



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS

**AUTOCUIDADO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO HOMEM: UM
OLHAR SOBRE MASCULINIDADES**

GOIÂNIA
2020

GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS

**AUTOCAUIDADO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO HOMEM: UM
OLHAR SOBRE MASCULINIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Pontifícia Universidade Católica de Goiás como parte dos requisitos necessários para obtenção do Bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Ms. Cristiane Leal de M. e Silva Ferraz

GOIÂNIA
2020

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

AVALIAÇÃO ESCRITA

**Título do trabalho: AUTOCUIDADO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO
HOMEM: UM OLHAR SOBRE MASCULINIDADES**

Acadêmico (a): Gabriel Ferreira dos Santos

Orientador (a): Prof. Ms. Cristiane Leal de M. Silva Ferraz.

Data: ____/____/____

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
4.	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa	
Total		
Média (Total /10)		

Assinatura do examinador: _____

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Avaliador: _____

Data: ____/____/____

A todos aqueles que algum dia sentiram vergonha de serem quem são, que se sentiram aprisionados, oprimidos e coagidos a fingir ser alguém diferente.

AGRADECIMENTOS

Seria ilusório transpassar minha gratidão em palavras. Não posso definir completamente meus sentimentos acerca disso, mas é incontestável a gratidão que sinto pela minha mãe, que do seu jeito me apoiou de formas inimagináveis, a minha família e amigos, em especial uma amizade que tomou grandes proporções durante essa trajetória, na qual, nos fortalecemos e superamos diversas dificuldades. Agradeço a minha orientadora Cristiane Leal de M. Silva Ferraz, que se tornou uma amiga nesse processo. Uma vez ouvi que “são as nossas escolhas, mais do que as nossas capacidades, que mostram quem realmente somos”. Estou grato de ter tido a escolha de querer ser quem sou hoje.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DA LITERATURA	Erro! Indicador não definido.
3 MÉTODO	13
4 RESULTADOS	13
5 DISCUSSÃO	20
6 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24

**TÍTULO DO ARTIGO: AUTOCUIDADO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO
HOMEM: UM OLHAR SOBRE MASCULINIDADES**
**ARTICLE TITLE: SELF-CARE WITH HEALTH UNDER THE MAN'S PERSPECTIVE:
A LOOK AT MASCULINITIES**

Gabriel Ferreira dos Santos¹
Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz²

Resumo: O presente estudo teve por objetivo identificar se os homens negligenciam o autocuidado em saúde em decorrência de atitudes intrinsecamente relacionadas à construção social da masculinidade. Foram entrevistados 123 homens, que responderam um questionário para avaliação do machismo e práticas do autocuidado em saúde. Os resultados encontrados evidenciaram um baixo escore, quando avaliado o nível de machismo, em contrapartida, um bom nível de autocuidado em saúde. Concluiu-se que, há uma atenção maior nos cuidados com a saúde em homens cuja construção do masculino é desvinculada de conceitos machistas.

Palavras-chave: Autocuidado. Saúde. Homem. Masculinidade. Machismo.

Abstract: The following study aims at identifying whether men neglect the health self-care as a result of attitudes related to the social construct of masculinity. 123 men were interviewed in a questionnaire to assess the relation between health self-care and chauvinism. The findings clearly show a low score when compared the level of chauvinism and health self-care. The results show that there is a better attention with health self-care in men whose masculine construct is unlinked to chauvinism concepts.

Keywords: Self-care. Health. Man. Masculinity. Chavinism.

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2018, o número de mulheres era superior ao de homens. De acordo com dados do IBGE¹, a população brasileira é composta por 48,3% de homens e 51,7% de mulheres. Um dos fatores que pode explicar essa desigualdade são as taxas de mortalidade que apresentam uma disparidade na questão gênero e mortalidade.

Aproximadamente 4,1 milhões de internações foram realizadas no Brasil no ano de 2015, entre 20 a 59 anos (excluindo as internações por gravidez parto e puerpério) com taxa de predomínio do sexo masculino de 3.911 contra 3.619 do sexo feminino. A maior taxa de internação entre o sexo masculino ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos (7.020). Após uma

¹ Acadêmico do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. E-mail: <gabreuu8@gmail.com>.

² Docente e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestra em Ciências Ambientais e Saúde. E-mail: <ferraz.cris@gmail.com>.

análise nas taxas de mortalidade em homens no Brasil, observa-se um aumento, de 447 em 2009 para 464 em 2014. Se observar por faixa etária, houve aumento significativo de 50 a 59 anos, passando de 978 em 2009 para 1.060 em 2014².

De acordo com o DATASUS³, em 2019, os dados preliminares das taxas de mortalidade no Brasil, considerando o sexo e a faixa etária de 20 a 80 anos, evidenciam que ocorreram 708.492 óbitos de indivíduos identificados pelo sexo masculino e 578.198 óbitos de indivíduos identificados pelo sexo feminino, observando uma predominância nos números de mortes de homens no Brasil, com uma diferença de 124.294 óbitos. Ignorando a faixa etária e observando os óbitos por ocorrência por sexo segundo Capítulo CID-10, as três maiores causas de óbitos em 2019 foram: neoplasias, no sexo masculino 122.763, no sexo feminino 111.607; doenças do aparelho circulatório, no sexo masculino 190.664, no sexo feminino 171.585 e causas externas de morbidade e mortalidade, no sexo masculino 113.663 no sexo feminino 27.807. Observamos igualmente números desvantajosos para os homens, especialmente, considerando as causas externas de morbidade e mortalidade, as quais apresentaram números discrepantes quando comparados com o sexo feminino, revelando uma diferença de 85.856 óbitos.

Esses números nos mostram um predomínio masculino no número de internações e na taxa de mortalidade e, isto é grave, pois, apesar da população feminina ser significativamente maior que a masculina, os homens morrem mais que as mulheres.

