

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DJANA ALVES MARTINS
NICOLLE WANNY FRAZÃO LIMA

O HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Dificuldades enfrentadas na
adesão ao atendimento.

São Luís
2017

**DJANA ALVES MARTINS
NICOLLE WANNY FRAZÃO LIMA**

O HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE: Dificuldades enfrentadas na adesão ao atendimento.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Ludmilla Barros Leite Rogrigues

São Luís
2017

Martins, Djana Alves

O homem na atenção primária à saúde: Dificuldades enfrentadas na adesão ao atendimento / Djana Alves Martins; Nicolle Wanny Frazão Lima -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

34 f.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família. -. 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Ludmilla Barros Leite Rodrigues

1. Saúde do homem. 2. Atenção primaria. 3. Adesão. I. Título.

CDU: 382.82-0025

**DJANA ALVES MARTINS
NICOLLE WANNY FRAZÃO LIMA**

**O HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Dificuldades enfrentadas na
adesão ao atendimento.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

**Prof^a. Ludmilla Barros leite Rogrigues - Orientadora
Mestre em Ortodontia
Universidade Araras - SP**

**Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm - Examinadora
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - LISP**

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que sem a permissão dele nada seria possível. Nos momentos de aflições, de desistência, fraqueza, ele sempre esteve ouvindo o nosso clamor.

Eu Djana Alves Martins, agradeço a minha família, em especial a minha mãe Maria Alves que hoje não está mais entre nós, mas foi a primeira a acreditar no meu potencial, a minha tia Helena Alves, meu Pai José de Ribamar e meu namorado William Moreira, pelo apoio, por acreditarem na realização dos meus sonhos e por terem estado ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Eu Nicolle Wannny Frazão Lima, agradeço a Deus, a minha família, aos meus pais Cláudia Lima e Paulo Lima e meu irmão Victor Frazão por todo apoio, carinho e amor, vocês são razões da minha vida, meus amores, meus alicerces, sem vocês e Deus eu não sou nada. Ao meu namorado Diorgenes Setubal por toda a paciência, amor, dedicação e companheirismo.

A Faculdade Laboro, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigada.

“O temor do Senhor é o princípio da sabedoria,
e o conhecimento do Santo é prudência”.

Provérbios 9.10

RESUMO

A unidade Básica de Saúde é porta principal do Sistema Único de Saúde para promoção e de problemas. Porém o público masculino não procura este tipo de serviço de saúde, pois foram criados para ser o pai de família, ser forte, ser provedor e principalmente não chorar, pois choro é sinal de fraqueza, este fato pode ser relacionado com a visão histórica e cultural da sociedade sobre a figura masculina e à ideia de o homem como ser invulnerável, inabalável, viril, forte, no qual o autocuidado não é visto como uma prática comum. A população masculina só busca ajuda quando a dor se torna insuportável e quando há uma incapacidade de exercer qualquer atividade. Estimativa em que a cada cinco pessoas que vieram a óbito de 20 a 30 anos, quatro são homens. Desse modo, o objetivo principal é avaliar quais são os fatores que contribuem para a baixa adesão dos homens em uma Unidade Básica De Saúde. A pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico, tendo como abordagem análise de dados de forma qualitativa, o estudo foi na área das ciências da saúde, abordando o campo de saúde do homem, o qual direcionará a atenção para a necessidade de individualizar e implementar a promoção à saúde do homem, bem como a estimular a atenção primária de saúde, a dar maior ênfase à problemática.

Palavras Chave: Saúde do homem; Atenção primaria; adesão.

ABSTRACT

The Basic Health Unit is the main door of the Unified Health System for promotion and problems. But the male audience does not seek this type of health service, because they were created to be the father of the family, to be strong, to be a provider and especially not to cry, because crying is a sign of weakness. This fact can be related to the historical and Cultural view of society on the male figure and the idea of man as being invulnerable, unshakable, virile, strong, in which self-care is not seen as a common practice. The male population only seeks help when the pain becomes unbearable and when there is an inability to engage in any activity. Estimating that every five people who have died aged 20 to 30 years, four are men. Thus, the main objective is to evaluate the factors that contribute to the low adherence of men to a Basic Health Unit. The research is a bibliographical study, using a qualitative data analysis approach, the study was. In the area of health sciences, addressing the field of human health, which will focus attention on the need to individualize and implement the promotion of human health, as well as to stimulate primary health care, to give greater emphasis to the problem.

Keywords: human health; primary attention; accession.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

SBU - Sociedade Brasileira de Urologia

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMNS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	Geral.....	14
3.2	Específico.....	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
5.1	Atenção primária: saúde do homem.....	16
5.2	Fatores que influenciam para a ausência dos homens nos serviços de saúde.....	19
5.3	Política nacional de atenção integral a saúde do homem: implantação no Brasil.....	22
5.4	Desafios na implantação da política nacional de atenção integral do homem.....	25
5.5	A política e a equipe da estratégia de saúde da família.....	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Os homens são gerados para ser provedor, ser forte, não chorar e não adoecer e que para muitos a doença é sinal de fragilidade e fraqueza, e com essas crenças dificultam a incorporação de medidas e a mudança no estilo de vida.

De acordo com Brasil (2009), toda a população masculina brasileira vem apresentando uma expectativa de vida inferior às mulheres. Estimativa em que a cada cinco pessoas que vieram a óbito de 20 a 30 anos, quatro são homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm maior incidência de doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada.

