

Comparação de perfil epidemiológico e necessidades clínicas entre gêneros de usuários de Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos – SP

A between-gender comparison of epidemiological profiles and clinical needs of users of Family Health Units in São Carlos – SP

Patrícia Driusso¹; Ana Sílvia Moccellini²; Tatiana de Oliveira Sato¹; Márcia Regina Cangiani Fabbro³; Sílvia Helena Zem Mascarenhas³; Tânia de Fátima Salvini¹

¹ Professoras Doutoradas do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, SP – Brasil.

² Professora Mestre do Núcleo de Fisioterapia – Universidade Federal de Sergipe – UFS. Lagarto, SE – Brasil.

³ Professoras Doutoradas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, SP – Brasil.

Endereço para correspondência

Patrícia Driusso
Rod. Washington Luís, km 235
13565-905 – São Carlos – SP [Brasil]
pdriusso@ufscar.br

Resumo

Introdução: Na atenção à saúde, é preciso considerar diferenças entre gêneros e identificar a prevalência de problemas e de necessidades de saúde. **Objetivo:** Comparar o perfil epidemiológico e as necessidades clínicas entre homens e mulheres usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos (SP). **Métodos:** Realizou-se estudo transversal descritivo, no qual foram entrevistados 5.963 usuários. Utilizou-se um questionário para caracterizar as condições de saúde. Os dados foram analisados de forma descritiva e por meio do teste Qui-Quadrado. **Resultados:** As mulheres apresentam maior prevalência de hipertensão, diabetes, anemia e distúrbios endócrinos e utilizam mais os serviços de saúde. Os homens apresentam maiores índices de alcoolismo e drogadição. As mulheres têm mais interesse em ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. **Conclusão:** As USFs devem enfatizar ações voltadas à saúde do homem, pois a baixa prevalência de queixas sugere desconhecimento e falta de cuidados nesta população.

Descritores: Atenção primária à saúde; Gênero e saúde; Pesquisa interdisciplinar.

Abstract

Introduction: In providing health care, it is necessary to consider gender differences and identify the prevalence of problems and health needs. **Objective:** To compare epidemiological profiles and clinical needs of male and female users of the Family Health Units (USF) in São Carlos (SP). **Methods:** In this descriptive cross-sectional study, 5,963 users were interviewed. We used a questionnaire to characterize health conditions. Data were descriptively analyzed, and a chi-square test was applied. **Results:** Women have a higher prevalence of hypertension, diabetes, anemia, and endocrine disorders and use more health services. Men have higher rates of alcoholism and drug addiction. Women have more interest in disease prevention and health promotion. **Conclusion:** The USFs should emphasize actions promoting men's health, because the low prevalence of complaints suggests lack of knowledge and care provision in this population.

Key words: Gender and health; Interdisciplinary research; Primary health care.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa ao fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma medida estruturante com a qual se busca promover um reordenamento do modelo de atenção vigente¹. A fim de atingir esses objetivos, preconizam-se programas de assistência à saúde da comunidade com qualidade e de forma humanizada, para isso foram desenvolvidas diretrizes de ações voltadas à saúde do idoso, da criança, da mulher e, mais recentemente, do homem^{2,3}.

Com as ações dirigidas à saúde da mulher, objetiva-se garantir o acesso aos cuidados e serviços de saúde e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do seu ciclo vital (menarca, gravídico-puerperal e menopausa/climatério), oferecendo subsídios para que desenvolvam sua autoestima, autoconfiança, consciência sobre seu corpo e sobre os processos de saúde/doença que possam influenciar sua qualidade de vida. Para isso, são considerados os aspectos culturais, emocionais, econômicos e sociais, de modo a incrementar a capacidade individual de tomar decisões a respeito da saúde, adequadas ao seu modo de vida³.

Recentemente lançado pelo Ministério da Saúde, o programa de saúde do homem busca modificar a percepção masculina em relação ao cuidado com a saúde e com a saúde da família, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação do acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde². No entanto, sua inclusão em ações de saúde é desafiadora, pois este, muitas vezes, não reconhece a importância do cuidado como necessidade de saúde⁴.

