

Consumo de álcool, características autoatribuídas de gênero e qualidade de vida em homens de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família

Ana Claudia Ferreira Sanches. Faculdade Brasileira Multivix.
Luiz Gustavo Silva Souza. Universidade Federal Fluminense.

Resumo

O objetivo da presente pesquisa foi investigar e correlacionar padrões de consumo de álcool, percepções sobre características de gênero e qualidade de vida de homens usuários de Unidade de Saúde da Família (USF). Trata-se de estudo descritivo e correlacional, com coleta de dados realizada em 2013 ao longo de seis meses. Participaram 300 homens usuários de uma USF de Vitória, ES, que responderam ao *Alcohol Use Disorders Identification Test*, ao *Bem Sex Role Inventory* e ao *WHOQOL- Bref*, além de questionário sociodemográfico. Verificou-se não haver correlação entre autoatribuição de características masculinas e consumo de álcool. Características femininas apresentaram correlação negativa com esse consumo. Todos os domínios de qualidade de vida, exceto o domínio ambiental, correlacionaram negativamente com o consumo de álcool. A discussão ressalta que as respostas dos usuários que enfatizaram características femininas e percepção de qualidade de vida adequada, contrastaram com representações sociais sobre usuários de classes populares.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; homens; alcoolismo; gênero e saúde; qualidade de vida.

Abstract

Alcohol consumption, self-assigned gender characteristics and quality of life among male patients in Brazilian Primary Health Care. This descriptive and correlational research aimed to investigate patterns of alcohol consumption, perceptions about gender characteristics and quality of life in male patients of Brazilian Primary Health Care (PHC) and to evaluate possible correlations between these variables. We performed data collection in 2013, over a six months period, in Vitória, ES, Brazil. We administered the following questionnaires to 300 men through individual interviews: *Alcohol Use Disorders Identification Test*, *Bem Sex Role Inventory*, *WHOQOL- Bref* and socio-demographic questionnaire. Results showed that there was not a correlation between the self-assignment of masculine characteristics and alcohol consumption. Nevertheless, feminine characteristics negatively correlated to alcohol consumption. All quality of life domains, except the environmental domain, negatively correlated to alcohol consumption. The discussion highlights that the participants' answers to the questionnaires emphasized feminine characteristics and the perception of good quality of life, contrasting with social representations of low socio-economic status male patients.

Keywords: primary health care; men; alcoholism; gender and health; quality of life.

Resumen

Consumo de alcohol, características auto atribuidas de género y calidad de vida en hombres de clase popular, pacientes de Atención Primaria de Salud. El presente estudio tuvo como objetivo investigar y correlacionar los patrones de consumo de alcohol, las percepciones sobre características de género y calidad de vida de pacientes hombres de Atención Primaria de Salud, en Brasil. Se trata de estudio descriptivo y correlacional. La colecta de datos fue realizada en 2013, durante seis meses. Participaron 300 hombres que, en entrevistas individuales, respondieron los siguientes cuestionarios: *Alcohol Use Disorders Identification Test*, *Bem Sex Role Inventory*, *WHOQOL- Bref* y cuestionario socio-demográfico. Se verificó que no había correlación entre la auto-atribución de características masculinas y el consumo de alcohol. Características femeninas presentaron correlación negativa con ese consumo. Todos los dominios de calidad de vida, excepto el dominio ambiental, se correlacionaron negativamente con el consumo de alcohol. La discusión resalta que las respuestas de los participantes presentaron énfasis en características femeninas y percepción de calidad de vida adecuada, contrastando con las representaciones sociales sobre pacientes de clases populares.

Palabras clave: atención primaria de salud; hombres; alcoholismo; género y salud; calidad de vida.

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

Estudos acerca da saúde do homem relacionam o modelo hegemônico de masculinidade com a morbimortalidade masculina (Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez, & Ceotto, 2011). Courtenay (2000) constatou as diferenças de cuidado com a saúde entre homens e mulheres. Em geral, mulheres apresentam expectativa de vida de sete anos a mais do que os homens, o que se deve pelo menos em parte às construções sociais que orientam os comportamentos de ambos os sexos.

Segundo Trindade et al. (2011), a “masculinidade hegemônica” está relacionada a características como força, ousadia, ambição, coragem, sexualidade agressiva e pouca sensibilidade aos outros. Utilizado inicialmente por Connel (1987), o termo “masculinidade hegemônica” refere-se a uma construção social com base em estereótipos, que veicula normas e que serve como base para comportamentos. É um constructo muito difundido socialmente e tem poder de controle sobre os comportamentos apesar de ser um modelo ideal e virtualmente inalcançável (Almeida, 1996).