Nos levando ao questionamento dos reais motivos de taxas tão desvantajosas para o homem. Pois os homens procuram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, e tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). As principais queixas de saúde dos homens, estão relacionadas a sintomas agudos percebidos, e que dificultam as atividades de trabalho, além de doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes e questões da ordem da sexualidade. Apesar dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o atendimento de homens, há uma baixa adesão masculina, o que revela a dificuldade que os homens têm em cuidar da própria saúde⁴.

É possível que o autocuidado em saúde esteja relacionado com tais números, pois acredita-se que as mulheres dispõem de características sociais que facilitam o acesso e o interesse referente a esses cuidados⁵.

O termo autocuidado abrange ações que indivíduos realizam em benefício próprio, sem supervisão médica formal, também é compreendida como comportamentos positivos a respeito da saúde e o bem-estar exercido por indivíduos e famílias, com intenção de prevenir doenças e tratar sintomas⁶. Mas, não se restringe em estar saudável ou manter-se em um estado de bem-

estar contínuo. Para Medrado⁷, autocuidado é um conjunto de tomadas de decisões que influenciará o cotidiano e o modo de vida com o objetivo de alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social. Essas ações são voluntárias e intencionais, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano.

Essas tomadas de decisões são individuais e seguem padrões de comportamento que estão diretamente relacionados com a construção social e circunstâncias econômicas desse indivíduo, que poderão influenciar as decisões tomadas no nível familiar e, por último, no nível comunitário. Conseqüentemente, as escolhas relacionadas a um estilo de vida saudável podem implicar em ações de autocuidado⁸.

Vários são os fatores que podem afetar as decisões sobre o autocuidado e, dentre eles, encontramos as barreiras socioculturais, responsáveis pelos estereótipos de gênero. Na construção do masculino em nossa sociedade, o homem é visto e se vê como um ser invulnerável, no qual o adoecimento é considerado um sinal de fragilidade, facilitando a exposição a situações de riscos e favorecendo uma negligência ao autocuidado, o que reforça o item gênero como umas das principais barreiras sociais a respeito do cuidar de si mesmo^{9,10,11,12,13}.

É importante esclarecer que há diferença entre sexo e gênero. “Sexo”, masculino ou feminino, é uma condição biológica determinada pela natureza e, basicamente, pelas leis da genética. Por outro lado, o que se denomina “gênero” é uma construção social a partir da diferença entre os sexos que, portanto, varia historicamente e está sujeita a mudanças por intervenções de políticas na ordem social, econômica e jurídica. O ser homem ou mulher e as relações que se estabelecem entre eles obedecem a papéis definidos pela sociedade em determinados períodos de evolução histórica da humanidade¹⁴.

O gênero deve ser entendido como a rede de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que, através de um processo de construção social, diferencia os homens das mulheres¹⁵.

Se “ser homem” e “ser mulher” estivesse reduzido a corpos e reprodução, bastava-se considerar os aspectos biológicos. Mas “ser homem” e “ser mulher” inclui relações entre pessoas e grupos, ou seja, práticas sociais¹⁶.

A masculinidade é então uma configuração prática em torno da posição dos homens nas relações de gênero, existindo uma masculinidade culturalmente hegemônica que serve de modelo e é construída nas relações de homens e de mulheres. Mas nem todos os homens

assumem o modelo como sendo o seu, o que indica a coexistência de inúmeras manifestações de masculinidades, envolvendo aspectos tais como virilidade, agressividade, ambição, competitividade, coragem, autoridade¹⁷.

Partindo da análise de que homens e mulheres estão presos em um modelo culturalmente estabelecido que determina modos de se vestir, de se comportar e de ser, a concepção de gênero resulta de uma representação histórica, relacional e construída, sendo, desta forma, passível de mudanças.

Ao longo da história, os homens foram incentivados a aprender e reproduzir comportamentos agressivos e a reprimir seus sentimentos, perpetuando estereótipos associados à construção social de uma masculinidade tóxica. Esse comportamento negativo não só faz mal como adoce o homem, colocando sua saúde e integridade física em perigo^{18,19}.

Tais estereótipos de gênero vêm adoecendo a população masculina, uma vez que, a vivência de sentimentos e demonstração de afeto, os cuidados com a saúde e o bem estar, bem como, evitar um estilo de vida perigoso são considerados atributos femininos e, portanto, na perspectiva da masculinidade tóxica, devem ser ignorados pelo homem^{18,19,20}.

Atualmente, graças aos movimentos feministas, uma nova masculinidade tem se desenhado na sociedade, não sem um preço a ser pago. Segundo Wang, Jablonki, Magalhães²¹, a identidade masculina passa por uma fase de desvendar-se, através da chamada “crise da masculinidade” onde o paradigma identitário do ser masculino encontra-se em fragmentação, observada nos diversos comportamentos assumidos pelos homens na contemporaneidade.

De acordo com Valério²², as posturas masculinas frente à paternidade, ao sexo, autocuidado e manutenção com o corpo suscitam questionamentos se há ou não uma modificação nesse ser masculino. O termo “masculino” pode acionar um conjunto de representações socialmente ancoradas, mas a masculinidade de cada um pode ser definida em termos mais variados e idiossincráticos. Dessa forma o homem está sendo levado a repensar suas necessidades individuais para além dos estereótipos instituídos pela lógica patriarcal. Está sendo levado, enfim, a repensar as bases de sua própria identidade²¹.