De acordo com Figueiredo⁵, há maior procura masculina nos serviços emergenciais e menor demanda desta população por ações na atenção básica, enquanto que entre as mulheres é maior a busca por ações preventivas e de promoção da saúde, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto. Esse fato é

associado à própria socialização dos homens, no qual o cuidado não é visto como uma prática masculina. Outros fatores, como horários de atendimento das Unidades de Saúde, medo de descobrirem outras doenças e o fato de que na maior parte das vezes o atendimento é feito por pessoas do sexo feminino criam barreiras ao acesso dos homens aos cuidados em saúde⁶.

Ainda há carência de estudos em que se avaliem a prevalência de problemas de saúde e a percepção de necessidades de forma a identificar diferenças entre os gêneros. Da mesma forma, não há informações detalhadas sobre o perfil epidemiológico e as necessidades clínicas da população masculina e da feminina no município de São Carlos (SP). Diante disso, o objetivo neste estudo foi comparar o perfil epidemiológico e as necessidades clínicas entre homens e mulheres pertencentes a famílias adscritas às Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos (SP).

Material e métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, segundo parecer 247/2009 (CAAE 1638.0.000.135-09). Todas as pessoas que consentiram em participar voluntariamente da pesquisa assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa.

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, no qual foram entrevistadas, em domicílio, 2.408 famílias adscritas a 16 USFs do município de São Carlos (SP), as quais representavam no momento da coleta de dados a totalidade de USF dessa região. A amostra final foi constituída por 5.963 usuários, sendo 50,8% do sexo feminino, e 49,2% do masculino.

Os critérios de inclusão na amostra foram pertencer a uma família cadastrada na USF, ter idade superior a 18 anos e capacidade cognitiva para ser entrevistado. Foram excluídos do estudo os usuários de famílias selecionadas que, após

três tentativas de contato, em dias e horários diferentes, não foram encontrados no domicílio.

No método estatístico aplicado para a seleção das famílias, utilizou-se um plano amostral probabilístico estratificado com probabilidades proporcionais. Este plano de amostragem é usado nos casos em que a população de interesse pode ser dividida em estratos (subpopulações homogêneas), os quais devem ser representados na amostra, a partir da seleção aleatória simples. Ela apresenta vantagens em termos de representatividade e de economia nos custos, tendo em vista que pode propiciar uma redução de até 40% do tamanho amostral, além de não alterar o cálculo das estatísticas⁷.

No caso em questão, as 16 USFs foram consideradas como estratos primários, e as micro-áreas de cada USF, como estratos secundários, das quais foram selecionadas amostras aleatórias simples. Em um levantamento de dados por amostragem, um dos parâmetros importantes a ser calculado é o tamanho da amostra necessário para obter precisão nos resultados finais. Para a realização desse cálculo é preciso especificar algumas características populacionais, tais como natureza das questões e características que possibilitem a estratificação da população em estratos homogêneos. Como neste estudo os dados foram obtidos a partir da aplicação de um questionário extenso, optou-se pela regra do equilíbrio em termos de combinação de precisão exigida e variabilidade nas respostas de todas as questões.

O tamanho da amostra total foi determinado a fim de obterem-se resultados precisos para todas as questões com respostas qualitativas que possuíam até dez respostas diferentes, ou seja, que podem ser analisadas estatisticamente por modelos multinomiais com até dez categorias distintas. Nos casos em que o número de respostas superar este limite, haverá um aumento na margem de erro. Esse tamanho de amostra oferece respostas com a precisão determinada para todas as variáveis numéricas do estudo. Para a realização da pesquisa, considerou-se a representatividade da amostra com margem de erro de 3%, e grau de confiança de 95%.