Gomes et al. (2011) constataram que os serviços de saúde parecem relutar em considerar a população masculina adulta como alvo de cuidados típicos da APS. Moura, Santos, Neves, Gomes e Schwarz (2014) destacam que o cuidado com a saúde é representado tradicionalmente como característica feminina e que os estereótipos tradicionais de gênero opõem radicalmente o feminino e o masculino. Os gestores de serviços de APS abordados pelos autores apresentaram percepções quanto aos motivos de procura dos serviços pelos usuários homens diferentes daquelas que os próprios usuários possuíam. Dentre as demandas, a saúde mental foi pouco mencionada pelos gestores em comparação com a importância que tinha para os usuários homens.

Profissionais da APS pesquisados por Pereira e Barros (2015) apresentavam dificuldades em conceber a atenção integral à saúde do homem, oferecendo atenção essencialmente ambulatorial e relutando em apostar na produção de vínculos com esses usuários,

vínculos que seriam fundamentais para práticas de prevenção de doenças e, sobretudo, de promoção da saúde. Moreira, Fontes e Barbosa (2014) entrevistaram enfermeiros da APS e verificaram que eles percebiam os usuários homens como ausentes dos serviços de saúde e desatentos em relação ao cuidado de si, percepções que se adequam à masculinidade tradicional. Os homens investigados por Trilico, Oliveira, Kijimura e Pirolo (2015) apresentaram discurso sobre saúde fortemente marcado pelo paradigma biomédico, o que se configura como desafio para a abordagem dos aspectos psicológicos e sociais da saúde.

A pesquisa relatada aqui abordou homens das classes populares. Para delimitar o que se refere aqui como classes populares, pode-se aproveitar elementos da definição de “favela” propostos por Silva, Barbosa, Biteti e Fernandes (2009), bem como a classificação de renda proposta pelo Critério Brasil (ABEP, s/d). Usuários de classe popular apresentam renda e escolarização consideradas baixas, habitam áreas caracterizadas pela insuficiência de investimentos do Estado e por grande densidade de moradias e são frequentemente estigmatizados por parte de setores mais abastados da sociedade.

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

Dentre os tópicos de saúde que tocam especialmente os homens, destaca-se o consumo de álcool e os problemas relacionados a esse consumo, tais como acidentes, uso nocivo e síndrome de dependência. Schwarz et al. (2012) verificaram que transtornos mentais e comportamentais relacionados ao consumo excessivo de álcool são as primeiras causas de morbidade entre homens de 30 a 39 anos. O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas demonstrou diferenças de consumo de álcool em homens e mulheres. O percentual de indivíduos que consomem álcool com frequência é maior em homens (64%) que em mulheres (39%). Dentre os homens, 3,25% apresentam “abuso de álcool” e 10,48% apresentam “dependência de álcool”, enquanto esses

números são respectivamente de 0,62% e 3,63% em mulheres (Laranjeira et al., 2013).

Duailibi e Laranjeira (2007) mostram que o uso do álcool em níveis prejudiciais está associado a mais de 60 tipos de enfermidades, tais como distúrbios mentais, câncer, cirrose, além de suicídios, acidentes, comportamento agressivo, conflitos familiares e produtividade reduzida. Os problemas ocasionados pelo consumo de álcool são significativamente estigmatizados e configuram um dos maiores desafios para a saúde pública na América Latina (Silveira, Martins, Soares, Gomide, & Ronzani, 2011). Eles vão além de danos individuais e afetam amigos e familiares, podendo causar considerável impacto na qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu pesquisas acerca do tema da qualidade de vida e delimitou três critérios para a definição para o termo: a qualidade de vida parte da percepção do usuário e é, portanto, subjetiva; possui variadas dimensões e devem ser considerados os domínios físico, psicológico, social e ambiental; e a investigação sobre qualidade de vida deve incluir a percepção das dimensões positivas e negativas da experiência cotidiana (Fleck, et. al., 1999; Medeiros, Silva, & Saldanha, 2013).

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

Como homens de classe popular, usuários de Unidade de Saúde da Família, percebem seu consumo de álcool, suas características de gênero e sua qualidade de vida? Como essas variáveis estão associadas? A partir da revisão de literatura, apresentam-se as seguintes hipóteses: maiores níveis de consumo de álcool estariam positivamente correlacionados com a autoatribuição de características de masculinidade e negativamente correlacionados com a percepção de satisfação quanto à qualidade de vida. A pesquisa relatada neste artigo teve o objetivo de investigar padrões de consumo de álcool, características autoatribuídas de gênero e percepções sobre qualidade de vida em homens usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF), bem como possíveis correlações entre essas variáveis.