Enquanto a saúde da população feminina foi inserida às políticas nacionais de saúde, no começo das décadas do século XX devido às lutas dos movimentos feministas, desde então evolui de maneira satisfatória, enquanto que a saúde do homem permaneceu longe das discussões e das prioridades das autoridades de saúde e até mesmo da sociedade (JUNIOR; LIMA, 2009).

São apontadas inúmeras razões para a ausência dos homens nos serviços de saúde, mas, de um modo geral, após a percepção, podemos determinar a barreira sociocultural e barreira institucional como dois grupos principais para as causas da baixa adesão, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber, 2005).

Este fato pode ser relacionado com a visão histórica e cultural da sociedade sobre a figura masculina e à ideia de o homem como ser invulnerável, inabalável, viril, forte, no qual o autocuidado não é visto como uma prática comum, e com essa cultura enraizada irar interferir na procura pelos serviços de saúde, pois pedir ajuda quando necessário, é sinônimo de fragilidade.

Outra questão que pôde ser observada a não procura pelos serviços de saúde pelos homens, está ligada ao horário de funcionamento dos serviços que coincidem com a carga horária em que eles trabalham. Mas, pelo fato do papel histórico que o homem é responsável por levar o sustento da família, ele prioriza e coloca em primeiro lugar o seu trabalho, deixando-o assim de lado sua saúde. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande par-

te das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da contribuição pelo sustento, e cada vez mais inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A população masculina só recorre a ajuda quando a dor se torna insuportável e quando há uma incapacidade de exercer qualquer atividade. Recorre de primeiro momento medidas de fácil acesso com os tratamentos alternativos, como a automedicação, utilização de chás ou através da orientação do farmacêutico e até mesmo do próprio balconista da farmácia onde muitos não têm nem mesmo instrução. A concepção masculina sobre saúde e doença é de que, problemas de saúde podem significar uma possível demonstração de fragilidade. (GOMES, et al, 2007).

Outro motivo aparente da baixa adesão estar nos homens sentirem mais dificuldades para serem atendido, seja pelo tempo perdido na espera da assistência seja por considerarem as unidades básicas de saúde - UBS como um espaço feminizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres.

Com a não procura dos homens aos serviços de saúde, a realidade se contradiz a um dos princípios do SUS, a integralidade. (BASÍLIO; ALBANO; NEVES, 2010).

O Ministério da Saúde brasileiro, em 2008, apresentou como uma das prioridades do governo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o propósito de desvelar as ações de atenção integral à saúde dos indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008).

A PNAISH, por meio do Ministério da Saúde, alinhada à Atenção primária de Saúde torna-se a porta preferencial de entrada do Sistema Único de Saúde no País, que vem visando esforços para fortalecer o desenvolvimento de ações e serviços destinados à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde população masculina (Couto MT, et al, 2010). Mesmo obtendo uma política para diminuir a baixa adesão na procura do homem no serviço de saúde, o que leva a não procura?

2 JUSTIFICATIVA

Existem inúmeras justificativas para a baixa adesão da procura masculina às UBS. Uma delas refere-se à inclusão dos homens nos serviços de atenção primária é desafiadora, pois em geral, as campanhas de divulgação priorizam crianças, mulheres e idosos, ou a precarização do atendimento isso gera o pouco reconhecimento da importância da prevenção de doenças e promoção da saúde masculina. Estudo sobre a saúde do homem vem ganhando destaque em todo o cenário nacional devido ao aumento da mortalidade morbidade e também a baixa procura dos homens no serviço de saúde, entendendo que a saúde do homem não era priorizada, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização.

Além das justificativas acima destaco a magnitude da problemática e por contribuir com um referencial teórico, que poderá ser utilizado pela clientela, comunidade acadêmica da área de saúde e sociedade em geral, visto que há poucos estudos brasileiros disponíveis com essa temática.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os fatores que contribuem para a baixa adesão dos homens aos serviços de atenção primária.

3.2 Específicos

Descrever a Atenção Primária em relação a Saúde do homem.

Identificar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem no Brasil.

Destacar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Atenção Primária de Saúde.

4 METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico, tendo como abordagem e análise de dados de forma qualitativa. Utilizou-se a dialética como método científico, de modo a considerar as diferentes visões sobre o objeto de estudo.

Segundo Gil (2007) a pesquisa bibliográfica é caracterizada por utilizar documentos já elaborados, permitindo a necessidade de investigação de gamas de fatores e fenômenos muito mais amplos do que aquelas que poderiam ser pesquisadas diretamente.

Os objetivos são de caráter exploratório e descritivo. Como procedimento técnico adotou-se a pesquisa bibliográfica a partir de fontes documentais e bibliográficas. Foram utilizados livros, artigos, teses, dissertações, revistas, manuais para as fontes de consulta. Realizada através de exploração da leitura de bases de dados científicos como: Periódicos Capes, Scielo, Biblioteca digital de teses e dissertações com as seguintes palavras chave: saúde do homem; adesão; atenção primária; as buscas foram realizadas em fontes nacionais, no período de 2006 a 2017.