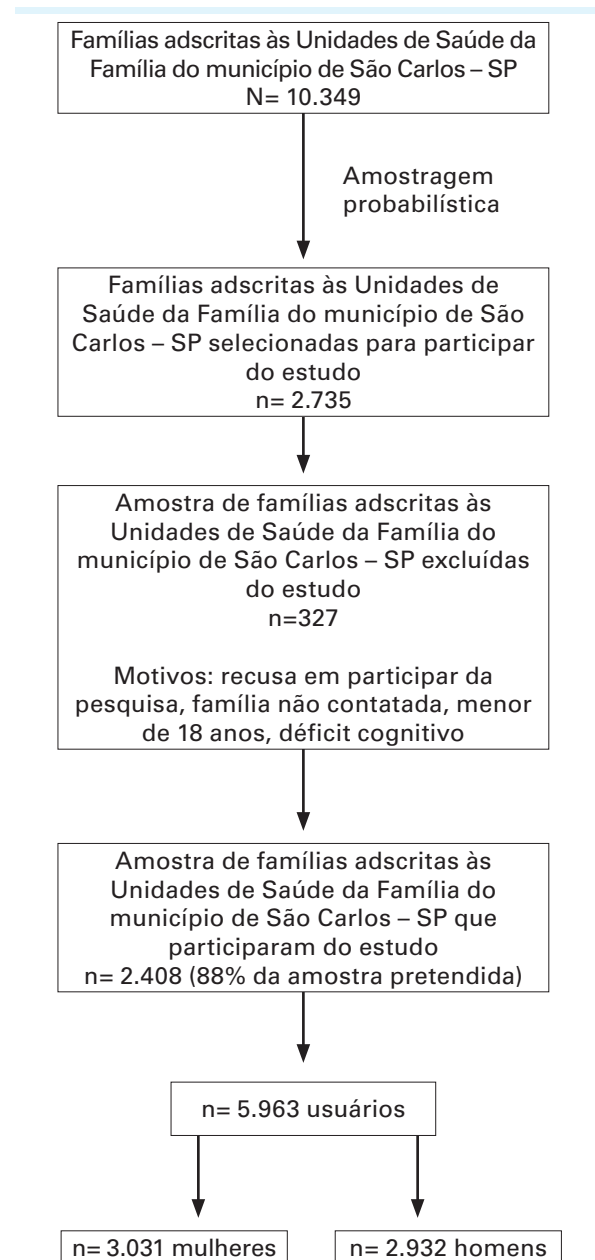


Figura 1: Fluxograma da seleção amostral

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário padronizado – QPET-UFSCar⁸, desenvolvido com o apoio dos participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Federal de São Carlos (PET Saúde UFSCar), composto por profissionais de saúde de diferentes áreas (Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Medicina e Terapia Ocupacional); e que visa a caracterizar as condições de vida e de saúde e fornecer um diagnóstico de demandas da

população usuária de serviços de atenção básica da região. O instrumento é composto por 55 questões que abordam a composição familiar, situação de saúde e caracterização de cada membro do grupo, bem como aspectos específicos acerca da utilização dos serviços de saúde disponíveis, hábitos e práticas de saúde e sociais, condições de moradia, dentre outros.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a dezembro de 2009, sendo realizada pelos estudantes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Terapia Ocupacional, com apoio dos preceptores e tutores do PET-Saúde.

Após finalizar a etapa de coleta dos dados, os questionários foram digitados no programa

EPI INFO. Os dados foram analisados de forma descritiva e a associação das variáveis entre homens e mulheres foi realizada por meio do teste Qui-Quadrado. Foi adotado um nível de significância de 5%.

Resultados

Foram avaliadas 2.408 famílias. A média de idade dos participantes foi a de $40,31 \pm 16,23$ anos – a das mulheres, $40,84 \pm 16,46$ anos (18 a 97 anos), e a dos homens, de $39,72 \pm 15,96$ (18 a 94 anos). Na Tabela 1, estão apresentados os dados sociodemográficos, nota-se que há diferença es-

Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra total e da população feminina e da masculina