Os resultados foram discutidos a partir de uma perspectiva psicossocial, considerando os conceitos de masculinidade hegemônica, tal como exposto anteriormente, e de representações sociais (Moscovici, 2007). A discussão dos resultados incluiu comparações entre representações sociais construídas por profissionais a respeito dos usuários (a partir do trabalho de Souza, 2012) e percepções dos usuários sobre si mesmos.

Método

Participantes e Procedimentos

O estudo adotou abordagem quantitativa, teve cunho descritivo e correlacional. Participaram 300 homens de classe popular, com 18 anos ou mais, usuários de uma USF de um município do sudeste brasileiro, urbano, que conta com população aproximada de 330 mil habitantes. O território, sob responsabilidade da USF, era constituído por cerca de 14 mil habitantes. A pesquisa recebeu autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, Parecer nº 233.306, e da prefeitura do município. Os participantes foram abordados na USF de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter ao menos 18 anos de idade, ter comparecido à USF para buscar atendimento, ser capaz de responder individualmente à aplicação dos instrumentos de pesquisa por meio de entrevista, ter consentido em participar voluntariamente do estudo.

O recrutamento dos participantes foi realizado pela própria pesquisadora junto aos homens que frequentaram a USF escolhida durante o período de coleta dos dados, realizada ao longo de seis meses, no ano de 2013. Foram seguidas as diretrizes da Resolução CNS 466/2012 sobre ética em pesquisa com seres humanos. Mediante explicação e aceitação de participação, todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam ao instrumento de pesquisa por meio de entrevista individual em sala reservada na USF referida. Foram utilizadas entrevistas individuais para garantir a qualidade das respostas ao instrumento, tendo em vista a baixa escolaridade da população-alvo.

Instrumento de Coleta de Dados

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

Questionário sociodemográfico. Elaborado pelos próprios pesquisadores, incluindo questões sobre idade, estado civil, filhos, bairro de residência, escolaridade, situação de trabalho, plano privado de saúde, religião e renda.

World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). Avalia percepções sobre quatro domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com 24 questões, além de contemplar duas questões sobre percepção global da qualidade de vida. A versão do WHOQOL-Bref, apesar de reduzida, apresentou confiabilidade e validade satisfatórias (Fleck et al., 1999; Medeiros et al., 2013).

Bem Sex Role Inventory (BSRI). Desenvolvido por Bem (1974) e adaptado por Koller, Hutz, Vargas e Conti (1990), um dos instrumentos mais utilizados para avaliar papéis sexuais. O BSRI contém três escalas, feminina, masculina e neutra. O instrumento é constituído por 60 adjetivos, 20 para cada uma das escalas. Dentre esses adjetivos, encontram-se por exemplo “valente” e “influyente” para a escala masculina; “romântico” e “prendado” para a escala feminina e “vulgar” para a escala neutra. O respondente marca em uma escala de um a cinco o quanto cada adjetivo o descreve. O instrumento foi reexaminado por Hernandez (2009), que concluiu pela validade e fidedignidade da adaptação brasileira do BSRI, na atualidade. Assim como em Biaggio, Vikan e Camino (2005), considera-se que as escalas femininas e masculinas do BSRI correspondem a estereótipos tradicionais, respectivamente, de feminilidade e masculinidade. Portanto, a escala masculina é composta por adjetivos que caracterizam a “masculinidade hegemônica” mencionada anteriormente.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Usado para investigar percepções sobre o consumo de álcool e níveis de problemas com o álcool. O instrumento é composto por 10 questões que avaliam frequência, quantidade e características do consumo de álcool nos últimos doze meses. Esse consumo apresenta quatro níveis de risco: a Zona de Risco I (até 7 pontos) caracteriza-se como baixo risco, e inclui os participantes que se declararam abstinente; a Zona de Risco II (8 a 15 pontos) corresponde a consumo arriscado, que já implicaria possíveis danos à saúde; a Zona de Risco III (16 a 19 pontos) indica uso prejudicial, com danos consolidados, e a Zona de Risco IV (acima de 20 pontos) indica possível “dependência de álcool” (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Segatto, Silva, Laranjeira & Pinsky, 2008);

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

Análise de Dados

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

Resultados

A média de idade dos homens participantes do estudo foi de 43,14 anos ($DP = 15,05$), com mínimo de 18 e máximo de 84 anos de idade. A Tabela 1 descreve dados sociodemográficos dos usuários.