O estudo foi na área das ciências da saúde, abordando o campo de saúde do homem, o qual direcionará a atenção para a necessidade de individualizar e implementar a promoção à saúde do homem, bem como a estimular a atenção primária de saúde, a dar maior ênfase à problemática.

Das 30 fontes levantadas, após leituras sucessivas, 15 foram fichadas para compor a revisão bibliográfica com foco na questão norteadora desta pesquisa. Para a análise dos conhecimentos, informações e dados adotou-se a reflexão crítica como referência. Sendo critério de inclusão, bibliografias brasileiras e artigos na integra.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção primária: saúde do homem

Para a discussão da atenção à saúde do homem é necessária a compreensão do funcionamento da porta de entrada aos serviços de saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil a principal entrada é através das chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são locais responsáveis por prestar os serviços de atenção básica. São um núcleo importante que permite um espaço para a aplicação de medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças e representa o primeiro passo na busca ativa pela consolidação de uma assistência integral à saúde (CAMPANUCCI; LANZA, 2011)

As UBS foram criadas para desempenharem um papel central para a garantia inserção de usuários a uma atenção à saúde de qualidade. As Unidades Básicas de Saúde foram instaladas em bairros para uma maior comodidade na hora de desempenhar um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Nós brasileiros somos presenteados por ser o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um Sistema Único de Saúde garantindo princípios de universalidade, integralidade e além de tudo ser gratuito, porém efetivar a estas unidades a infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o país ainda está enfrentando (BRASIL, 2012).

Dentre os serviços oferecidos nas UBS analisados as únicas ações voltadas especificamente à população masculina são:

As de prevenção do câncer de próstata, mas o público alvo são os homens com idade igual ou superior a 40 (quarenta) anos. Isto significa que não há serviços oferecidos especificamente à população masculina nas UBS analisadas, exceto a dosagem de PSA (Antígeno Prostático Específico) - um exame de sangue que pode detectar o câncer de próstata. Os serviços primários norteados pelos programas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos que conseguem captar a população masculina - como grupos de caminhada e alongamento, por exemplo - acabam atraindo somente os idosos, principalmente por conta do horário que são desenvolvidos (CAMPANUCCI; LANZA, 2011.p.7).

Desde que as UBS foram implantadas como porta de entrada do sistema único de saúde dos brasileiros, houve uma melhora significativa através da criação da

Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando um melhor acesso da população aos serviços, disponibilizando mais ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se alcance mais equidade, ou seja, melhores resultados em saúde (BRASIL, 2011).

Passados alguns anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aproximadamente 20, pode-se observar que a relação homem/mulher nos aspectos relacionados às políticas públicas ainda exibem contrastes significantes. Pois a mulher foi inserida nas políticas públicas através de ações de movimentos considerados feministas e tendo evoluído de maneira positiva, em contrapartida o homem permaneceu sem uma política por muito tempo, pois não era visto como prioridades das autoridades de saúde e até mesmo da sociedade. (JUNIOR; LIMA, 2009).

A explicação para isso se dá através visão histórica e cultural da sociedade sobre a figura masculina e à ideia de o homem como ser que não adoece provedor da família, não chora, não tem dor, viril, forte, no qual podemos analisar através da literatura que no auto cuidado ele se torna vulnerável onde não é visto como uma prática comum, causando grandes problemas para sua saúde e interfere na procura pelos serviços de saúde e contribui para o desenvolvimento de doenças que são passíveis de prevenção e tratamento eficiente.

Contudo a população criou estereótipos para as Unidades Básicas de Saúde, obtendo uma falsa ideia que os serviços prestados por elas são que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREIDO, 2005).

O SUS entende que para se ter qualidade de vida do homem jovem e adultos são necessários cuidados com a sua saúde. Existem muitos desafios a serem enfrentados, principalmente as doenças que são mais frequentes entre os homens.

Segundo algumas curiosidades pesquisadas, os homens praticam atividade física com menor regularidade, muitas vezes tem medo de descobrir doenças, estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho, utilizam álcool e droga em maior quantidade e estão envolvidos na maioria das situações de violência. Através das literaturas podemos observar pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. Por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de

participação dentro da sociedade. Segundo Figueiredo (2005) o homem estaria associado à desvalorização do autocuidado e, sobretudo a preocupação iminente a sua própria saúde. Porém ao observar pelo outro lado, podemos afirmar que na verdade, eles utilizam outros meios de serviço saúde emergências, como farmácias ou pronto-socorros, que atenderiam de forma mais objetiva e rápida às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Essa busca por esses serviços de saúde se opõe ao preconizado por Brasil (2006) uma vez que a atenção básica é a porta de entrada e o principal contato dos usuários com os serviços de saúde, independente de sexo ou idade.

A análise da literatura especializada indica uma diferença com grande significado na procura entre homens e mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002). Autores como Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005) relatam, um grande percentual de mortalidade masculina quando comparadas as causas de morte, e por outro lado, maior procura feminina pelos serviços de saúde. A constatação desses autores traz implícita a ideia de que as mulheres estão mais propensas a adoecer que os homens.

A procura pela atenção primária de saúde em primeiro momento resultaria em dados positivos e ainda tinham uma facilidade melhor da resolução dos casos e, contudo, o meio de promoção e prevenção a saúde. Ainda existe a percepção de que doenças como a AIDS se limitam a falsa ideia a determinados grupos, principalmente os dos homoafetivos, prostitutas e sendo assim medidas de prevenção acabam sendo abolidas devido ao fato destes homens considerarem estar fora destes grupos. Isto também contribui para a pouca discussão sobre este tema entre casais casados ou com união estável (BRASIL, 2008).