Variáveis N	Categorias	Total	Sexo feminino n= 3.031 (50,83%)	Sexo masculino n= 2.932 (49,17%)	p-valor
Faixa etária n= 5.902	18-29	1.856 (31,45%)	912 (49,14%)	944 (50,86%)	0,343
	30-39	1.302 (22,06%)	661 (50,77%)	641 (49,23%)	
	40-49	1.098 (18,60%)	564 (51,37%)	534 (48,63%)	
	50-59	839 (14,22%)	439 (52,32%)	400 (47,68%)	
	60-69	469 (7,95%)	244 (52,03%)	225 (47,97%)	
	Mais de 70	338 (5,73%)	186 (55,03%)	152 (44,97%)	
Escolaridade n= 5.864	Analfabeto	380 (6,48%)	231 (60,79%)	149 (39,21%)	<0,001
	Ensino fundamental	2.676 (45,63%)	1.363 (50,93%)	1.313 (49,07%)	
	Ensino médio	2.406 (41,03%)	1.171 (48,67%)	1.235 (51,33%)	
	Ensino superior	402 (6,86%)	219 (54,48%)	183 (45,52%)	
Situação conjugal n=5.928	Com vida conjugal (casado, amasiado)	3.736 (63,02%)	1.876 (50,21%)	1.860 (49,78%)	0,194
	Sem vida conjugal (solteiro, separado, divorciado, viúvo)	2.192 (36,98%)	1.139 (51,96%)	1.053 (48,04%)	
Saúde suplementar n=5.915	Sim	1.110 (18,76%)	557 (50,18%)	553 (49,82%)	0,592
	Não	4.805 (81,24%)	2.454 (51,07%)	2.351 (48,93%)	
Renda familiar n=5.685	Salário	4.732 (83,20%)	2.386 (50,42%)	2.346 (49,58%)	0,158
	Auxílio doença/acidente de trabalho	324 (5,76%)	184 (56,79%)	140 (43,21%)	
	Aposentadoria/ pensão/invalidez	609 (10,69%)	309 (50,74%)	300 (49,26%)	
	Sem renda	20 (0,35%)	9 (45,00%)	11 (55,00%)	
Renda familiar n=5380	Até 1 salário mínimo	463 (8,60%)	261 (56,37%)	202 (43,63%)	0,068
	Mais de 1 a 3 salários mínimos	2.629 (48,93%)	1.334 (50,74%)	1.295 (49,26%)	
	Mais de 3 a 10 salários mínimos	2.185 (40,55%)	1.088 (49,79%)	1.097 (50,21%)	
	Mais de 10 salários mínimos	103 (1,91%)	56 (54,37%)	47 (45,63%)	

estatística entre os gêneros em relação à escolaridade, sendo o número de mulheres analfabetas (60,8%) maior do que o de homens (39,2%).

A Tabela 2 apresenta a proporção de queixas de saúde referidas, 2.874 (48,1%) dos indivíduos se autodeclaram como hígidos; sendo 1.345 (46,8%) mulheres, e 1.529 (53,2%) homens ($p < 0,001$). Nota-se, ainda, que há diferenças significativas entre os gêneros no que se refere ao acometimento por doenças, sendo possível verificar que as mulheres apresentam maior prevalência de hipertensão, diabetes, anemia, distúrbios endócrinos, disfunções musculoesqueléticas, doenças neurológicas, reprodutivas, câncer e distúrbios psiquiátricos; e os homens,

maior proporção de alcoolismo e drogadição, em relação às mulheres.

A Tabela 3 apresenta as necessidades clínicas referidas pelos usuários, para a amostra total e, separadamente, para mulheres e homens. Observa-se que há diferenças estatísticas entre os gêneros e que as mulheres referem maior necessidade de realização de cirurgia, investigação clínica, exames laboratoriais, exercício físico, reeducação alimentar e apoio em saúde mental do que os homens. Entretanto, a população masculina relata maior necessidade de parar de fumar, beber e usar drogas em relação à feminina.

A Figura 2 representa a comparação da frequência de utilização dos serviços de assistência à saúde por mulheres e homens. Observa-se

Tabela 2: Comparação das queixas de saúde referidas por mulheres e homens pertencentes a famílias adscritas às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos (SP)