A maioria dos usuários era casada ou estava em união estável e a maioria tinha filhos. Dentre os que possuíam filhos, eles tinham, em média, 2,26 filhos ($DP = 2,15$) e a idade em que o primeiro filho nasceu foi, em média, de 24,68 anos ($DP = 6,07$). Em geral, possuíam baixa escolaridade. Dois terços afirmaram estar trabalhando. A maior parte declarou ter religião. Como denominação religiosa predominante, verificou-se a evangélica, seguida pela religião católica. Mais da metade dos participantes possuía renda familiar concentrada entre um e três Salários Mínimos ($n = 174$, $\% = 58$). Apenas 9,3% ganhavam acima de cinco Salários Mínimos ($n = 28$). Sobre o bairro de residência, 80,7% dos participantes moravam nos bairros que faziam parte do território da USF e a maioria não possuía plano privado de saúde.

Para avaliar a autoatribuição de características de gênero, foi realizada uma análise das médias dos três fatores que compõem o BSRI, somando-se as respostas dos participantes em cada grupo de características que compõem um fator e dividindo pelo total de participantes. Salienta-se que os itens foram pontuados de 1 e 5. Os resultados obtidos foram: masculino ($M = 3,10$, $DP = 0,5$), feminino ($M = 3,46$, $DP = 0,5$) e neutro

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos Usuários Investigados (N = 300).

	N	%
Estado civil		
Solteiro	67	22,33
Casado	143	47,66
União estável	70	23,33
Divorciado	14	4,66
Viúvo	6	2,00
Tem filhos		
Sim	237	79,00
Não	63	21,00
Escolaridade		
Sem escolaridade	11	3,66
Ensino Fundamental incompleto	110	36,66
Ensino Fundamental completo	30	10,00
Ensino Médio incompleto	51	17,00
Ensino Médio completo	73	24,33
Ensino Superior incompleto	10	3,33
Ensino Superior completo	15	5,00
Situação de trabalho		
Desempregado	44	14,66
Sem carteira assinada ou autônomo	60	20,00
Com carteira assinada	139	46,33
Aposentado	51	17,00
Outra	6	2,00
Atualmente trabalhando		
Sim	200	66,66
Não (desempregados, aposentados e outros)	100	33,33
Possui plano privado de saúde		
Sim	62	20,66
Não	238	79,33
Tem religião		
Sim	240	80,00
Não	60	20,00
Considera-se praticante da religião (n = 240)		
Sim	150	62,50
Não	90	37,50
Designação religiosa		
Evangélica	125	41,66
Católica	112	37,33
Outras	63	21,00

($M = 2,7$, $DP = 0,3$). A consistência interna das respostas obtidas foi alta com o valor alfa de *Cronbach* = 0,907. Pode-se observar que o fator com maior média foi “características femininas”, seguido por “características masculinas” e, por fim, “características neutras”.

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

Foram avaliados quatro diferentes níveis de consumo de álcool por meio do AUDIT: as Zonas de risco I, II, III e IV descritas anteriormente, com as respectivas porcentagens de participantes: 61%, 21%, 7% e 11%. A consistência interna da escala foi satisfatória, com coeficiente de *Cronbach* = 0,896.

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

Tabela 2. Teste *T* entre Consumo de Álcool e Variáveis Sociodemográficas e Entre Consumo de Álcool e as Questões “Você Acha que o Consumo de Bebida Alcoólica te Causa Algum Problema na Vida?” e “Você Já Procurou Algum Tipo de Tratamento Para o Consumo de Álcool?”.

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

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

Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos que declararam ter problemas ocasionados pelo consumo de álcool e aqueles que afirmaram não ter qualquer problema decorrente deste consumo, os primeiros com maior média de consumo. Também foi verificada diferença entre aqueles que declararam já ter procurado tratamento e o nível de consumo de álcool. Participantes que declararam já ter procurado tratamento apresentaram média significativamente maior de consumo de álcool.

Uma ANOVA mostrou efeito significativo do tipo de religião no nível de consumo de álcool [$F(2, 297) = 22,16, p < 0,001$]. Utilizou-se o teste post-hoc Tukey HSD, para comparação entre os grupos. O nível de consumo de álcool foi significativamente maior em católicos ($M = 10,61, DP = 9,57$) que em evangélicos ($M = 4,02, DP = 6,10, p < ,001$). Esse nível também foi significativamente maior entre aqueles que declararam “outras religiões” ($M = 10,14, DP = 9,33$) na comparação com evangélicos ($p < 0,001$). Não foi verificada diferença significativa entre católicos e aqueles inseridos na categoria “outras religiões” (como espírita e mórmon). Dito de outra forma, os resultados do AUDIT para nível de consumo de álcool foram significativamente menores em evangélicos que nas duas outras condições.