Todavia, os homens na adolescência e jovens adultos são mais vulneráveis ao risco e de infecção pelo HIV/AIDS, por pensarem numa invulnerabilidade que não existe e não adotarem medidas preventivas como o não uso de preservativos, que muitos alegam que não gostam, sendo necessárias ações efetivas voltadas para o reconhecimento desta população sobre a vulnerabilidade a esses agravos (BRASIL, 2009).

Analisando podemos observar que os homens só comparecem a uma unidade básica de saúde na fase de criança quando acompanhando do responsável. A saúde

do homem na fase adulta ainda é pouca argumentada, estudos mostram que há um padrão social com preponderância sobre o sexo masculino que influencia atitudes que dificultam a aplicação de medidas preventivas de homens diante da saúde e através deste modelo do que é ser homem têm ocorrido sérias consequências para a saúde e a vida dos mesmos.

5.2 Fatores que influenciam para a ausência dos homens nos serviços de saúde

Sobretudo analisando as literaturas todas falam de uma resistência do público masculino na procura da atenção primária pode ter diversas razões, e Carrara, et al (2009) relata que são divididas e simplificadas em dois grupos de causas: barreiras institucionais e barreiras socioculturais.

No que tange as barreiras socioculturais, é a relação do estereótipo que a sociedade faz do homem e seus comportamentos são discutidos baseando-se na perspectiva de gênero, com atenção especial voltada a baixa adesão da procura dos homens em serviços de saúde e na maneira como essa demanda é acolhida nestes locais. Para que haja esse equilíbrio entre a relação dos aspectos sociais e culturais que influenciam o comportamento masculino no cuidado à saúde e as características da assistência e das práticas profissionais, é imprescindível analisar todas as causas que impede a procura desse gênero ao serviço de saúde.

Várias literaturas constataam que os homens, em geral, sofrem mais de condições que podem ser evitadas como as complicações severas e crônicas de saúde e também morrem mais do que as mulheres pelas principais causas de morte. Todavia, apesar das taxas masculinas assumirem percentual importante (significativo) nos perfis de morbimortalidade, podendo assim observar que a presença de homens nos serviços de atenção básica à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007; COURTENAY, 2000).

E um dos motivos para essa baixa adesão ao serviço de saúde reforça para a mesma tecla que é a influência dos aspectos culturais na masculinidade. Segundo Alves (2011) onde a educação dos meninos segue padrões diferentes da criação das meninas. Nesse contexto, os homens são estimulados a manifestar a sua virilidade para

não sofrerem com a rejeição de comportamentos compreendidos por parte da sociedade como femininos. Assim, o padrão de masculinidade é imposto aos meninos e homens não pelo desejo de serem viris, mas pelo medo de serem vistos como afeminados

Outro motivo pesquisado, são as cargas de trabalho, a falta de horário ociosa, a impossibilidade de deixar as atividades, a necessidade de levar o sustento para casa, funciona não só como empecilhos na busca pelos serviços da unidade básica de saúde, mas, também contribuem para a perspectiva de ser o trabalho em si a única atividade a ser realizada no cotidiano dos homens, sem ele o homem se senti impotente (GOMES, 2012).

Segundo Alves (2011) que ao entrevistar um grupo de homens eles relataram que a causa da baixa procura a unidade básica de saúde, seria porque eles se consideram mais acomodados, serem o provedor da casa, além de cultivarem uma conduta machista de apenas cuidar da saúde em situações bastante extremas; se encontrarem mais dificuldades nos atendimentos acordar cedo, viver só para trabalhar.

Entretanto dados do IBGE corroboram a justificativa dos homens, referentes à força de trabalho, dados revelam um aumento no número de mulheres em atividade profissional que passou de 47,2% em 1992 para 52,4% no ano de 2007, e um decréscimo no número de homens em atividade que em 1992 era de 76,6% passando em 2007 a ser de 72,2% (BRASIL, 2009).

Existe outras justificativas que levam o homem a não procurar atendimento básico de saúde, tendo mais dificuldades para ser atendidos. Isso pode ser percebido pelas falhas na assistência percebidas pelos homens como promoções voltadas ao público feminino nos atendimentos.

Oliveira et al. (2007), onde realizou um estudo com profissionais do SUS, e confirmaram essas falhas ao verificarem as dificuldades desse sistema na efetiva ampliação do acesso à assistência de saúde. Mesmo que um item da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH cujo objetivo é adequar os serviços de forma que possam atrair um público diferenciado, incluindo homens em idade ativa (BRASIL, 2008).

Uma variável importante relatada por muito homens que os impede de procurar a UBS é perca do dia de jornada de trabalho e que não teria uma resolução eficaz de

suas demandas. Sendo que não há serviços de ações e atividades de prevenção, promoção de saúde direcionada para o público masculino.

Existe várias dificuldades que impossibilita a procura na busca de atendimento pelo sexo masculino, e muitos estudos relata que são as próprias unidades básicas de saúde são os empecilhos.