	Total	Sexo feminino n= 3.031 (50,83%)	Sexo Masculino n= 2.932 (49,17%)	p-valor
Cardiovascular	349 (5,84%)	191 (54,73%)	158 (45,27%)	0,133
Hipertensão	1.036 (17,33%)	621 (59,94%)	415 (40,06%)	<0,001
Diabetes	307 (5,14%)	184 (59,93%)	123 (40,07%)	0,001
Anemia	34 (0,57%)	27 (79,41%)	7 (20,59%)	0,001
Respiratório	281 (4,70%)	145 (51,60%)	136 (48,40%)	0,791
Endócrino	184 (3,08%)	136 (73,91%)	48 (26,09%)	<0,001
Musculoesquelético	656 (10,98%)	386 (58,84%)	270 (41,16%)	<0,001
Digestivo	196 (3,28%)	98 (50,00%)	98 (50,00%)	0,813
Neurológico	159 (2,66%)	94 (59,12%)	65 (40,88%)	0,034
Urinário	94 (1,57%)	51 (54,26%)	43 (45,74%)	0,503
Genital	21 (0,35%)	15 (71,43%)	6 (28,57%)	0,059
Reprodutivo	27 (0,45%)	24 (88,89%)	3 (11,11%)	<0,001
Infecção sexualmente transmissível	14 (0,23%)	9 (64,29%)	5 (35,71%)	0,313
Auditivo	40 (0,67%)	24 (60,00%)	16 (40,00%)	0,244
Visual	172 (2,88%)	100 (58,14%)	72 (41,86%)	0,052
Deficiência física	24 (0,40%)	10 (41,67%)	14 (58,33%)	0,368
Deficiência mental	31 (0,52%)	14 (45,16%)	17 (54,84%)	0,527
Câncer	26 (0,44%)	19 (73,08%)	7 (26,92%)	0,023
Doença ocupacional	27 (0,45%)	9 (33,33%)	18 (66,67%)	0,068
Tabagismo	165 (2,76%)	73 (44,24%)	92 (55,76%)	0,086
Alcoolismo	73 (1,22%)	10 (13,70%)	63 (86,30%)	<0,001
Drogadição	14 (0,23%)	1 (7,14%)	13 (92,86%)	0,001
Psiquiátrico	190 (3,18%)	135 (71,05%)	55 (28,95%)	<0,001

Tabela 3: Necessidades clínicas referidas por mulheres e homens pertencentes a famílias adscritas às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos (SP)

Variáveis N	Total	Sexo feminino n= 3.031 (50,83%)	Sexo masculino n= 2.932 (49,17%)	p-valor
Realizar cirurgia	192 (3,21%)	117 (60,94%)	75 (39,06%)	0,004
Investigação clínica	874 (14,62%)	511 (58,47%)	363 (41,53%)	<0,001
Exames laboratoriais	285 (4,77%)	165 (57,89%)	120 (42,11%)	0,015
Cuidados odontológicos	714 (11,95%)	367 (51,40%)	347 (48,60%)	0,742
Parar de fumar	655 (10,96%)	279 (42,60%)	376 (57,40%)	<0,001
Parar de beber	225 (3,76%)	41 (18,22%)	184 (81,78%)	<0,001
Exercício físico	717 (12,00%)	412 (57,46%)	305 (42,54%)	<0,001
Parar uso de drogas	20 (0,33%)	5 (25,00%)	15 (75,00%)	0,021
Reeducação alimentar	270 (4,52%)	161 (59,48%)	109 (40,52)	0,003
Apoio em saúde mental	128 (2,14%)	81 (62,99%)	47 (37,01%)	0,004
Estimular o convívio social	196 (3,28%)	108 (55,10%)	88 (44,90%)	0,224
Encaminhamento especializado	240 (4,02%)	129 (53,78%)	111 (46,22%)	0,356

que 45% do público feminino utilizam os serviços das USFs regularmente, enquanto que 28% do masculino não utilizam qualquer serviço de saúde ($p < 0,001$).

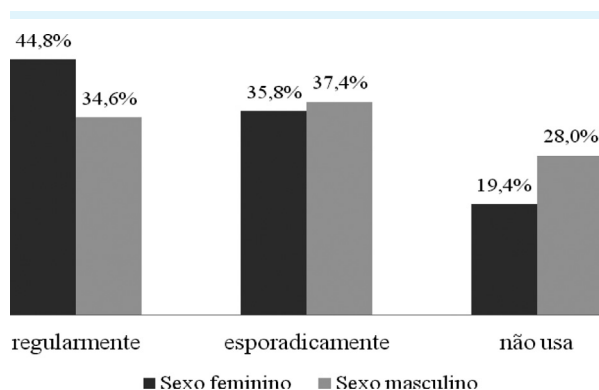


Figura 2: Frequência de utilização dos serviços da USF

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que há diferenças no perfil epidemiológico e nas necessidades de saúde referidas por mulheres e homens, usuários das USFs do município de São Carlos (SP). As mulheres apresentam maior prevalência de hipertensão, diabetes, anemia,

distúrbios endócrinos, disfunções musculoesqueléticas, doenças neurológicas, problemas reprodutivos, câncer e distúrbios psiquiátricos. Além disso, elas referem mais necessidades clínicas, tais como realização de cirurgia, investigação clínica, exames laboratoriais, exercício físico, reeducação alimentar e apoio em saúde mental em comparação com os homens.