Ainda em uma análise de variância, a amostra não apresentou diferença significativa de consumo de álcool quanto à situação de trabalho. Já quanto ao estado civil, houve diferença significativa [$F(4,295) = 3,8, p < 0,001$]. Com o teste post-hoc Tukey HSD, verificou-se que homens em união estável ($M = 10,3, DP = 7,4$) apresentaram nível de consumo de álcool significativamente maior que homens casados ($M = 5,8, DP = 7,8$), com $p = 0,004$.

A Análise de Correlação de Pearson foi utilizada a fim de verificar a existência de possíveis correlações significativas entre o nível de consumo de bebida alcoólica e outras variáveis investigadas, incluindo

percepções sobre características autoatribuídas de gênero e percepções sobre qualidade de vida. Para essa análise, a variável “escolaridade” foi pontuada de 1 (correspondendo ao nível “sem escolaridade”) a 7 (correspondendo ao nível “Ensino Superior completo”).

Não foram encontradas relações significativas do consumo de álcool com idade, renda *per capita* e escolaridade. Por outro lado, na análise de correlação entre os níveis de consumo de álcool e as características autoatribuídas de gênero, somente as características femininas demonstraram significância, com correlação negativa. Sobre os domínios de qualidade de vida, somente o domínio ambiental não apresentou correlação significativa. Verificou-se que maior consumo de álcool foi negativamente correlacionado com autoatribuição de características femininas [$r(300) = -0,13, p < 0,05$], e com os seguintes domínios de percepção sobre qualidade de vida: físico [$r(300) = -0,13, p < 0,05$], social [$r(300) = -0,12, p < 0,05$], psicológico [$r(300) = -0,11, p < 0,05$] e percepção global de qualidade de vida [$r(300) = -0,15, p < 0,05$].

Discussão

Verificou-se que os usuários investigados podem ser caracterizados como homens de classe popular. A escolaridade era baixa, em geral. Apenas cerca de um terço dos participantes possuía o nível educacional considerado “básico” no Brasil (pelo menos o Ensino Médio completo). A renda familiar mensal apresentou média de R\$ 1.898,25 ($DP = 1.319,44$), caracterizando os participantes como “Classe C” (C1, C2), de acordo com o Critério Brasil (ABEP, s/d). A renda familiar mensal per capita apresentou média de R\$ 652,69 ($DP = 477,61$). A maioria não possuía plano de saúde privado.

Os resultados serão discutidos em relação à literatura da área, a partir de uma perspectiva psicossocial, restituindo-os ao seu quadro social e psicossocial mais amplo, por meio dos conceitos de representações sociais (Moscovici, 2007) e masculinidade hegemônica (Almeida, 1996; Connel, 1987; Courtenay, 2000; Couto, 2002; Trindade et al., 2011), gerando reflexões sobre práticas de saúde.

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

Biaggio, Vikan e Camino (2005), realizaram um estudo comparativo com 60 universitários brasileiros e 60 universitários da Noruega (50% de cada sexo). Ao aplicar o BSRI, constatou-se que os noruegueses, homens e mulheres, apresentaram escores mais altos no domínio de feminilidade enquanto que, dentre os brasileiros, os homens referiram mais características masculinas e as mulheres, femininas. O mesmo foi constatado por Hernandez (2009). Homens investigados pelo autor, utilizando o BSRI com escala de 7 pontos, apresentaram média 5,0 ($DP = 0,70$) para a escala masculina e 4,9 ($DP = 0,86$) para a escala feminina; enquanto as mulheres investigadas pelo mesmo autor apresentaram respectivamente médias 4,5 ($DP = 0,67$) e 5,6 ($DP = 0,75$) nessas mesmas escalas.

A maior adesão às características femininas, encontrada na presente pesquisa, diferiu, portanto, de resultados encontrados em outras pesquisas feitas com homens brasileiros. Uma possível hipótese explicativa emerge de uma visão psicossocial sobre os dados, envolvendo construções de gênero. A amostra foi constituída exclusivamente de homens que frequentavam (ou frequentaram ao menos uma vez) a USF. Esses homens, por seu envolvimento com práticas de autocuidado fomentadas pela Unidade (os serviços de APS são representados como “femininos”, Moura et al., 2014), podem ter reconstruído sua masculinidade em direção a características tidas como femininas.