De acordo com Barbosa (2014) demora no atendimento, o horário de funcionamento das unidades que coincidem com horários que estão trabalhando, pelo ambiente totalmente predominante do sexo feminino, até mesmos os profissionais da saúde que em sua maioria são compostos por mulheres, a decoração também influencia, trazendo na sala de recepção cartazes como o de: amamentação, exames cito patológicos e vacinações.

A análise da literatura especializada indica uma diferença significativa na procura pela APS entre homens e mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002). Autores como Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005) apontam, por um lado, uma maior mortalidade e sobre mortalidade masculina quando comparadas as causas de morte, e por outro lado, maior procura feminina pelos serviços de saúde. A constatação desses autores traz implícita a ideia de que as mulheres estão mais propensas a adoecer que os homens.

Os dados sobre a mortalidade e sobre mortalidade dos homens com respeito à maioria das enfermidades em relação às mulheres desmistifica a ideia de que o homem adoecer menos que as mulheres. Isso indica que a explicação desse fenômeno passa também por uma questão de gênero, em que homens e mulheres sob efeito de elementos culturais distintos, desenvolvem padrões de comportamentos diferentes com relação aos autocuidados com a saúde (AQUINO et al., 1991).

Visto toda essas justificativas acima e problemáticas, foi possível a identificação e na tentativa de corrigir um equívoco histórico, o Ministério da Saúde lançou, em agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - o PNAISH (BRASIL, 2008), para assistir os homens entre 25 e 59 anos. A faixa etária em foco que embora represente 41,3% da população masculina, e 20% do total da população brasileira, pelo fato de ser uma parcela essencial da força produtiva com bastante

significado do papel sociocultural e político, não estava, até então, incluída em nenhuma política de saúde.

A política proposta para adoção pelo Ministério pretende identificar os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina à maior exposição de riscos em saúde, assim como, influenciam em seu acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2008). Assim esse Programa em relação a cultura sobre a prevenção enfatizando, para isso, uma mudança paradigmática da percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde, a compreensão do universo masculino e suas motivações e empecilhos para fazer a prevenção de doenças.

No estudo realizado por Figueiredo e Schraiber (2008), um aspecto que chamou atenção foi o relato de um dos entrevistados, afirmando que só procura os serviços de saúde quando sua esposa o intima a ir e o mais comum é que homens casados dependam de suas mulheres no cuidado à saúde, até para a marcação de consultas, resultando que, para eles, o casamento é fator de proteção em uma variedade de doenças, o que não acontece para as mulheres.

Os motivos da demora podem ser os mais variados possíveis, no entanto os mais perceptíveis estão relacionados com a demanda, ou seja, oferta x procura, pois o número de profissionais é insuficiente para atender a grande demanda, fazendo com que acumule consultas ou nem todos conseguem ser atendidos. Outro motivo está relacionado a negligência por parte do profissional, onde esse não cumpre sua carga horária, pois, chegam atrasados ou algumas vezes faltam ao serviço provocando um acréscimo nos atendimentos.

Visto a necessidade de criação de uma política específica para esse público masculino, foi possível desenvolver, pois as problemáticas estavam só crescendo e devido a realidade apresentada pelos indicadores de morbidade e mortalidade desta população.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a expectativa de vida masculina é sete anos menor e a quantidade de óbitos é muito superior à das mulheres. Destaque-se a violência que vitima o dobro de homens, e o triplo se for considerado a faixa de 20 a 39 anos. Pelos dados, têm-se que 82% dos óbitos do sexo masculino são em decorrência de acidentes de trânsito, em geral jovens, e seis de cada 10 óbitos são doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2009 p. 45).

5.3 Política nacional de atenção integral a saúde do homem: implantação no Brasil

Tradicionalmente o espaço para ações e discussões sobre a atenção a saúde masculina, teve por muito tempo uma desvalorização, onde o sistema de saúde deu uma maior atenção a outros programas prioritários, a exemplo daqueles vinculado à saúde da criança, da mulher e mais recente a do idoso, estabelecendo apenas estratégias e metas para esses grupos consideravelmente mais frágeis diante a sociedade.

Neste contexto, percebe-se a necessidade de criar um programa voltado para a população masculina que garanta a linha de cuidados integrais como também ações e atividades de promoção de saúde com o intuito de facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde pelos homens (BRASIL, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde deu início com uma parceria entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, onde juntos estabeleceram como prioridade a proteção à população masculina. Desta forma, lançando-o assim a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), que foi instituída pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009.

Esta política dá ênfase aos homens com faixa etária de 20 a 59 anos que busca minimizar os altos índices de morbidade e mortalidade desta população, que representa um verdadeiro problema de saúde pública (BRASIL, 2009).

O Brasil é considerado o primeiro país a implantar uma política pública em saúde específica para os homens na América Latina e o segundo no continente Americano, depois do Canadá. (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 668).

Na efetivação dessa política, foram determinadas responsabilidades institucionais a serem cumpridas pelos estados, responsabilidade estas definidas de acordo com as diretrizes advindas do Pacto pela Saúde de 2006. Para que ocorresse a possível implantação da política foi necessário promover junto à população e com ajuda de profissionais da saúde e órgãos governamentais, ações de informações, educação promovendo a promoção e prevenção e comunicação em saúde com o objetivo de di-

fundir a política ora proposta, dentro da esfera de sua competência, e na articulação intersetorial e interinstitucional (BRASIL, 2008).