Entre os indivíduos que se declaram hígidos, a maioria é composta por homens, conforme resultados relatados também por White e Cash⁹ e Hosseinoor et al.¹⁰. No entanto, confrontando os dados referentes às queixas de saúde relatadas por homens no atual estudo com os obtidos pelo Datasus¹¹ a respeito de mortalidade masculina em São Carlos (SP), pode-se notar certa discrepância, uma vez que há alta prevalência de óbitos ocorridos por doenças do aparelho circulatório (21,9%), neoplasias (15%), doenças do aparelho respiratório (13,5%) e causas externas (11,7%); dado não apoiado por indicador de morbidade obtido no trabalho aqui mostrado.

A subestimativa de problemas de saúde referidos por homens pode ser explicada pelo papel que estes ocupam na sociedade, no qual o cuidado não é visto como uma prática masculina⁶. Os mencionados autores afirmam que o homem é visto como um ser forte e viril, sendo



essas características abaladas pela procura dos serviços de saúde, a qual demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança.

Pinheiro et al.¹² traçaram um panorama sobre morbidade referida, acesso aos serviços de saúde e sua utilização, no Brasil, de acordo com o gênero, e encontraram que, na autoavaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente. Além disso, observaram que a população feminina busca mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os sujeitos do sexo masculino procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres). Complementando este estudo, Schraiber¹³ e Figueiredo¹⁴ mostram que o uso dos serviços pelos homens difere daquele feito pelas mulheres; enquanto estas buscam informações sobre prevenção de doenças e autocuidado, além das demandas relacionadas ao pré-natal e puerpério, aqueles se concentram na assistência a doenças, acidentes ou lesões, problemas odontológicos e no uso de medicamentos.

Neste estudo, foi possível também verificar que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, o que corrobora a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual revela que a população feminina é a que mais utiliza o SUS¹⁵. Dados semelhantes foram verificados por Pinheiro et al.¹², o que pode ser explicado, em parte, pelas diferentes necessidades de saúde que apresentam, incluindo-se as demandas associadas à gestação e ao parto. Outro fator apontado pelos autores é o maior interesse das mulheres com relação à sua saúde, além de serem, geralmente, as acompanhantes dos filhos nas consultas. Dessa forma, buscam mais informações sobre sua saúde e referem maior quantidade de queixas de saúde.

Pinheiro et al.¹², em um estudo, concluíram que as mulheres apresentaram maior prevalência para quase todas as doenças analisadas, sendo as enfermidades do sistema musculoesquelético e hipertensão as mais frequentes,

corroborando os achados neste trabalho. Estes pesquisadores afirmam ainda que a presença de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo o sexo, devido aos aspectos hormonais, sociais, culturais e ao estilo de vida.

Em relação aos fatores hormonais, destaca-se o hipoestrogenismo decorrente da menopausa, que aumenta o risco de osteoporose e propicia concentrações séricas aumentadas de colesterol total, o que pode aumentar os níveis pressóricos e o risco de eventos cardiovasculares em mulheres¹⁶.

Em relação aos fatores sociais, Hosseinpoor et al.¹⁰ verificaram que homens e mulheres solteiros apresentaram autorrelato de saúde melhor com relação a oito domínios (visão, mobilidade, autocuidado, cognição, atividades interpessoais, dor e desconforto, sono e energia e afeto) do que casados, divorciados ou viúvos. Correia et al.¹⁷ concluíram que a condição de solteira, separada ou viúva, parece proteger a mulher dos distúrbios nutricionais, em comparação às mulheres em união conjugal, que apresentaram um risco 36% maior de serem obesas. Os autores explicam que é provável que o risco do excesso de peso esteja relacionado a uma maior preocupação com a imagem corporal e a uma vida social mais ativa por parte daquelas que não vivem com um parceiro, e a uma menor dedicação das mulheres em união a si próprias, por conta dos esforços que despendem com os cuidados à família.

Além disso, o estresse, a insatisfação e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pela população feminina são fatores que aumentam o risco de doenças¹². Uma justificativa para esse achado é que as mulheres dedicam parte significativa do seu tempo aos afazeres domésticos e trabalham em atividades produtivas, enfrentando sobrecarga de trabalho e dificuldade de conciliação entre as responsabilidades familiares e profissionais¹⁸.

