda cada questão abaixo assinalando o número que melhor descreve sua opinião, numa escala que vai de “**discordo plenamente**” a “**concordo plenamente**”.

RESPONDER	DISCORDO ←			→ CONCORDO			
	1	2	3	4	5	6	7
1-Procurar o posto de saúde é cuidar da saúde	1	2	3	4	5	6	7
2- Procurar o posto de saúde é ser acolhido pelos profissionais de saúde	1	2	3	4	5	6	7
3- Procurar o posto de saúde é receber atendimento com atraso	1	2	3	4	5	6	7
4- Procurar o posto de saúde é ter tratamento quando estiver doente	1	2	3	4	5	6	7
5- Procurar o posto de saúde é ter atendimento de saúde perto de casa	1	2	3	4	5	6	7

RESPONDER	DISCORDO ←			→ CONCORDO			
	1	2	3	4	5	6	7
6- Minha família acha que eu devo procurar o posto de saúde	1	2	3	4	5	6	7
7- As mulheres da minha família acham que eu devo procurar o posto de saúde	1	2	3	4	5	6	7
8- Minha companheira(o) acha que eu devo procurar o posto de saúde	1	2	3	4	5	6	7
9- Meus vizinhos acham que eu devo procurar o posto de saúde	1	2	3	4	5	6	7
10- Eu acho que devo procurar o posto de saúde	1	2	3	4	5	6	7

RESPONDER	DISCORDO ←				→ CONCORDO			
	PLENAMENTE				PLENAMENTE			
11- Para procurar o posto de saúde é preciso faltar o trabalho	1	2	3	4	5	6	7	
12- Para procurar o posto de saúde é necessário ter vaga no atendimento	1	2	3	4	5	6	7	
13- Para procurar o posto de saúde é necessário estar com alguma doença	1	2	3	4	5	6	7	
14- Para procurar o posto de saúde é necessário precisar tomar medicação	1	2	3	4	5	6	7	

Por favor, responda cada questão abaixo assinalando o número que melhor descreva sua opinião, numa escala que vai de “pouco importante” a “muito importante”.

RESPONDER	POUCO ←				→ MUITO			
	IMPORTANTE				IMPORTANTE			
15- Cuidar da saúde é	1	2	3	4	5	6	7	
16- Ser acolhido pelos profissionais de saúde é	1	2	3	4	5	6	7	
17- Ter atendimento com atraso é	1	2	3	4	5	6	7	
18- Ter tratamento quando estiver doente é	1	2	3	4	5	6	7	
19- Ter atendimento perto de casa é	1	2	3	4	5	6	7	

RESPONDER	POUCO ←				→ MUITO			
	IMPORTANTE				IMPORTANTE			
20- Faltar o trabalho é	1	2	3	4	5	6	7	
21- Ter vaga no atendimento é	1	2	3	4	5	6	7	
22- Estar doente é	1	2	3	4	5	6	7	
23- Precisar tomar medicação é	1	2	3	4	5	6	7	

Por favor, responda cada questão abaixo assinalando o número que melhor descreve sua opinião, numa escala que vai de “pouco” a “muito”.

RESPONDER	MUITO ←				→ POUCO			
24- O quanto você se importa com a opinião de sua família?	1	2	3	4	5	6	7	
25- O quanto você se importa com a opinião das mulheres de sua família?	1	2	3	4	5	6	7	
26- O quanto você se importa com a opinião de sua companheira(o)?	1	2	3	4	5	6	7	
27- O quanto você se importa com a opinião de seus vizinhos?	1	2	3	4	5	6	7	
28- O quanto você se importa com a sua opinião?	1	2	3	4	5	6	7	

Por gentileza, responda agora as questões abaixo:

RESPONDER	DISCORDO ←				→ CONCORDO			
	PLENAMENTE				PLENAMENTE			

29- As pessoas cujas opiniões são importantes para mim, apoiariam a procura pelo posto de saúde (nos próximos 12 meses)	1	2	3	4	5	6	7
30- Irei ao posto de saúde caso as pessoas cujas opiniões são importantes para mim, sejam favoráveis (nos próximos 12 meses)	1	2	3	4	5	6	7
31- Eu me esforçarei para procurar o posto de saúde (nos próximos 12 meses) caso isso me traga vantagens	1	2	3	4	5	6	7
32- Eu planejo procurar o posto de saúde (nos próximos 12 meses) se tiver condições para isso	1	2	3	4	5	6	7

**Para completar, forneça alguns dados pessoais:**

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Nível de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Residência:** Própria ( ) Alugada ( ) Familiares ( ) Outros ( ): \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** Menos de um salário mínimo ( ) Um salário mínimo ( ) Mais de um salário mínimo ( ) Dois salários mínimos ( )

**Como está a sua saúde?:** Muito ruim ( ) Fraca ( ) Nem ruim nem boa ( ) Boa ( )  
Muito boa ( )

**Qual destes serviços você frequentemente procura para cuidar da saúde:** Posto de saúde ( )  
Consultório particular ( ) Hospital ( ) Farmácia ( ) Outros ( ):  
\_\_\_\_\_

**Frequência ao posto de saúde:** Anualmente ( ) Mensalmente ( ) Nunca ( ) Outros ( ):  
\_\_\_\_\_

**É hipertenso?** ( ) Sim ( ) Não

**É diabético?** ( ) Sim ( ) Não

**É alcoolista?** ( ) Sim ( ) Não

**É fumante?** ( ) Sim ( ) Não

**Possui alguma doença respiratória?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Possui alguma doença do coração?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Possui alguma deficiência?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Tem transtorno mental?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Tem ou já teve alguma DST?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Tem ou já teve câncer?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Já sofreu algum acidente?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Possui alguma outra doença?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? : \_\_\_\_\_

**Forma de administração do questionário:** Auto-administrado ( ) Assistido pelo entrevistador ( )

Administrado pelo entrevistador ( )

**ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFAL**

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa:	A invisibilidade masculina na Atenção Primária à Saúde: um olhar da Teoria da Ação Planejada
Pesquisador Responsável:	Jéssica Bazílio Chaves
Área Temática:	
Versão:	2
CAAE:	43079214.8.0000.5013
Submetido em:	15/04/2015
Instituição Proponente:	Instituto de Psicologia
Situação da Versão do Projeto:	Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto:	Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal:	Financiamento Próprio
	
Comprovante de Recepção:	 PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_394401