Devido a elevação dos indicadores de mortalidade e morbidade e dos efeitos de alguns agravos a saúde do homem, seja eles por causas externas, como por violência, ou por acidentes de trânsito, as doenças infectocontagiosas, crônicas e degenerativas também então incluída na pauta e nos debates efetivados na política a atenção à saúde do homem (XIMENES NETO et al. 2009).

Embora diversos grupos sociais participaram na elaboração da PNAISH, os homens pouco fizeram parte e contribuíram na construção dessa política, alguns autores compreendem que o homem demonstra ser passivo perante as decisões referente a sua saúde, desta forma se sentindo “vítima” e precisando ser protegido de si mesmo.

Já as mulheres, buscam uma política pública em saúde por meio de movimentos sociais de acordo com suas necessidades, os homens por demonstrar uma série de bloqueios, não aparecem de forma direta, mas sim por médicos, urologistas, e por aqueles que formularam e executaram a política em saúde, a PNAISH foi criada exclusivamente para o homem, mas ocorreu sem a participação dele (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; MEDRADO et al., 2010; LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).

Além dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) desenvolveu um papel importante na formulação e implantação da política direcionada os homens, desde 2004 a SBU vinha se dedicando a assuntos relacionados a saúde do homem

Em 2008 foi que ela passou exercer de forma mais intensa, buscando a atenção de outras sociedades médicas e dos diferentes setores de governo, e dos conselhos de saúde (CONASS E CONASEMNS), para a criação de políticas e leis direcionadas a saúde do homem. Além dessas questões citadas acima, também estavam em pauta assuntos corporativos como o credenciamento obrigatório de urologistas que prestam serviços ao SUS e os valores repassados do SUS para os urologistas (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

De acordo com Carrara et, al. (2009), em 2007 o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva nomeou o médico sanitário José Gomes Temporão como Ministro da

Saúde e ao falar o seu discurso de posse, mencionou a implantação de uma política de saúde voltada para a população masculina. Este interesse pela criação de uma política foi de suma importância para dar-se início a um processo de discussão sobre o adoecimento e saúde do homem e âmbito nacional. E foi na XIII Conferência Nacional de Saúde, que duas propostas foram aprovadas, com o foco na criação e institucionalização de programas e políticas públicas de saúde direcionada a população masculina (MARTINS; MALAMUT, 2013).

Em Julho de 2008 a UBS assinou um acordo de cooperação técnica com o Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir os altos índices de mortalidade masculina, promovendo assim a assistência ao homem no sistema público de saúde. A UBS não mantia apenas interesse em treinar médicos do SUS a identificar e diagnosticar problemas urológicos, mas também os usa como porta de entrada para conscientização nas campanhas direcionadas a promoção e prevenção, visando incentivar o interesse e a busca dos serviços de saúde com mais frequência pelos homens (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

5.4 Desafios na implantação da política nacional de atenção integral do homem

Segundos os estudos comparativos do PNAISH os homens possuem expectativa de vida de aproximadamente 7,6 anos a menos que as mulheres, correspondendo 60% das mortes no país (BRASIL, 2009).

Ao ver o homem com um ser viril, forte, invulnerável e provedor, muitas das vezes faz com que ele não permita sentir medo, ansiedade, a insegurança e a busca aos serviços primários de saúde, onde são vistos como posturas feminizadas.

Pelo fato do homem se alimentar que tais comportamentos são exclusivos da mulher e que apenas ela pode ter estas posturas, o homem minimiza os sinais que ele denomina como fraqueza e na medida que há aproximação de características de sensibilidade, dependência e cuidado, acreditam que estão predispostos a doenças, lesões e a morte (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades

de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças (BRASIL, 2009, p. 7).

Se os homens realizassem consultas com regularidade, as medidas de prevenção primária, muitos agravos poderiam ser evitados, mas o que vimos é que ainda há uma resistência masculina à atenção primária e que há também um acréscimo na sobrecarga financeira da sociedade, além de sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e por uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Brasil (2009, p.16), ressalta que a PNAISH, possui um dos desafios importante na execução da Política de saúde, desafio este que está a mostra na introdução do seu documento, onde diz que a “movimentação da população masculina brasileira pela luta e garantia do direito social à saúde é um dos grandes desafios da Política, que almeja tornar os homens como protagonistas de ações que alicercem seus próprios direitos de cidadania”.

Para iniciar a execução da PNAISH e fazer com que os homens utilizem os serviços primários da saúde, em primeiro lugar é necessário a sensibilização e conscientização deste grupo a qual é atendido, ou seja, o homem precisa entender que os problemas de saúde e que os impactos que eles geram na sociedade estão diretamente envolvidos. A não participação masculina na construção da política, onde ela foi elaborada exclusivamente aos seus interesses, pode ser refletido no afastamento dos homens com os serviços de saúde. Eles até acreditam na PNAISH e que traz benefícios e vantagens à saúde, mas de certa forma é necessário que homens participem e que cada vez mais esta população masculina cresça na conscientização e cooperação para o desenvolvimento de novos serviços e da política de saúde (FIGUEIREDO, 2005; MARTINS; MALAMUT, 2013).