Ressalta-se ainda que muitas vivenciam estresse crônico, baixa autoestima, frustrações e dificuldades de expressar emoções, o que as tornam bastante suscetíveis, aumentando a possibilidade de sofrimento psíquico, como transtor-

nos de ansiedade, afetivos e psicoses^{19,20}. Outro aspecto crítico à saúde da mulher é a violência doméstica e sexual, com graves consequências para sua saúde física e mental²¹, o que pode explicar a maior proporção de problemas psiquiátricos nessa população.

Verifica-se neste estudo que os homens apresentaram maiores índices de alcoolismo e drogadição comparados às mulheres. Com relação ao consumo abusivo do álcool, definido como a ingestão em uma mesma ocasião de quatro ou mais doses, para mulheres, e cinco ou mais doses, para homens, os dados nacionais apontam uma proporção quase três vezes maior entre os homens (26,2%) do que entre as mulheres (9,1%); com relação ao uso de tabaco, a proporção é de 18,1% em sujeitos do sexo masculino, e 12% do feminino, o que denota maior risco à saúde como doenças cardiovasculares, pulmonares e câncer²². Este fato pode ser explicado devido à percepção dos homens como seres invulneráveis, fazendo com que se exponham mais aos fatores de risco⁶.

Entretanto, ao comparar-se com a literatura nacional, verifica-se uma baixa prevalência de tabagismo, alcoolismo e drogadição em ambos os sexos no atual estudo. Dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) realizado pelo Ministério da Saúde em 2011 revela uma tendência de queda no consumo do tabaco constatada em todas as faixas etárias e independentemente do grau de escolaridade no Brasil entre 2006 e 2011²³. Além disso, é possível que os dados referentes ao uso de tabaco, álcool e drogas estejam subestimados no trabalho aqui apresentado, visto que causam constrangimentos, dada a ênfase das políticas públicas de enfrentamento às drogas²³.

A pequena demanda masculina nos serviços de atenção primária contribui para que os homens desenvolvam doenças passíveis de prevenção e de tratamento eficiente, quando diagnosticadas precocemente. Esta população, geralmente, é acometida por condições severas e crônicas de saúde, apresentando maiores ín-

dices de mortalidade em relação às mulheres⁶. Trata-se, portanto, de um desafio, visto que os homens tendem a assumir comportamentos pouco saudáveis, expondo-se a fatores de risco para adoecimentos diversos.

Em relação aos dados demográficos encontrados neste estudo, não houve diferença significativa entre os gêneros no que se refere à faixa etária, situação conjugal e renda familiar. No entanto, cabe ressaltar que entre os usuários analfabetos deste estudo, a maioria é composta por mulheres. As diferenças de escolaridade entre brasileiros de ambos os sexos se deve a um processo histórico, no qual a educação brasileira favoreceu os homens em detrimento das mulheres. Na segunda metade do século XX, ocorreu um processo de reversão e a população feminina ultrapassou a masculina em tempo médio de escolaridade. Entretanto, as conquistas no campo educacional não foram acompanhadas por conquistas no mercado de trabalho em mesmo grau²⁴.

Esse dado é confirmado pelo estudo de Santos²⁵, no qual o autor cita que historicamente as mulheres possuem desvantagens em termos de posição socioeconômica, *status* e poder devido ao menor nível de escolaridade, que pode ser explicado pela maior dedicação e cuidados com o lar e com os filhos, dificultando a progressão nos estudos.

Outro aspecto a ser ressaltado é que indivíduos com grau de escolaridade mais baixo apresentam percepção de saúde mais negativa, visto que a baixa escolaridade pode representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe multiprofissional, assim como no seguimento do tratamento²⁶⁻²⁸. Veronesi et al.²⁹ analisaram a associação entre escolaridade e ocorrência de doenças cardiovasculares em homens e mulheres. Os autores observaram que, em ambos os gêneros, a baixa escolaridade foi associada com maior ocorrência de obesidade e diabetes.

Furnée et al.³⁰ identificaram associação positiva entre a renda mensal e a percepção de

saúde em ambos os gêneros, sendo esse achado potencializado pela baixa escolaridade.