Assim, compreender neste contexto atual a perspectiva masculina acerca da prática do autocuidado em saúde e sua relação com a construção social da masculinidade, torna-se fundamental para identificar se há relação entre a construção social da masculinidade com o autocuidado em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, prospectivo e analítico, aprovado pelo CEP- PUC Goiás (CAAE: 28895619.6.0000.0037). Participaram do estudo 152 pessoas, que responderam um questionário compartilhado por meio eletrônico, disponibilizado nas redes sociais. De acordo com os critérios estabelecidos, foram excluídos 29 questionários que não se adequaram aos critérios de inclusão, sendo 3 por não concordaram com o TCLE; 17 indivíduos do sexo feminino; 9 com preenchimento do formulário incompleto. Assim, restaram 123 questionários válidos para o estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2020, pela rede mundial de computadores, visando um maior alcance de participantes, bem como, para obter uma maior diversidade de representantes do meio masculino. O presente estudo foi realizado por meio do instrumento para coleta dos dados compostos de 2 etapas: a primeira relacionada aos dados sociodemográficos do participante; a segunda contendo um questionário elaborado pelos pesquisadores que aborda questões sobre o autocuidado em saúde e machismo. Foi criado um escore para análise do nível de machismo a partir da soma das cinco questões envolvendo o tema, que visava identificar ações e comportamentos considerados machistas. As questões simulavam situações presentes no nosso cotidiano que aos olhos da sociedade são tidos como atitudes machista. O escore variava de 0 a 10 (quanto maior o valor, maior o comportamento machista).

Os questionários foram aplicados online através da plataforma Google Forms (serviço gratuito para criação de formulários online). Os sujeitos da pesquisa foram convidados a responder o questionário recebendo o link ou acessando através da divulgação da pesquisa por meio das redes sociais, o preenchimento foi individual e particular assim evitando possíveis constrangimentos do participante. Após acessar o link, os indivíduos leram e concordaram com o TCLE que estava anexado na plataforma, quanto, então, tiveram acesso ao questionário, preenchendo-o de forma integral.

A caracterização do perfil sociodemográfico, fatores extrínsecos, construção social do machismo e autocuidado com a saúde, foi realizada por meio de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. A avaliação do escore de machismo em relação as demais variáveis exploratórias do estudo foi realizada aplicando-se os testes t de Student e Análise da Variância (ANOVA) seguido do teste de Tukey. A correlação de Pearson foi aplicada a fim de avaliar a

relação entre a idade e o escore de machismo. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Na tabela 1, encontra-se a caracterização do perfil sociodemográfico dos indivíduos que participaram do presente estudo. A maioria dos participantes estão na faixa etária entre 18 a 24 anos de idade (60.2%), são heterossexuais (78,9%), católicos (43,1%), solteiros (75,6%), com ensino superior completo ou cursando (61%), residem em Goiânia-GO (75,6%) e possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimo (32,5%).

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico (n = 123).

	n	%
(continua)		
Faixa etária		
18 a 24	74	60,2
25 a 35	41	33,3
> 35	8	6,5
Orientação Sexual		
Bissexual	12	9,8
Heterossexual	97	78,9
Homossexual	14	11,4
Religião		
Católico	53	43,1
Espírita	7	5,7
Nenhuma	27	22,0
Protestante	21	17,1
Outra	15	12,2
Estado Civil		
Casado	19	15,4
Divorciado	3	2,4
Moro com companheira(o)	8	6,5
Solteiro	93	75,6
Escolaridade		
Ensino médio	36	29,3
Ensino superior	75	61,0
Ensino fundamental	3	2,4
Pós Graduação	9	7,3
Cidade que reside		
Aparecida de Goiânia	9	7,3
Goiânia	93	75,6
Outra	21	17,1
Renda Familiar		
1 a 2 salário-mínimo	40	32,5
2 a 3 salário-mínimo	35	28,5
3 a 4 salário-mínimo	19	15,4
Mais que 4 salário-mínimo	29	23,6

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Na tabela 2, encontra-se a caracterização dos fatores extrínsecos relacionados ao autocuidado. Verificou-se que, a maioria dos indivíduos não dirige com imprudência (56,1%) e nem se envolveu em acidentes automobilísticos por dirigir embriagado ou por excesso de velocidade (69,1%). Além disso, a maioria faz uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana (61%), apesar de gostar de esportes radicais, a maior parte dos indivíduos não os praticam (54,5%) e não se envolveu em brigas caracterizadas como lesão corporal (56,1%).

Tabela 2 - Caracterização dos fatores extrínsecos (n = 123).

	n	%
Fura sinais/Alta velocidade no trânsito		
Não	69	56,1
Não dirige	19	15,4
Sim	35	28,5
Acidente de trânsito		
Não	85	69,1
Não dirijo	19	15,4
Sim	19	15,4
Ingere bebida alcoólica		
Não	48	39,0
Sim	75	61,0
Esportes radicais		
Não gosto de correr riscos	44	35,8
Sim, mas não pratico	67	54,5
Sim, pratico	12	9,8
Brigas		
Não	69	56,1
Sim, com frequência	3	2,4
Sim, já me envolvi	51	41,5

= frequência absoluta; % = frequência relativa

Na tabela 3, foi possível identificar que, a maioria dos entrevistados pratica o autocuidado em saúde. A maior parte consideram necessário realizar acompanhamento psicológico, mas não o faz (67,5%), tem vida sexual ativa (81,3%) e faz uso de preservativo (42,0%), realiza alguma atividade considerada por ele prazerosa para alívio do estresse (88,7%), pratica atividade física (56,1%), porém, a despeito disso, a maioria julga não está em boa forma física (56,9%). Em relação à procura por serviço de saúde, grande parte dos entrevistados disse procurar um serviço quando estão doentes (64,2%), e não encontra dificuldades quanto ao seu acesso (61,8%). Ademais, os participantes informaram, em sua maioria, não sentir vergonha em procurar ajuda médica (61,3%), e costumam ir ao médico regularmente (56,9%). Também

verificou-se que, os entrevistados acham importante realizar o exame de próstata e cogitam realizá-lo (83,7%) e por fim, classifica seu estado de saúde como bom (n=59; 48%).

