



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,  
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

## A INVISIBILIDADE DA SAÚDE DO HOMEM NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Priscila Henrique Bueno dos Santos<sup>1</sup>  
Keli Regina Dal Prá<sup>2</sup>

### Resumo

O trabalho objetiva analisar como a Atenção Primária à Saúde (APS) de um município brasileiro se organizou para cumprir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A saúde do homem é discutida nos anos 1970 e constitui-se relevante, visto que as doenças e agravos que envolvem a população masculina constituem problemas de saúde pública. A invisibilidade da saúde do homem ocorre devido aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro. Resistentes à prevenção e ao autocuidado, os homens chegam aos serviços de saúde tardiamente, tendo como porta de entrada a atenção especializada. Através de revisão bibliográfica buscou-se entender por que a saúde do homem é considerada como um tema invisível para a APS bem como utilizou-se de pesquisa hemerográfica na busca de informações na mídia digital que publicaram notícias sobre a PNAISH no Brasil.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. SUS.

### 1 INTRODUÇÃO

A utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro melhorou desde a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), seja ampliando o acesso da população aos serviços, seja disponibilizando mais ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se alcance melhores resultados em saúde (Brasil, 2011).

Entre esses desafios, destacamos a valorização da APS na rede de serviços de saúde, o aumento de sua resolatividade e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população masculina. Observa-se que os serviços de emergência são ainda inadequadamente utilizados por grande parcela da população, especialmente pelos homens. Ainda que estas sejam as melhores portas de entrada na ocorrência de emergências, “não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações”. (Brasil, 2011, p. 31).

Abranger e focar a saúde do homem na APS é um desafio às políticas públicas, pois estas não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem. Porém, o maior desafio não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de APS, mas também sensibilizar os homens quanto à importância do cuidado. Assim, é necessário que os serviços de saúde considerem e encarem esta situação identificando as necessidades de saúde dos homens e intervindo com ações preventivas e de promoção à saúde (Figueiredo, 2005).

Pode-se afirmar que os serviços de saúde têm uma deficiência em mediar à demanda apresentada pelos homens, pelo fato da organização destes serviços não estimularem o acesso destes homens aos atendimentos primários e porque as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento da população. Assim, uma das grandes necessidades nesta área seria ampliar as estratégias dos serviços de saúde e focar na questão do gênero masculino (Gomes; Nascimento; Araujo, 2007). Bem como incluir a participação do homem nas ações de saúde, visto que, em geral, o cuidar de si e a

<sup>1</sup> priscilahbueno@gmail.com - Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>2</sup> keliregina@yahoo.com - Universidade Federal de Santa Catarina.



valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não são questões colocadas na socialização cultural dos homens. Por outro lado, segundo Keijzer (2003 apud Schraiber; Gomes; Couto, 2005, p. 8), alguns homens, quando promovem o cuidado de seu corpo, apresentam um extremo fisiculturismo, é quando o cuidado de si se transforma em risco de adoecimentos.

Compreende-se a necessidade de fortalecer e qualificar a APS e seus profissionais, garantindo a promoção e a prevenção da saúde, tendo em vista que muitos dos agravos de saúde masculina poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, medidas de promoção e prevenção na Unidade Básica de Saúde (UBS), considerada a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro.

## 2 A SAÚDE DO HOMEM EM DISCUSSÃO

A década de 1970 é considerada um marco dos estudos norte-americanos acerca da temática “homem e saúde”. Os autores Schraiber *et al.* (2005) indicam que durante as décadas de 1970 e 1980, pesquisadores de diversos campos disciplinares buscaram entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para mulheres e homens.

Couternay (2000 apud Schraiber *et al.*, 2005) aponta como marco inicial dos estudos norte-americanos sobre homens e saúde, as análises críticas da década de 1970 com relação ao modelo biomédico. Já para Sabo (2000 como citado em Schraiber *et al.*, 2005), o pensamento produzido sobre a saúde dos homens nos anos 1970 foi apenas exploratório, tangenciado pela teoria e política feministas e organizava-se conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde. Ou seja, pode-se levantar a hipótese de que os homens que trazem outras demandas ao serviço de saúde não se encaixam no modelo tradicional de masculinidade esperado e, portanto, não são considerados na sua condição masculina, mas como jovens, idosos e homossexuais (Knauth; Couto; Figueiredo; 2012).