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

Em um estudo de revisão sobre as pesquisas realizadas com o WHOQOL (Neves et al., 2011), poucos estudos direcionados à população masculina foram encontrados. Constatou-se grande número de pesquisas com população idosa e população geral. Dentre todos os trabalhos analisados ($N = 113$), 31 apresentaram maior pontuação no domínio social da qualidade de vida e 18 no domínio psicológico, enquanto a menor pontuação apareceu no domínio ambiental em 42 trabalhos.

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

Entretanto, os dados do presente estudo demonstram uma percepção satisfatória dos participantes acerca de sua própria qualidade de vida. Esses dados podem ajudar profissionais de Saúde da Família a refletirem sobre as representações sociais que constroem acerca dos usuários de classes populares. Podem ter implicações para as práticas de saúde propostas, uma vez que apontam para a importância de que os profissionais, ao invés de partirem de visões naturalizadas sobre a pobreza influenciadas historicamente pelo higienismo (Matos, 2000; Souza, 2012), considerem as visões de mundo construídas pelos usuários acerca de sua própria realidade.

Os níveis de consumo de álcool mensurados pelo AUDIT demonstraram que a maioria dos participantes declarou consumo de álcool sem risco ou abstinência (Zona I) (60,67%), o que foi seguido por possível uso de risco (Zona II) (21,33%). Na zona de possíveis danos consolidados (Zona III) encontraram-se 7% dos participantes e, por fim, 11% apresentaram possível dependência de álcool (Zona IV). Nota-se que a maior parte dos homens estudados declarou nível de consumo de álcool sem risco e que a porcentagem encontrada de dependência de álcool (11%) se assemelhou àquela constatada pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (10,48%) (Laranjeira et al., 2013). É interessante ressaltar a importância desse dado sobre possível dependência de álcool para os serviços de APS. Como se pode ver nos resultados desta pesquisa e como destacam Babor e Higgins-Biddle (2001), trata-se de condição com alta prevalência e considerável impacto para a saúde, devendo constituir tópico prioritário e constante para a APS.

Como o nível de consumo de álcool relacionou-se com as demais variáveis investigadas? Demonstrou-se que ter ou não ter filhos, possuir ou não trabalho não foi associado a menores ou maiores níveis de consumo de álcool. Isso indica que, mesmo tendo filhos e/ou trabalho, o usuário pode apresentar consumo de álcool que signifique prejuízo ou risco para sua saúde - raciocínio em consonância com a proposta de Triagem e Intervenção Breve, TIB (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Ronzani, Mota, & Souza, 2009). A TIB preconiza não restringir as intervenções para uso de álcool ao possível dependente de álcool (percebido frequentemente como o “bêbado isolado e desempregado”, tal como analisou Matos, 2000), mas sim praticá-las em âmbito populacional.

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

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

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

Os participantes que se declararam casados apresentaram consumo de álcool significativamente menor que aqueles que se declararam amasiados (união estável). A diferença entre as duas condições

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

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

Constatou-se correlação negativa entre nível de consumo de álcool e autoatribuição de características de gênero tradicionalmente consideradas femininas. Esse dado condiz com o esperado. O modelo hegemônico de masculinidade define o masculino (forte, ativo, racional) por oposição ao feminino (fraco, passivo, emocional) e a adoção desse modelo hegemônico está relacionada ao maior risco de morbimortalidade e de abuso de substâncias (Trindade, et al., 2011). Segundo Couto (2002), nas classes populares, a redefinição de representações e de práticas associadas à masculinidade em direção ao espaço feminino-doméstico está associada a práticas de autocontrole quanto à bebida e ao enfraquecimento da rua e do bar como espaço por excelência da sociabilidade masculina.

Comportamentos associados ao consumo de álcool influenciam aspectos de saúde e o estilo de vida das pessoas. O consumo abusivo está relacionado a grandes índices de morbidade e de mortalidade. Diante da magnitude desses problemas, pensar a relação entre consumo de álcool e qualidade de vida torna-se relevante. Além da saúde física, a qualidade de vida engloba também a saúde psicológica, os aspectos sociais (relacionamento interpessoal) e ambientais (trabalho, moradia, transporte, etc.), aspectos que se

relacionam com a percepção do sujeito sobre sua vida. Os problemas com o álcool apresentam-se de forma multideterminada, afetando família, amigos, trabalho e trazendo implicações sociais que, segundo políticas de saúde, devem ser pensadas na interface entre o âmbito social e da saúde, com práticas de prevenção de doenças e promoção de saúde (Brasil, 2009; Silveira et al., 2011).