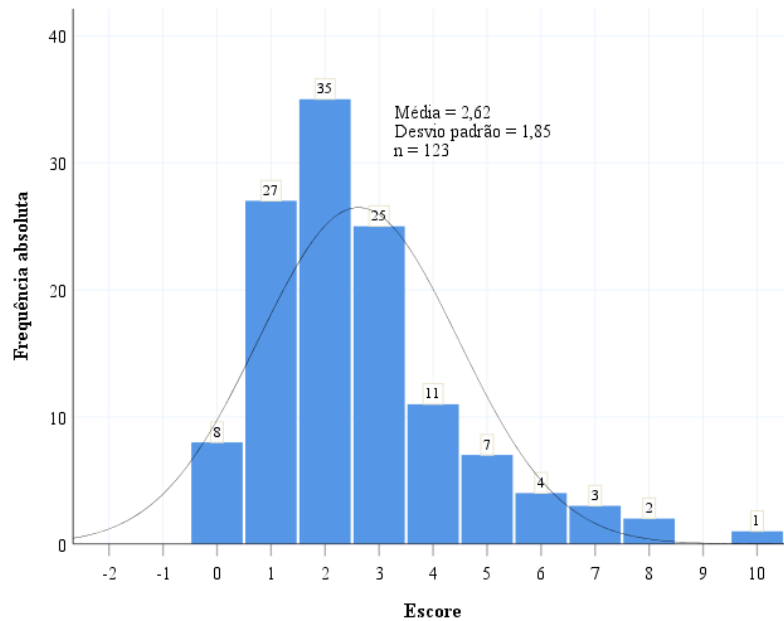
Tabela 3 - Caracterização do autocuidado em saúde (n = 123).

	n	%
Acompanhamento psicológico		
Não	10	8,1
Sim, já fiz ou faço	30	24,4
Sim, mas não faço	83	67,5
Vida sexual ativa		
Não	23	18,7
Sim	100	81,3
Usa preservativo		
Não	33	33,0
Sim	42	42,0
Sim, às vezes	25	25,0
Atividade prazerosa		
Não	14	11,4
Pratico esportes ou atividades físicas	38	30,9
Saio ou assisto filmes	28	22,8
Vou a igreja	13	10,6
Outras	30	24,4
Atividade física		
Não	54	43,9
Sim	69	56,1
Boa forma física		
Não	70	56,9
Sim	53	43,1
Como resolve os problemas de saúde		
Me automedico	25	20,3
Não faço nada, e espero o problema passar sozinho	19	15,4
Procuro um serviço de saúde	79	64,2
Dificuldade quanto ao serviço de saúde		
Não	76	61,8
Sim	47	38,2
Vergonha ao procurar ajuda médica		
Não	84	68,3
Sim	39	31,7
Ir ao médico regularmente		
Não	53	43,1
Sim	70	56,9
Exame de próstata		
Não	1	0,8
Sim, e considero fazer	103	83,7
Sim, mas não considero fazer	19	15,4
Estado de saúde		
Bom	59	48,0
Regular	57	46,3
Ruim	7	5,7

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Ao analisar a Figura 1, percebemos que a maioria dos indivíduos obteve um score baixo quanto ao nível de machismo, com média de 2,62 e o desvio padrão de 1,85.

Figura 1 - Gráfico histograma demonstrando a distribuição do score de machismo



Ao relacionar o nível de machismo dos participantes com os dados referentes às características sociodemográficas, foi possível verificar que, os homens divorciados (5,67; $p=0,01$) apresentaram um escore significativamente maior em relação aos demais. No que tange à religião, os indivíduos que são adeptos a outras religiões (3,80; $p=0,02$), também obtiveram diferença significativamente maior aos demais.

Tabela 4 - Resultado da comparação do escore de machismo com o perfil sociodemográfico. (continua)

	Média	Desvio padrão	<i>p</i>
Orientação Sexual**			
Bissexual	2,25	1,36	
Heterossexual	2,78	1,92	0,13
Homossexual	1,79	1,53	
Religião**			
Nenhuma	1,89	1,12	
Católico	2,57	1,74	
Espírita	2,14	1,77	0,02
Protestante	3,00	1,90	
Outra	3,80†	2,65	
Estado Civil**			
Casado	3,84†	2,69	
Divorciado	5,67†	2,08	0,001
Moro com companheira(o)	2,50	1,93	

Tabela 4 - Resultado da comparação do escore de machismo com o perfil sociodemográfico. (conclusão)

	Média	Desvio padrão	<i>p</i>
Solteiro	2,28	1,42	
Escolaridade**			
Ensino médio	2,94	2,03	
Ensino superior	2,37	1,66	0,06
Ensino fundamental	5,00	2,65	
Pós Graduação	2,56	2,01	
Cidade que reside**			
Aparecida de Goiânia	2,56	1,59	
Goiânia	2,51	1,75	0,36
Outra	3,14	2,35	
Renda Familiar**			
1 a 2 salário-mínimo	3,05	2,06	
2 a 3 salário-mínimo	2,63	2,03	
3 a 4 salário-mínimo	2,26	1,19	0,25
Mais que 4 salário-mínimo	2,24	1,62	

**ANOVA; †Tukey

Na Tabela 5, foram relacionados o escore relativo ao nível de machismo e os fatores externos que interferem no autocuidado em saúde. Verificou-se que, os participantes que já sofreram algum acidente automobilístico apresentaram um maior escore no nível de machismo (3,95; $p=0,01$). Porém não houve diferença significativa desse escore quando comparado a dirigir de forma imprudente e perigosa, ingestão de bebidas alcoólicas, prática de esportes radicais e envolvimento em brigas com características de lesão corporal.