Em 1980, segundo Couternay (2000 apud Schraiber *et al.*, 2005, p. 8-9), “tal perspectiva de masculinidade avança de forma mais consistente, observando-se, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades”.

Em período mais recente, “transita-se das teorias de papéis-sexuais para o enfoque de gênero” (Schraiber *et al.*, 2005, p. 8), devido à expansão da perspectiva de gênero em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica dos Estados Unidos da América.

Segundo Gomes e Nascimento (2006), a partir dos anos 1990, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada. A discussão passou a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente. Esta década consolidou elementos de poder, desigualdade e injustiça de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando a outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens.

Keijzer (2003 apud Schraiber *et al.*, 2005, p. 9) adverte que há na América Latina uma quantidade crescente de programas que se voltam para a experiência de homens em relação à sexualidade, reprodução, paternidade, violência ou a própria saúde. O autor avalia que a inclusão da temática “homens e saúde” poderá ter como resultado a participação dos homens no alcance dos objetivos programáticos das organizações de saúde, “deslocando-se da visão tradicional do homem apenas como parte dos problemas para concebê-lo também como parte da solução”.

Os estudos latino-americanos e brasileiros sobre homens e saúde aparecem no final dos anos 1980 e acompanham a tendência dos estudos produzidos na Europa e nos Estados Unidos da América. O estudo de Laurenti (1998) sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, por exemplo, lança um diferencial entre os sexos, principalmente sobre a maior mortalidade masculina em todas as idades, além da



sobremortalidade neste sexo para a quase totalidade das causas.

Dados de vários países das Américas relatam que os homens tinham uma expectativa de vida ao nascer menor quando comparada à das mulheres. E que as taxas específicas de mortalidade por faixa etária apontam para uma sobremortalidade masculina em todos os grupos etários. A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra claramente a existência de diferenciais nas características de saúde entre os sexos, além da esperança de vida ao nascer e em outras idades serem sempre menores entre os homens. Assim sendo, os diferenciais de indicadores de mortalidade entre os sexos mostram uma situação de saúde desfavorável para os homens que carece ser considerada e enfrentada pelos serviços de saúde (Laurenti, 1998).

O panorama atual do Brasil segue o padrão observado em outros países. Os coeficientes de mortalidade masculina são cerca de 50% maiores e, considerando as idades, a maior razão de sexo acontece no grupo etário de 20 a 39 anos (cerca de três mortes masculinas para cada uma feminina). Já na distribuição segundo causas, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório, cardiovasculares, neoplasias malignas, violências, acidentes, principalmente os de veículo a motor e os homicídios. Ainda que os indicadores de mortalidade comprovem situações desfavoráveis para os homens, os indicativos à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, destacam, de uma maneira geral, maior frequência para as mulheres. Por outro lado, há agravos de saúde, vinculados a comportamentos específicos do homem e da mulher, que dependem de fatores culturais e, de uma maneira geral, sociais (Laurenti; Jorge; Gotlieb, 2005).

A menor sobrevida masculina foi – ou ainda é – quase sempre recebida sem muita discussão e é vista como decorrência somente de fatores biológicos. Acresce-se a isso o fato de ser continuamente mencionado que nascem e, em todas as idades, morrem mais homens, obtendo assim, o equilíbrio entre os sexos.

Muitas das necessidades de saúde não se manifestam como um problema imediato, mas como algo evitável, na qual a UBS pode intervir com ações preventivas e de promoção à saúde. Assim, no caso dos homens, existem diversas atitudes e comportamentos que podem aparecer como necessidades em saúde, as quais no âmbito da UBS podem ser abordadas mais eficientemente. Para isso, é necessário que essa abordagem se dê numa dimensão em que se considerem essas situações como algo contextualizado nas relações socioculturais em que os homens e as mulheres vivem.

Com relação à perspectiva de gênero deve-se pensar no espaço da UBS. A ideia dos serviços de saúde como um espaço feminilizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. Isto não significa necessariamente apenas a mudança nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres nesses serviços. É claro que um maior número de profissionais de saúde do sexo masculino nestes serviços, principalmente na equipe de enfermagem, contribuiria para uma maior percepção de pertencimento dos homens na UBS. Porém, “mais importante do que ter homens na assistência, é uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres” (Figueiredo, 2005, p. 107).