A análise de correlação conduzida aqui foi nessa direção, uma vez que níveis mais expressivos de consumo de álcool mostraram-se negativamente correlacionados com percepção positiva de qualidade de vida nos domínios físico, social, psicológico e com a percepção global de qualidade de vida. Não foi encontrada correlação significativa com a percepção sobre o domínio ambiental da qualidade de vida e esse domínio recebeu avaliações menos favoráveis. Isso pode estar relacionado à insatisfação com aspectos financeiros, de lazer, de acessibilidade aos serviços públicos e à sensação de insegurança que podem estar presentes em homens de classe popular, independentemente de seu nível de consumo de álcool.

Conclusões

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

Ao mesmo tempo, a pesquisa coletou dados e produziu resultados condizentes com seu objetivo de partida, explorar variáveis importantes para a Saúde do Homem (e correlações entre essas variáveis), características autoatribuídas de gênero, consumo de álcool e percepções sobre qualidade de vida, entre homens usuários de Unidade de Saúde da Família, contribuindo para uma literatura ainda escassa sobre esses tópicos.

A primeira hipótese levantada, maiores níveis de consumo com o álcool estariam positivamente correlacionados com a autoatribuição de características de masculinidade hegemônica, não pôde ser confirmada em princípio, pois não houve correlação positiva entre consumo de álcool e o fator masculino do BSRI. Entretanto, a correlação negativa entre o fator feminino

e o consumo de álcool indicaram a validade da hipótese. Quanto mais os homens atribuísem a si características femininas (o que questiona a definição “o homem é o contrário da mulher” feita pela masculinidade hegemônica) menos eles relatavam consumo de álcool. A segunda hipótese foi majoritariamente confirmada: maiores níveis de consumo de álcool (implicando maior probabilidade de problemas com o álcool) estiveram negativamente correlacionados com a percepção de satisfação quanto à qualidade de vida, com exceção de apenas um dos domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref.

O estudo contribui para a literatura da área ao mostrar, com base em resultados quantitativos, que, em homens brasileiros de classe popular, usuários de USF, ocorre associação entre a adesão a características femininas e menor consumo de álcool, bem como associação entre o menor consumo dessa substância psicoativa e melhor percepção de qualidade de vida.

A discussão sinalizou que o fato de os participantes frequentarem a USF (ou terem frequentado ao menos uma vez), espaço relacionado à prevenção, ao autocuidado, representado como feminino, pode ter contribuído para determinar os resultados. Estudos ulteriores poderão, por exemplo, verificar como as variáveis investigadas apresentam-se em homens que não frequentam ou nunca frequentaram Unidades de APS.

Adicionalmente, esta pesquisa produziu dados e análises que poderiam surpreender profissionais de Saúde da Família. Os usuários apresentaram alta autoatribuição de características tidas como femininas. Pareciam considerar sua qualidade de vida em geral como adequada. Certos padrões de consumo de álcool aproximavam-se de índices nacionais. Os dados sugeriram que usuários que apresentem altos níveis de consumo de álcool podem estar cientes dos problemas associados a esse consumo e não relutariam em admitir esses problemas. Esses resultados contrariam certas visões comuns sobre os “homens pobres” (Matos, 2000; Souza, 2012), que os associam ao embrutecimento, ao descuido, à precariedade de qualidade de vida, ao consumo de álcool acima da média e à inconsciência quanto a seus problemas.

Pode ser útil discutir esses dados e análises especialmente com profissionais de Saúde da Família, no sentido de contribuir para um exercício de reconstrução das representações sociais que esses profissionais produzem acerca dos usuários e de sua própria prática.