5.5 A política e a equipe da estratégia de saúde da família

Vale lembrar que, os homens estão dentre os grupos e sujeitos assistidos pela equipe de enfermagem, onde representam uma grande demanda de assistência reprimida, por apresentarem uma série de necessidades, riscos e vulnerabilidades à saúde, eles necessitam ser priorizados durante a atenção individual ou coletiva, promovendo a aproximação desta população os serviços de saúde com mais frequência (XIMENES NETO et, al. 2013).

Os acessos dos homens estão intimamente relacionados com a atuação profissional e a forma com que o homem é acolhido pela equipe e tratado, pois possibilita uma maior aproximação entre o profissional da saúde e o homem a qual está sendo atendido. Conforme Storino, Souza e Silva (2013), os homens perdem o interesse e deixam de retornar aos serviços de saúde devido a insatisfação com o serviço prestado anteriormente. Portanto os profissionais de saúde da atenção primária devem estar altamente qualificado e preparado, a ponto de reconhecer as necessidades em saúde na qual aquele homem está envolvido, tornando o acolhimento como um importante instrumento de seu serviço prestado.

Na maioria das vezes, dentro dos serviços de saúde os homens são vistos de forma negativa e sua postura é comparada ao público feminino, isto acontece por demonstrarem pouca paciência na espera pelo atendimento, um certo incômodo e desconforto ao ambiente.

Os profissionais também possuem uma abordagem diferenciada onde, associam a adoção de práticas curativa a aos homens e para as mulheres a adoção de práticas preventivas. e muita das vezes os profissionais se encontram despreparados em atender e reconhecer as necessidades de saúde do homem (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012. p. 2622).

Fazem-se objetivos específicos do PNAISH, organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS, além de formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento a saúde do homem” (BRASIL, 2009. NÃO PAGINADO).

Souza et, al. (2014), afirma que a qualificação é essencial para o êxito da PNAISH e que tem uma relevância quando se trata da confiança dos homens na procura pelo serviço, sendo assim que não haja uma decepção ao encontrar os profissionais de forma despreparados a atender suas necessidades.

É visto que o PNAISH apresenta como um dos seus objetivos a capacitação técnica, a formação e qualificação dos profissionais de saúde para um bom atendimento à população masculina. Embora, ainda exista uma resistência pelos profissionais, seja pela precarização das condições de trabalho, seja pela dificuldade em atender a grande demanda que envolve as outras políticas ou apelo receio de adotar uma nova política (BRASIL, 2009; GOMES et al., 2012). Como já falado, muito dos profissionais que atende a população masculina não estão aptos a realizar tal tarefa, e isso chega a comprometer o desenvolvimento de toda equipe onde é destinada ao cuidado e promoção da saúde dos homens, por isso é preciso que todos se qualifiquem para prestarem um bom serviço a toda população. (SOUZA et al, 2014).

O gestor também desempenha um papel muito importante na PNAISH, porém, muitos possuem dificuldade de reconhecer com nitidez as suas funções e competência perante esta política, vindo a dificultar a implantação e a busca de recursos para a execução da PNAISH. Dentre as atribuições dos gestores que coordenam essa política destacam-se a regularização, acompanhamento e avaliação, como também a priorização da atenção primária, qualificação de todos profissionais de saúde e execução das ações descritas na PNAISH. Os gestores devem também buscar parcerias entre os administradores da Federação, com o intuito de qualificar as equipes de saúde para o bom andamento das propostas contidas em pauta na política (ADAMY et al., 2015).

Para a efetivação do projeto piloto, que diz respeito aos recursos financiados da PNAISH, a portaria nº 1.008 de 4 de maio de 2010 determina setenta e cinco mil reais para os municípios receberem este recurso, os municípios são escolhidos pela Comissão Itegestora Bipartite (CIB). Entretanto há uma dificuldade na execução e no desenvolvimento dessa política, pois muitos municípios que estão tentando implantar a política não estão recebendo os recursos financeiros. No entanto relatam também que o recurso disponibilizado é insuficiente para atender todas as demandas da política, uma vez que há diferentes necessidades e aspectos epidemiológicos de cada local. Esta

política não depende exclusivamente do fator financeiro, como também de um planejamento que reconheça as realidades epidemiológicas e socioculturais das diferentes regiões do país (PEREIRA; NERY, 2014; ADAMY et al, 2015).

O sucesso da PNAISH não pretende apenas mobilizar a população masculina a frequentar os serviços de saúde, como também incentivá-los a procurar seus direitos, a autonomia e as práticas de autocuidado, mas com a participação dos homens na colaboração da PNAISH é que será possível reduzir as taxas de mortalidade e morbidade que acometem o público masculino (MARTINS; MALAMUT, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de toda virilidade o homem se submete a transmitir uma aparência de machismo para não parecer afeminado, eles apresentam igual ou maior fragilidade se comparado as mulheres. Isso se torna preocupante pois existe barreira e mitos socio-culturais que interferem na busca por atendimento na atenção primária de saúde por parte desses indivíduos.

Ao decorrer do trabalho pode-se justificar a baixa adesão segundo literaturas pela qual o público masculino não procura atendimento.

Vimos que devido ao alto índice de morbimortalidade que este grupo sofre, as discussões sobre a atenção a saúde masculina estão continuamente presentes em pautas e debates atuais.