Segundo Laurenti *et al.* (2005) há um aspecto importante a se destacar, o aspecto comportamental, que implica significativamente a saúde humana, sendo que a expressão “estilo de vida” é cada vez mais utilizada, e o estilo de vida do homem se diferencia daquele da mulher. A estratégia de prevenção e promoção da saúde tem de levar em conta a mudança comportamental, em toda a população, tendo em vista as diferenças de gênero em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, entre outros. Fica claro que a presença de várias doenças que afetam a população, muitas vezes mais acentuadamente a masculina, tem mecanismos bastante



conhecidos e aceitos cientificamente; o difícil, por vezes, é como incorporá-los à prática diária.

A questão sexual e a saúde reprodutiva, através da problemática da contracepção, trouxeram à tona as relações de gênero. Sendo assim, a saúde reprodutiva e a saúde sexual, constituem um primeiro eixo temático privilegiado nos estudos sobre homens e saúde. Segundo Schraiber *et al.*, (2005), durante muito tempo, os homens foram estudados com base numa perspectiva essencialista, como se a biologia predeterminasse seu comportamento, ou seja, como se os homens fossem todos iguais. Tal probabilidade é paulatinamente superada à medida que os estudiosos consideram importante distinguir e inter-relacionar constantemente a masculinidade como um princípio simbólico a partir das várias masculinidades (no sentido das várias identidades dos homens). Sendo assim, voltar-se para uma aproximação de gênero implica requalificar o agrupamento “homens”, tomando as masculinidades como seu eixo estruturador, construindo, assim, um leque novo de questões para pensar homens e mulheres, como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as suas formas de interação.

Segundo Gomes (2003), a expressão “saúde do homem”, inicialmente, pode vir de encontro a uma política que preconiza a superação do modelo de “mulher e saúde” para o de “gênero e saúde”. A proposta de programas de saúde voltados para a questão de gênero busca sair de um enfoque do risco e do dano da saúde da mulher para o da saúde como satisfação das necessidades humanas.

A associação entre ser provedor e ser homem, ainda se encontra muito presente no imaginário social. Num estudo realizado com uma amostra de dois mil indivíduos maiores de 18 anos, em vinte e quatro estados brasileiros, verificou-se uma forte associação da função de provedor à figura masculina. “Isso é tão significativo a ponto de a coparticipação da mulher na provisão das famílias, encabeçadas por homem, não ter ainda uma visibilidade social” (Schraiber *et al.*, 2005, p. 15).

No entanto, inúmeras são as questões de gênero que dificultam ou mesmo evitam o acesso dos homens aos serviços de saúde, como por exemplo, a necessidade culturalmente construída, de parecerem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitarem de cuidados.

Segundo Gomes *et al.* (2007) observa-se que a presença de homens nos serviços de APS é menor do que a das mulheres. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. A prevenção ou promoção da saúde são práticas tidas como obrigatórias “naturalmente” para as mulheres. As mulheres recebem a instrução, desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros.

Já o ser homem seria associado a não demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança. Características essas representadas pela pouca procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (Gomes *et al.*, 2007).

Sendo assim, segundo Vieira, Costa, Gomes e Borba (2013), a construção da masculinidade, regida através de marcas de identidade, tais como a invencibilidade, capacidade de exposição a riscos, dominação e ser o provedor da família, contribui para dificultar a adoção de ações promotoras de saúde, fazendo com que muitos homens se declarem saudáveis, mesmo sem conhecerem seu real estado de saúde.

Corroborando com essa construção o fato de que historicamente no Brasil, as políticas de saúde garantiam especialmente ações de saúde materno-infantil. Esta prerrogativa foi alvo de críticas por parte do próprio Movimento Feminista que, no final da década de 1970, se contrapôs ao modelo dominante por meio da discussão sobre as implicações dos padrões de gênero para a saúde (Knauth *et al.*, 2012).





### 3 A SAÚDE DO HOMEM APÓS A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: APONTAMENTOS A PARTIR DA MÍDIA E DA REALIDADE DA UBS ESTUDADA

A pesquisa realizada se baseou em dados encontrados por meio da mídia digital, através de diferentes *sites* que publicaram informações quanto ao surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (Brasil, 2009) no Brasil e *sites* que relataram a campanha conhecida como Novembro Azul no país e no município de Florianópolis – Santa Catarina.

No Brasil o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2009 a PNAISH, com o objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. De acordo com o *site* Ebah (2014) - referente à Saúde do Homem, as primeiras ações do Governo da época foram no sentido de informar aos homens e a todos de um modo geral, sobre a prevenção da saúde masculina, além de novos investimentos na ampliação dos serviços de saúde, na área de saúde pública e na qualificação de profissionais para atender especificamente a este público.