Tabela 5 - Resultado da comparação do escore de machismo com os fatores extrínsecos.

	Média	Desvio padrão	<i>p</i>
Fura sinais/Alta velocidade no trânsito**			
Não	2,42	1,69	
Não dirige	3,11	2,40	0,32
Sim	2,74	1,82	
Ingere bebida alcoólica*			
Não	2,71	1,88	
Sim	2,56	1,85	0,66
Acidente de trânsito*			
Não	2,24	1,39	
Sim	3,95	2,37	0,001
Esportes radicais**			
Não gosto de correr riscos	2,93	2,15	
Sim, mas não prático	2,34	1,59	0,19
Sim, prático	3,00	1,95	
Brigas**			
Não	2,51	1,98	
Sim, com frequência	2,33	1,15	0,69

Sim, já me envolvi	2,78	1,72
--------------------	------	------

*Teste *t* de Student; **ANOVA

Quando comparado ao nível relativo do score machista com ações relacionadas ao autocuidado em saúde (Tabela 6), verificou-se que, os indivíduos que relataram não usarem preservativo nas suas relações sexuais apresentaram um escore maior quanto ao nível de machismo (3,33; $p=0,03$).

Tabela 6 - Resultado da comparação do score de machismo com o autocuidado em saúde.

	Média	Desvio padrão	<i>p</i>
Acompanhamento psicológico**			
Não	3,20	2,57	
Sim, já fiz ou faço	2,93	2,20	0,26
Sim, mas não faço	2,43	1,60	
Vida sexual ativa*			
Não	2,61	1,37	
Sim	2,62	1,95	0,97
Usa preservativo*			
Não	3,33†	2,71	
Sim	2,26	1,38	0,03
Sim, às vezes	2,28	1,28	
Atividade física*			
Não	2,50	1,93	
Sim	2,71	1,80	0,53
Boa forma física*			
Não	2,50	1,61	
Sim	2,77	2,14	0,42
Como resolve os problemas de saúde**			
Me automedico	3,36	1,87	
Não faço nada, e espero o problema passar sozinho	2,58	1,89	0,07
Procuro um serviço de saúde	2,39	1,80	
Dificuldade quanto ao serviço de saúde*			
Não	2,45	1,75	
Sim	2,89	1,99	0,19
Vergonha ao procurar ajuda médica*			
Não	2,60	1,90	
Sim	2,67	1,78	0,87
Ir ao médico regularmente*			
Não	2,92	2,16	
Sim	2,39	1,56	0,11
Exame de próstata**			
Não	1,00		
Sim, e considero fazer	2,62	1,86	0,67
Sim, mas não considero fazer	2,68	1,86	
Estado de saúde**			
Bom	2,53	1,73	
Regular	2,74	2,00	0,80
Ruim	2,43	1,90	

*Teste *t* de Student; **ANOVA; †Tukey

5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi caracterizado por uma amostra mais jovem de indivíduos com idade entre 18 a 24 anos (60,2%), sendo a maioria heterossexual (78,9%), católico (43,1%), solteiro (75,6%), com ensino superior completo ou cursando (61%), renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos (32%) e classificaram seu estado de saúde como bom (48%). Esses dados diferem dos encontrados na literatura. Em estudos realizados com o objetivo de analisar o autocuidado dos homens com a saúde, foi possível verificar que, a maioria dos participantes eram mais velhos, casados e possuíam algum problema de saúde^{23,24}.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, Gomes et al²⁵, em estudo realizado com o objetivo de compreender por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres, apontam que homens com curso superior apresentam um discurso favorável ao autocuidado em saúde, o que não significa dizer que este discurso é colocado em prática.

Quando analisados os fatores extrínsecos relacionados ao cuidado com a saúde, verificou-se que, a maioria dos indivíduos (56,1%) relatou não dirigir com imprudência e nunca sofreram acidentes de trânsito (69,1%). Poucos indivíduos praticavam esportes radicais (9,8%) e a maioria relatou não se envolver em brigas com presença de lesão corporal (56,1%). Esses dados são importantes, uma vez que, acidentes, violências e suicídios se alternam entre o segundo e o terceiro lugar no quadro geral da mortalidade de homens no país²⁶.

Panichi e Wagner²⁷, em um estudo que abordou condução perigosa entre motorista jovens, identificou que jovens de sexo masculino subestimam os riscos e conduzem de maneira perigosa o veículo, quando comparado ao sexo feminino. Neste sentido, a imprudência está associada a concepção de invulnerabilidade dos meninos, que pode estar ligada a definições tradicionais de masculinidade, no que se refere aos estereótipos de que os homens são resistentes e corajosos²⁸.

Segundo Silva²⁹, a repressão de sentimentos e emoções imposta pelo ideal de masculinidade desencadeia um comportamento violento nos homens, pois a própria repressão já é a expressão da violência auto infligida, visto que as emoções e sentimentos são partes indissociáveis de todos os indivíduos, independente do gênero. Esse comportamento violento pode se manifestar de modo autodestrutivo através de comportamentos de risco como o uso de substâncias ilícitas e o alcoolismo.

Na perspectiva da construção da masculinidade, Brougège³⁰, menciona que, desde a infância, os homens são incitados a aprender e reproduzir comportamentos agressivos, seja por meio de brincadeiras, brinquedos, jogos e por meio de esportes ou lutas. O impacto desse comportamento pode ser identificado no que elegeram-se chamar de masculinidade tóxica, pela qual, comportamentos violentos e repressão de sentimentos são incentivados e, até mesmo, justificado pela sociedade patriarcal.