Percebemos que os homens só vão em busca da assistência à saúde quando a doença já encontra-se instalada, causando desta forma vários problemas familiares, econômicos e sociais. E foi a partir deste verdadeiro problema de saúde pública que se percebeu a necessidade de criar um programa voltado para a população masculina, garantindo assim a linha de cuidados integrais como também ações e atividades de promoção e prevenção, com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde do homem. Esta assistência à saúde do homem de forma preventiva foi efetivada em política a partir da criação em 2009 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

O homem como um ser cheio de particularidades necessita urgentemente de estratégias específicas para que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem seja executada de forma totalmente eficaz. Nesse mesmo sentido a Atenção Primária de Saúde é um mecanismo facilitador, onde ele busca aproximar os serviços públicos de saúde da população, e tem como principais características um serviço que diminui as dificuldades de acesso, proporcionando uma assistência direcionada e individualizada, priorizando a hierarquização dos serviços, desta forma sendo uma porta de entrada para o sistema.

Apesar da criação do PNAISH, houve alguns desafios enfrentados na execução desta política que até nos dias atuais encontram-se presentes. O fato do homem se

sentir um ser forte, invulnerável e provedor faz com que ele deixe de ir a procura dos serviços de saúde, quando ele acredita que o medo, ansiedade, a insegurança e a busca aos serviços primários sejam apenas posturas femininas, predispondo e colocando em risco a sua própria saúde, ou seja, o homem de forma geral evita o espaço da saúde, permitindo que os casos se agravem ocasionando maiores problemas, trazendo despesas tanto para si quanto para o sistema de saúde que torna-se obrigado a intervir nas fases mais avançada das doenças.

Outro problema observado neste contexto é a despreparação e falta de qualificações dos profissionais da equipe da atenção primária no atendimento ao homem, que muitas vezes são vistos de forma negativa e com posturas feminizadas, os profissionais também associam a adoção de práticas curativas quando para as mulheres os profissionais associam as práticas preventivas a elas. Portanto a qualificação é essencial para o êxito da PNAISH que tem objetivos específicos quando se trata diretamente de qualificar os profissionais da rede básica, objetivo este para o correto atendimento a saúde do homem em todo o território brasileiro, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde.

O sucesso da PNAISH pretende da mobilização tanto da população masculina quanto dos profissionais da saúde, incentivando a procura e participação dos mesmo na colaboração da PNAISH com intuito de reduzir as taxas de mortalidade e morbidade que acomete a população masculina.

Além de cunho informativo este trabalho propõe que ocorra uma reestruturação dos serviços ofertados pela UBS para o público masculino, visando uma maior promoção e prevenção nesse gênero. Tal iniciativa é necessária uma ação conjunta e bem estruturada envolvendo toda a equipe da atenção básica, membro da comunidade, poder público para podermos ter êxitos nos resultados.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, Edlamar Kátia et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem: visão dos gestores do SUS. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2415-2424, 2015.
- ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 fev. 2017.
- AQUINO, E. M. L. de et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 174-189, abr./jun. 1991.
- BARBOSA, Camila Jussara Liima. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Saúde e Desenvolvimento**, Alagoinhas, v. 3, n. 3, p.1-16, dez. 2014.
- BRASIL, Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/ilevalcool.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.46p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.46p
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em 25 jan 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção básica e saúde da família**. Departamento de atenção básica, Saúde mais perto de você. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em 17 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

COURTENAY WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med** 2000; 50:1385-401.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; LANZA, Liria Maria Bettiol. A atenção primária e a saúde do homem. **Gênero e Políticas Públicas**, Londrina, v. 1, n. 0, p.1-13, 19 ago. 2011.

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

FIGUEIREDO, W. S. ; SCHRAIBER, Lilia B . Masculinidades e Saúde: construindo gênero e cuidando da saúde.. In: Medellín. IIIº **Colóquio Internacional de estudios sobre varones y maculinidades**, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. **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 23(3) p.565-574, mar 2007. Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em 25 jan 2017.

GOMES, Romeu et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012.

GIL, A, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo; Atlas, p. 175. 2007

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

JUNIOR, Eduardo. A. L.; LIMA, Hermínio. S. **Promoção da saúde masculina na atenção básica**. **Pesquisa em foco**, Maranhão, vol. 17, nº 2, p. 32-41, 2009.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena. P. M.; GOTLIEB, Sabina L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência E Saúde Coletiva**, São Paulo, vol. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. O percurso da política nacional de atenção integral à saúde dos homens (PNAISH), desde a sua formulação até a sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

MEDRADO, Benedito et al. Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In: _____. **Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas**. Recife: Instituto Papai, 2010, p. 53-78.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

OLIVEIRA, D. C. et al. Atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Revista Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 26-46, jul./dez. 2007.

PEREIRA, Leonardo Peixoto; NERY, Adriana Alves. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 635-643, 2014.

PINHEIRO, S. P. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=pt&nrm=iso>

SCHRAIBER, L.B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA W.; MONTEIRO S. (Org.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro, ABRASCO, UNFPA, p. 39-61. 2005.

STORINO, Luisa Pereira; SOUZA, Kleyde Ventura; SILVA, Kênia Lara. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 638-645, 2013.

SOUZA, Luiz Paulo et al. Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 291-304, 2014

XIMENES NETO, F. R.G.; et al. Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território de estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 01, ano 2013 p.1741-1756 Disponível em: <gestaoesaude.unb.br index.php gestaoesaude article do nload ... pdf >. Acesso em 25 jan 2017.