Referências

- Almeida, M. V. (1996). Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. In J. C. Melatti (Coord.), *Anuário Antropológico* 95, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (s/d). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervenções breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas: guia para utilização em cuidados primários de saúde*. Genebra: OMS.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162. doi: 10.1037/h0036215
- Bezerra J., Barros, M. V. G., Tenório, M. C. M., Tassitano, R. M., Barros, S. S. H., & Hallal, P. C. (2009). Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 26(5), 440-446. doi: 10.1590/S1020-49892009001100009
- Biaggio, A., Vikan, A., & Camino, C. (2005). Orientação social, papel sexual e julgamento moral: uma comparação entre duas amostras brasileiras e uma norueguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 1-6. doi: 10.1590/S0102-79722005000100002
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power*. Stanford: Stanford University Press.
- Courtenay, W. H. (2000). Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10), 385-401. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00390-1
- Couto, M. T. (2002). Gênero, família e pertencimento religioso na redefinição de ethos masculinos e femininos. *Antropológicas*, 13(1), 15-34. Recuperado de <http://www.revista.ufpe.br/revistaantropologicas/index.php/revista/article/view/1>
- Duailibi, S., & Laranjeira, R. (2007). Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 839-848. doi: 10.1590/S0034-89102007000500019
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012
- Gomes, R., Schraiber, L. B., Couto, M. T., Valença, O. A. A., Silva, G. S. N., Figueiredo, W. S., Barbosa, R. M., & Pinheiro, T. F. (2011). O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. *Physis*, 21(1), 113-128. doi: 10.1590/S0103-73312011000100007
- Hernandez, J. A. E. (2009). Reavaliando o Bem Sex Role Inventory. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 73-83. doi: 10.1590/S0103-166X2009000100008
- Koller, S., Hutz, C. S., Vargas, S., & Conti, L. (1990). Mensuração de gênero: reavaliação do BSRI. *Ciência e Cultura*, 42(7), 517-518.
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., Ribeiro, M., & Mitsuhiro, S. (2013). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012*. São Paulo: INPAD.
- Matos, M. I. S. (2000). *Meu lar é o botequim. Alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Medeiros, B., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2013). Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 543-550. doi: 10.1590/S1413-294X2013000400001.
- Moreira, R. L. S. F., Fontes, W. D., & Barboza, T. M. (2014). Dificuldades de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 18(4), 615-621. doi: 10.5935/1414-8145.20140087
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Moura, E. C., Santos, W., Neves, A. C. M., Gomes, R., & Schwarz, E. (2014). Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(2), 429-438. doi: 10.1590/1413-81232014192.05802013
- Neves, E. B., Krueger, E., Pietrowski, E. F., Teixeira, A. C. M., Araujo, M. R., & Scheeren, E. M. (2011). Perfil das publicações sobre qualidade de vida no sciELO. *Uniantrade*, 12(2), 147-161. Recuperado de <http://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/26>
- Organização Mundial da Saúde. (1998). *Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol)*. Rio Grande do Sul: Grupo Whoqol.
- Pereira, M. C. A., & Barros, J. P. P. (2015). Públicos masculinos na Estratégia de Saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. *Psicologia e Sociedade*, 27(3), 587-598. doi: 10.1590/1807-03102015v27n3p587
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 51-61. doi: 10.1590/S0034-89102009000800009
- Schwarz, E., Gomes, R., Couto, M. T., Moura, E. C., Carvalho, S. A., & Silva, S. F. (2012). Política de saúde do homem. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 108-116. doi: 10.1590/S0034-89102012005000061
- Segatto, M. L., Silva, R. S., Laranjeira, R., & Pinsky, I. (2008). O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(4), 138-143. doi: 10.1590/S0101-60832008000400003
- Silva, J. S., Barbosa, J. L., Biteti, M. O., & Fernandes, F. L. (Orgs.). (2009). *O que é favela afinal?* Rio de Janeiro: Observatório de Favelas.
- Silva, L. V. E. R., Malbergier, A., Stempluk, V. A., & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 280-288. doi: 10.1590/S0034-89102006000200014
- Silveira, P. S., Martins, L. F., Soares, R. G., Gomide, H. P., & Ronzani, T. M. (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 131-138. doi: 10.1590/S1413-294X2011000200003.

- Souza, L. G. S. (2012). *Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. Recuperado de <http://repositorio.ufes.br/handle/10/3136>
- Trilico, M. L. C., Oliveira, G., R., Kijimura, M. Y., & Piolo, S. M. (2015). Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), 381-395. doi: 10.1590/1981-7746-sip00015
- Trindade, Z. A., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. (2011). Masculinidades e saúde: produção científica e contexto. In Z. A. Trindade M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.), *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 11-26). Vitória: GM.
- WHOQOL Group. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. Geneva: WHO.

Ana Claudia Ferreira Sanches, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), é Psicóloga da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) e Docente da Embrac - Faculdade Brasileira Multivix. Endereço para correspondência: Rua Rio Grande do Sul, Nº 120, bl 01, ap 401, Estância Monazítica, Serra-ES. Cep 29175-117. Telefone: (27) 99650-3343. E-mail: sanches.anac@gmail.com

Luiz Gustavo Silva Souza, Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, é Professor Adjunto na Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: luizsouza@hotmail.com

Recebido em 19.Mai.15

Revisado em 09.Mai.16

Aceito em 29.Jul.16