No entanto, como destacado anteriormente, os dados do presente estudo revelam-se diferentes dos encontrados na literatura, o que nos leva a pensar, sobre como essa masculinidade tem sido construída, atualmente. Há uma influência importante das vivências sociais e culturais na construção da identidade individual e coletiva, no que concerne ao gênero e seus estereótipos. Connel³¹, entende que a masculinidade é fruto de uma construção social, como uma identidade possível de ser moldada e portadora de diversas dimensões, não sendo estática ou imutável. Este entendimento reforça a ideia de que, apesar dos homens estarem sujeitos a um modelo definido culturalmente, a masculinidade se manifesta diversa.

Em relação à prática do autocuidado, compreende-se que existe um padrão imposto pela sociedade que determina um modelo a ser seguido quanto à identidade masculina, modelo este que adoece a todos, os que se encaixam nesse padrão e os que lutam para enquadrar-se nos moldes do que é socialmente aceito. Foi interessante notar que, no presente estudo, a maioria dos participantes relatou ter comportamentos que remetem a prática do autocuidado em saúde, tais como, ter uma vida sexualmente ativa (81,3%), fazer uso de preservativo (42%), realizar atividades para alívio do estresse (88,7%) e praticar atividades físicas (56,1%).

Acerca da procura e acesso aos serviços de saúde, a maioria dos participantes diz não encontrar dificuldades (61,8%) e nem sentir vergonha de buscar ajuda médica (68,3%), além disso, grande parte deles costuma ir ao médico regularmente (56,9%) e demonstra ter consciência da importância de realizar o exame de próstata (83,7%), revelando cuidados preventivos com a saúde.

Em sentido contrário, um estudo qualitativo realizado por Lemos et al³², no qual, foram entrevistados vinte e nove homens com idade entre 31 a 40 anos, pacientes de um hospital no município do Rio de Janeiro, que buscava identificar os motivos pelos quais os homens procuram os serviços de saúde, 66% dos participantes relataram procurar serviços de saúde somente quando há sintomas agudos e em razão da impossibilidade de trabalhar.

Segundo Hemmi³³, em um estudo qualitativo realizado com 20 homens entre 20 a 59 anos, que participavam do “Terço dos Homens” em igrejas de Diamantina em Minas Gerais,

que buscava apreender as representações sociais de homens sobre saúde e doença, além de identificar em que momento os homens procuram por serviços de saúde, apontou que esses indivíduos compreendem a saúde como ausência de doença, e que doença é um mal, valorizam a qualidade de vida, bem-estar físico, psíquico e espiritual, entendem que prevenção é importante. Apesar disso, possuem uma visão curativa de saúde, e buscam os serviços de saúde de forma tardia, negligência a saúde por medo e desconhecimento das doenças e por questões culturais como o machismo.

Uma explicação para a divergência encontrada, é o fato de a amostra do presente estudo ser composta principalmente por adultos jovens entre 18 a 24 anos, que fazem parte do que é chamado de geração Z - indivíduos nascidos na segunda metade dos anos 1990 até o início do ano 2010. Esta geração, desde pequena, está exposta ao mundo tecnológico e às redes sociais que permitem um acesso mais rápido e direto de informação. Além disso, os avanços sociais das últimas décadas, em grande medida oportunistizados pela luta dos movimentos feministas, tem permitido a construção de uma nova masculinidade. A identidade masculina passa por uma fase de desvendar-se, através da chamada “crise da masculinidade” onde o paradigma identitário do ser masculino encontra-se em fragmentação, observada nos diversos comportamentos assumidos pelos homens na contemporaneidade²¹.

Em relação ao nível do machismo, observou-se que, a maioria dos indivíduos foi classificada em um nível relativamente baixo, com média de pontuação de 2,62 (score de 0 a 10). Esta pontuação indica que os participantes do estudo entendem que o machismo está presente na construção social da masculinidade e colocam-se em uma posição de desconstrução de estereótipos de gênero e de combate à masculinidade tóxica. São dados que demonstram que, a maioria dos participantes não segue um modelo de masculinidade tóxica, o que se traduz como um fator positivo para a saúde física e mental do homem.

Nigro e Baracat³⁴, dizem que a construção social do ideal de masculinidade é prejudicial para os homens, porque os colocam em posição irracional, como se não fossem capazes de dominar suas pulsões e estivessem à mercê de seus instintos tal qual animais selvagens.

O conceito de masculinidade hegemônica branca, heterossexual e dominante é um modelo culturalmente ideal e machista. Assim sendo, não é atingível por praticamente nenhum homem, mas de maneira semelhante, exerce um efeito controlador que exclui todo um campo afetivo que é considerado feminino³⁵. Poucos homens conseguem seguir integralmente o modelo de comportamento esperado e a ele atribuído pela sociedade em que vive. Vários

autores atribuem esse pensamento hegemônico de masculinidade com agravos à saúde do homem.

No que concerne ao estado civil e nível de machismo, foi possível observar que os homens divorciados obtiveram o maior escore quanto ao nível de machismo (5,67; $p=0,01$). Uma explicação para estes dados, é o fato de homens machistas não aceitarem mudanças nos papéis relacionados ao gênero e na estrutura familiar definida pela sociedade patriarcal, culminando no fim do casamento. Estudos mostram que o conceito de casamento é constituído de ideais machistas no qual há um modelo de família nuclear imposto a todos, com referências que unificam o que é aceitável quanto a sexo, amor e família. Estes ideais impostos, além de ineficazes, aprisionam o homem ao papel de provedor e subjagam famílias em que há uma inversão de papéis, nas quais, a mulher ser bem-sucedida é visto como uma afronta à masculinidade³⁴.