Os dados sobre as necessidades clínicas percebidas pelos usuários indicam que as mulheres possuem maior percepção da necessidade de investigação clínica e laboratorial, reeducação alimentar, apoio em saúde mental e exercício físico. Pinheiro et al.¹² sugerem que isso ocorra devido à maior frequência de utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e ao maior interesse com relação à sua saúde. Dessa forma, acabam buscando mais informações sobre as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde^{13,14}.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se que os dados foram obtidos por meio do autorrelato, o que pode levar a viés de memória (*recall bias*) e subjetividade nas respostas, uma vez que a percepção de saúde pode variar em razão de fatores ligados às experiências sociais e individuais (*interviewer bias*), podendo ocasionar uma subestimativa das respostas. Entretanto, este trabalho teve uma amostra representativa, o que favorece a observação de variáveis significativas, na comparação entre os gêneros no município de São Carlos (SP).

Conclusão

Os resultados deste estudo indicam que é necessário dar ênfase às queixas de saúde do homem na ESF, pois a baixa prevalência de reclamações relativas a algumas doenças sugere desconhecimento ou falta de cuidados em relação aos fatores de risco à saúde, o que o torna mais vulnerável e indica a necessidade de medidas específicas de sensibilização quanto aos aspectos ligados à saúde da população masculina.

Agradecimentos

Este estudo teve o apoio financeiro do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) por meio de bolsas para tutores, pre-

ceptores e estudantes do PET-Saúde (Projeto nº 25000.217998/2008-76) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proc. nº 472552/2010-4.

Referências

1. Goldman RE. O Programa Saúde da Família: o enfermeiro na atenção à saúde da mulher. *Saúde Colet.* 2007;3(13):6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas 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 Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 1ª ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Colet.* 2005;10(1):7-17.
5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet.* 2005;10(1):105-9.
6. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Publ.* 2007;23(3):565-74.
7. Silva, NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. 2ª Ed. São Paulo: EDUSP, 128 p.
8. Zem-Mascarenhas SH, Matsukura TS, Floriano PJ, Sato TO, Cangiani Fabbro MR, França Y, et al. QPET-UFSCar. 2009, relatório técnico não publicado.
9. White A, Cash K. The state of men's health in Western Europe. *JMHG.* 2004;1(1):60-6.
10. Hosseinpoor AR, Williams JS, Amin A, Carvalho IA, Bearde J, Boerma T, et al. Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health. *PLoS ONE.* 2012;7(4):e34799.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Datasus 2010 [acesso em 2013 fev 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>
12. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2002;7(4):687-707.
13. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S. (Orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco 2005:30-61.
14. Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
15. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2010 [acesso em 2013 fev 21]. Disponível em: www.ibge.gov.br
16. Santos EF, Marcellini OS, Melo MGD, Almeida ML. Avaliação do consumo alimentar e do perfil lipídico de mulheres na menopausa. *Rev Bras*. 2008;40(4):267-71.
17. Correia LL, Silveira DMI, Silva AC, Campos JS, Machado MMT, Rocha HAL, et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(1):133-45.
18. Bruschini C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? *Rev Bras Est Popul*. 2006:331-53.
19. Santos AMC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1177-82.
20. Hill TD, Needham BL. Rethinking gender and mental health: a critical analysis of three propositions. *Soc Sci Med*. 2013;92:83-91.
21. Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Site do Portal da Saúde (SUS). 2011 [acesso em 2013 fev 21]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Série B. Textos Básicos de Saúde, 60 p.
24. Beltrão KI, Alves JED. A reversão do hiato de gênero na educação brasileira no século XX. *Cad Pesqui*. 2009;39(136):125-56.
25. Santos JAF. Classe social e desigualdade de gênero no Brasil. *Dados*. 2008;51(2):353-402.
26. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
27. Demirchyan A, Petrosyan V, Thompson ME. Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition. *Int J Equity Health*. 2012;11:67.
28. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1251-60.
29. Veronesi G, Ferrario MM, Chambless LE, Sega R, Mancia G, Corrao G, et al. Gender differences in the association between education and the incidence of cardiovascular events in Northern Italy. *Eur J Public Health*. 2010;21(6):762-7.
30. Furnée CA, Groot W, Pfann GA. Health and income: a meta-analysis to explore cross-country, gender and age differences. *Eur J Public Health*. 2010;21(6):775-80.