Atualmente existe uma questão cultural e educacional muito forte no Brasil e a maior parte dos homens só procura o sistema de saúde quando sua capacidade de trabalho é afetada, perdendo assim um tempo importante para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das doenças, uma vez que procuram assistência em situações consideradas limite.

Observa-se que estudos foram realizados para avaliar o que os homens pensam a respeito da PNAISH. Como resultado de uma pesquisa, ressalta-se que os participantes homens, ao refletirem sobre a existência de uma política de saúde voltada para eles, atribuíram à diferença de gênero como o fator motivador do conflito de separação do serviço entre os sexos “uma vez que não há necessidade de se demarcar “campos” específicos para beneficiar um em detrimento ao outro” (Mendonça; Andrade, 2010, p. 220).

Os participantes identificaram que as mulheres têm maior necessidade de atenção à saúde, sobretudo devido à sua fragilidade. As mulheres então foram qualificadas como pessoas que necessitam de mais cuidado, ao contrário dos homens. Isso reflete que, no Brasil, histórica e culturalmente, a mulher é vista como sexo frágil. O sistema familiar tradicional do século XX era pautado pela divisão de trabalho, com papéis sociais estabelecidos. A mulher/mãe era vista como detentora da vida privada e como sendo a única responsável pelas tarefas domésticas e pelo cuidado com seus filhos. O homem/pai era visto como o provedor e detinha a vida pública, se voltava para o mundo dos negócios, das realizações profissionais e do trabalho remunerado. Dessa forma, algumas características de personalidade são estimuladas e identificadas, “no homem, por exemplo, a competição e agressividade; na mulher, a sensibilidade, a capacidade de observação, o cuidado e a afetividade”. (Simões; Hashimoto, 2012, p. 7).

Corroborando com Mendonça e Andrade (2010), as falas dos sujeitos homens sugerem um reflexo da masculinidade hegemônica, que aprisionam os homens em relação a algumas práticas, como as práticas de saúde masculina. Corroborando com essa questão, a fala da Coordenação<sup>3</sup> da UBS estudada, onde relata-se que

a mulher se cuida mais que o homem. Essa é uma visão que eu tenho [...] Era muito difícil, por exemplo [...] de um homem consultar de rotina. Então a população masculina ela procura [...] menos do que a mulher. (Coordenação 1).

Segundo estudos de Mendonça e Andrade (2010), houve participantes homens que não viram como prioridade uma política com ações de saúde voltadas para si, pois

<sup>3</sup> Citaremos “Coordenação” ao invés do nome do entrevistado por questão de sigilo.



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,  
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

consideravam que a saúde dos idosos e das crianças são as que mais precisam de investimentos, por se tratar de uma parcela da população que necessita de maiores cuidados.

Atualmente, no município de Florianópolis, observou-se que algumas ações de APS estão divididas, segundo a Prefeitura Municipal de Florianópolis, em: Saúde do Adulto; Saúde Bucal; Saúde da Família; Saúde da Mulher; Saúde Mental; e Saúde na Escola. Ou seja, a saúde do homem não é identificada de imediato, mas faz parte da saúde do adulto, conforme relata a Coordenação da UBS estudada, onde a PNAISH “está dentro da Saúde do Adulto. É uma política que na Secretaria Municipal de Saúde está separada assim” (Coordenação 1).

Porém, ressalta-se, conforme pesquisa de Mendonça e Andrade (2010), que a maioria dos homens acredita que não há necessidade de uma distinção de política somente para o homem, sendo considerado por alguns deles até como uma forma de preconceito. Segundo esses participantes, os serviços de saúde devem estar preparados para acolher a todos, sem precisar de políticas específicas para cada sexo. Outros participantes, porém, mostraram-se surpresos com a possibilidade dos homens terem um programa de saúde voltado especificamente para suas necessidades. Para eles, seria uma oportunidade da UBS oferecer atendimento focando nas suas demandas.

Já no papel de gestão da UBS estudada, a Coordenação considera importante a existência da PNAISH, pois

se a gente não começar a abordar isso, a questão cultural nunca vai mudar, porque é uma questão cultural mesmo [...] Quem sabe com o passar dos anos, de tanto se falar, eles consigam achar isso uma ação normal [...] Com o passar dos anos, isso vem evoluindo, vem melhorando, e eu acho que com o passar do tempo pode ser que melhore esse acesso deles, a procura deles ao serviço. (Coordenação 1).