Neste contexto, a construção de estereótipos de gênero, influencia diretamente no comportamento dos homens e repercute em sua saúde, isto porque, durante o processo de formação de um garoto, são atribuídos a ele conceitos sobre a constituição de uma família, matrimônio, sexo, submissão feminina e superioridade masculina dentro de um núcleo familiar. Todos esses fatores convergem para o ideal de homem forte e invencível que, portanto, não adoece e está imune aos perigos externos.

Quando relacionadas as causas externas de mortalidade e o nível de machismo, constatou-se que, os indivíduos que sofreram acidente automobilístico obtiveram um escore maior quanto ao nível de machismo (3,95; $p= 0,001$), o que reforça a relação desse padrão com a masculinidade tóxica discutida ao longo do trabalho e suas implicações no autocuidado com a saúde.

Da mesma forma, os indivíduos que relataram não usarem preservativo nas relações sexuais apresentaram um escore maior no nível de machismo (3,33; $p=0,03$). É interessante destacar que, os homens estão sujeitos à construção de um padrão de sexualidade que os incentiva a iniciarem logo cedo sua vida sexual e que tenham múltiplas parceiras sexuais, mesmo após o casamento³⁶. Neste contexto, o uso de preservativo torna-se desnecessário e reforça o caráter invulnerável do homem. O resultado, é a prática sexual de risco, tanto do acometimento de doenças sexualmente transmissíveis, como de gravidez indesejada. O lado perverso desta decisão é que, o machismo retira o poder de negociação da mulher no uso de preservativo nas relações, colocando em risco não apenas o homem.

6 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo revelaram resultados positivos quanto ao autocuidado dos homens em relação à saúde.

Diante deste cenário, restou claro que, a ideia de masculinidade se apresenta de forma diversa na sociedade atual, indicando um processo de desconstrução da masculinidade tóxica, que adoce e mata o homem em uma proporção elevada.

Apesar dos bons resultados obtidos no presente estudo, ainda se faz necessária uma discussão abrangente sobre o assunto, a fim de fomentar políticas públicas que abordem as questões de gênero em saúde.

REFERÊNCIAS

1. IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). 2018. Conheça o Brasil – População. <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html> - acesso 17 de set 2019].
2. Ministério da Saúde. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2018. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf – acesso 18 de set 2019].
3. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [acesso 4 de abril de 2019].
4. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção integral a saúde do homem, princípios e diretrizes. *Ministério da saúde (1)*. Brasília-DF, 2008, pp.01-64. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. acesso 19 de set 2019].
5. BERTOLINI, Daniele; SIMONETTI, Janete. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(4). Botucatu-SP, 2014, pp.722-727.
6. DEFRIESE, Gordon et al. From activated patient to pacified activist: A study of the self-care movement in the United States. *Social Science & Medicine* 29(2). 1989, pp. 195-204.
7. MEDRADO, Benedito et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem: *Texto Contexto Enferm* 15 (Esp). Florianópolis-SC, 2006, pp.152-157.
8. World Health Organization. Self-care in the context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation. Bangkok, Thailand, 2009.
9. DE KEIJZER, Benno. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres C, ed. *La Salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, Lima, Peru, 2003, pp.137-152

10. SCHRAIBER, Lília, GOMES, Romeu, COUTO, Márcia. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(1). Faculdade de Medicina, USP, São Paulo-SP, 2005, pp.7-17.
11. SABO, Don. Estudo crítico das masculinidades. Adelman M, Silvestrin CB. In: (orgs.). *Coletânea gênero plural*, Curitiba: Editora UFPR, 2002, pp. 33-46.
12. BOZON, Michel. Sexualidade e conjugalidade: a redefinição das relações de gênero na França contemporânea. *Cad. Pagu* (20), Rio de Janeiro, Sociologia da Sexualidade/Fundação Getúlio Vargas, 2003, pp.131-156.
13. COURTENAY, Harrison. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 50(10), 2000, pp. 1385-1401.
14. OPS. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer em la región de La Américas. *OPS Publicación Científica*, Washington, DC., 1990.
15. OPS. Genero, mujer y salud en las Américas. *OPS Publicación Científica* (541), Washington, DC, 1993.
16. CONNELL, Raewyn. La organización social de la masculinidade. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Ed.). *Masculinidades: poder y crisis*. Santiago: Ediciones de las Mujeres, 1997, pp. 31-48.
17. SCHRAIBER, Lilia; FIGUEIREDO, Wagner. Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero. In: Gomes R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
18. OLIVEIRA, Pedro. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2004.
19. SILVA, Fabiane; SILVA, Iolete. Sentidos de Saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (19)2, 2014, pp.417-428.
20. BROUGÈRE, Gilles. *Brinquedo e Cultura*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Questões da nossa época; 43).

21. WANG, May; JABLONSKI, Bernardo; MAGALLHÃES, Andréa. Identidades Masculinas: Limites e Possibilidades. *Psicologia em Revista* 12(19), Belo Horizonte, 2006, pp. 54-65.
22. VALÉRIO, Alessandra. A Reinvenção Do Homem: As Formas de Masculinidade em Marcelo Mirisola. In: *II Congresso Internacional de Educação e Comunicação "Trabalho e Conhecimento: novos desafios"*. Foz do Iguaçu, PR., 2010, pp. 8-15.
23. VIANA, Maria; COSTA, Laís; SANTOS, Regina; Anjos, Danielly. O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: O que eles falam. *Cultura de los Cuidados*, 19(41). Maceió- AL, 2015, pp. 135-146.
24. XAVIER, Sheila; CEOLIN, Teila; GUANILO, Maria; Mendieta, Marjoriê. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermaria* 7(2). Rio Grande do Sul-RS., 2015, PP. 55-65.
25. GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine; ARAÚJO, Fábio. 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 Pública* (3)23. Rio de Janeiro - RJ, 2007, pp. 565-573.
26. MINAYO, Maria. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População* (26)1. São Paulo – SP, 2009, pp. 135-140.
27. PANICHI, Renata; WAGNER, Adriana. Comportamento de Risco no Trânsito: Revisando a Literatura sobre as Variáveis Preditoras da Condução Perigosa na População Juvenil. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 40(2). Porto Alegre – RS, 2006, pp. 159-166.
28. HARRIS, Mary; MILLER, Kari. Gender and perceptions of danger. *Sex Roles* (43)11-12, 2000, p. 843-863.
29. SILVA, José. Masculinidade e violência: formação da identidade masculina e compreensão da violência praticada pelo homem. *Portal de Conferências do Laboratório de Tecnologias Intelectuais - LTI, 18 REDOR*. Recife – PE, 2014. pp. 2802-2817. [<http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/view/686> acesso 22 ago 2020].

30. BROUGÈRE, Gilles. Brinquedo e Cultura. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Questões da nossa época; 43).
31. CONNELL, Raewyn. Políticas da masculinidade. *Educação e Realidade* (20), 1995, pp. 185-206.
32. LEMOS, Ana; RIBEIRO, Cristiane; FERNANDES, Jaqueline; BERNARDES, Karina; FERNANDES, Ronald. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 11(11). Rio de Janeiro – RJ, 2017, PP.4546-4553.
33. HEMMI, Ana; CONCEIÇÃO, Jéssica; SANTOS, Dominick. Representações sociais de homens sobre saúde e doença: Contribuições para o cuidado. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 5(1). Diamantina - MG, 2015, PP. 1457-1468.
34. NIGRO, Isabella; BARACAT, Juliana. Masculinidade: preciosa como diamante, fragil como cristal. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia* (30)1. Garça – SP, 2018, pp. 4-19.
35. MEDRADO, Benedito. Homens na arena do cuidado infantil. In: Arrilha HA M, Unbehaums S, Medrado B. Homens e masculinidades: outras palavras ECOS. São Paulo: Editora 34; 1998. p. 145 – 161.
36. SOUSA, Laio. A vida que anda no mundo: contextos de vulnerabilidade de caminhoneiros ao HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado, UF Salvador - BA., 2014. [<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18032> acesso 25 de set 2020].

ANEXO

ANEXO A
FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS CADERNOS PAGU

Orientações para colaboradores

Leia atentamente a seção sobre escopo e política editorial da revista.

O nome ou qualquer referência (título de dissertação, tese, ou publicação com indicação de autoria) ao/a autor/a não deverá constar no corpo do texto, garantindo o anonimato do processo de avaliação e seleção. Textos que não obedecerem a essas orientações serão devolvidos.

Imagens e/ou figuras devem ser enviadas em formatos jpeg ou tiff, resolução 300 dpi. A responsabilidade pelos direitos autorais de reprodução ficará a cargo do/a autor/a.

Os títulos de livros e revistas mencionados no corpo do texto devem vir em itálico, assim como as palavras estrangeiras. As ênfases do autor devem vir em negrito.

Os artigos devem ter até 9000 palavras ou 45000 caracteres (com espaço), incluindo resumo (no máximo sete linhas) e abstract, palavras-chave (no máximo cinco) e título, ambos em português e inglês.

NOTAS DE RODAPE
Numeradas consecutivamente ao final de cada página, incluindo apenas comentários. Os/as autores/as devem ser destacados no corpo do texto, seguindo a seguinte orientação: sobrenome do autor, ano da obra, dois pontos, página (Strathern, 2006:25-26). Obras publicadas no mesmo ano devem ser diferenciadas pelas letras do alfabeto (1988a - 1988b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências bibliográficas devem ser citadas ao final do artigo (resenha, documento, entrevista), obedecendo os seguintes critérios:

LIVRO - sobrenome do autor, nome do autor. Título do livro (itálico). Local de publicação, editora, data, páginas. [STRATHERN, Marliyn. O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia. Campinas-SP, Editora da Unicamp, 2006 (1988)].

CAPÍTULO DE LIVRO - sobrenome do autor, nome do autor. Título do capítulo (sem aspas). In: sobrenome do autor, nome do autor. Título do livro (itálico). Local de publicação, editora, data, páginas. [ALGRANTI, Leila Mezan. Conventos e recolhimentos em Portugal e na América portuguesa: um estudo comparativo sobre instituições de reclusão feminina (séculos XVII e XVIII). In: COVA, Anne; RAMOS, Natália e JOAQUIM, Teresa. (orgs.) Desafios da Comparação: Família, mulheres e gênero em Portugal e Brasil. Oeiras, Celta, 2004, pp.65-88.]

ARTIGOS EM REVISTAS - sobrenome do autor, nome do autor. Título do artigo (sem aspas). Nome da revista (itálico). Local de publicação, data, páginas. [CORRÊA, Mariza. Trampas do Traje. *cadernos pagu* (22), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/Unicamp, 2004, pp.185-200.]

DISSERTAÇÃO E TESES - sobrenome do autor, nome do autor. Título da dissertação ou tese (sem itálico). Disciplina, Universidade, data. [ALBUQUERQUE, Maria Elisa Vercesi de.

Publicidade na TV: o fenômeno da longevidade do garoto Bombril. Dissertação de mestrado, Sociologia, Unicamp, 2000.]

PUBLICAÇÕES EM MEIO ELETRÔNICO—seguir os critérios acima e acrescentar endereço eletrônico e data de último acesso. [PISCITELLI, Adriana. On Gringos and Natives, gender and sexuality in the context of international sex tourism. *Vibrant - Virtual Brazilian Anthropology*, ano 1, n°1, Brasília, 2004 [http://seer.cfh.ufsc.br/index.php/vibrant/article/viewArticle/241—acesso em 20 ago 2013].