Com essas falas, fica clara a dicotomia quanto o surgimento da PNAISH no Brasil, pois há aqueles que ressaltam sua relevância por se dirigir especificamente às demandas masculinas, trazendo maior visibilidade para essa população, e outros não veem a necessidade de se dividir o atendimento. De fato, a saúde garantida pela Constituição Federal de 1988, como universal, deveria garantir o acesso a todos, e não privilegiar a atenção integral apenas a segmentos tidos como prioritários.

Outra questão que Mendonça e Andrade (2010) apresentam, é o sentimento de vergonha que alguns homens relataram. A sensação de ficar exposto é um fator que os próprios homens justificam para não procurar cuidados em saúde. Os homens apresentam resistência em se expor, especialmente às profissionais de saúde mulheres.

Pode-se afirmar que as dificuldades de interação entre as necessidades da população masculina e a organização das práticas de saúde na UBS podem ser reduzidas. Conforme argumenta Figueiredo (2005 apud Mendonça; Andrade, 2010, p. 224), “tal fato ainda poderá ocasionar mudanças na postura dos profissionais de saúde, através de maior sensibilidade às demandas masculinas”.

Segundo Ferreira (2013), os profissionais de saúde oferecem muitas vezes poucas e breves explicações aos homens quando comparado com as mulheres. É possível observar essa atitude através da fala da gestão da UBS estudada quando questionada quais seriam as ações do Novembro Azul em 2013: “a gente fez orientações no balcão mesmo [...] Não foi feito nada além de orientações” (Coordenação 1). Para Ferreira (2013) esta atitude adotada por alguns gestores e profissionais de saúde acaba por desprezar a importância do cuidado com a saúde do homem. Esse perfil de ação oferecida pelos serviços coopera para o desenvolvimento de barreiras ao acesso dos homens, que optam pela automedicação, pelas consultas nas farmácias e pela procura de serviços especializados como os de pronto atendimento que garantem efeitos imediatistas.

No caso da UBS estudada, esta não realizou nenhuma ação específica para os



homens no mês de novembro de 2013, além de informações concedidas no balcão como já mencionado. Por ser uma ação que viria após o Outubro Rosa (mês focado às mulheres e ao combate ao câncer de mama), relatou-se a dificuldade de realizar dois eventos em seguida (um em outubro e outro novembro).

A Coordenação da UBS ainda destacou o fato da PNAISH ser muito recente, e que provavelmente por conta disso não existam tantas ações voltadas para os homens, porém a própria coordenação acredita-se que

essa preocupação em relação à saúde do homem uma hora ela vai melhorar,[...] na questão deles entenderem isso como importante [...].Tem que ser aos poucos, é uma construção, um planejamento mesmo, a gente vai fazendo e vai vendo o que vai acontecendo, vai fazendo controle [...] fazendo uma avaliação se tem que retomar alguma coisa, mas, eu acredito que futuramente assim nos próximos anos, vai ter mais adesão dos municípios. (Coordenação 1).

Com base nos estudos supracitados, nos dados obtidos através da mídia, com a entrevista realizada com a Coordenação de uma UBS, e corroborando com Ferreira (2013), não há dúvidas que a criação da PNAISH foi um passo muito importante para a melhoria da condição de saúde da população masculina, pois o homem passou a ter um pouco mais de visibilidade.

A questão é que ainda existe um longo caminho a ser trilhado para que a consolidação dessa política seja realmente efetiva no Brasil, e especialmente em ações da APS para que de fato esta se consolide como porta de entrada para estes usuários, garantindo a prevenção e promoção em saúde e a visibilidade que merecem enquanto sujeitos sociais de direito.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A saúde do homem é um tema recente, discutido inicialmente na década de 1970 através de estudos norte-americanos e posteriormente com estudos latino-americanos e brasileiros. Pode-se afirmar que devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde. Eles são mais resistentes à prevenção e ao autocuidado e costumam chegar aos serviços de saúde tardiamente. Através de estatísticas oficiais em saúde, comprovou-se que os homens ainda adentram aos serviços de saúde pela atenção secundária ou terciária, ou seja, têm como porta de entrada a atenção especializada e não a APS.

Portanto, a intencionalidade deste trabalho foi despertar a importância dos serviços de APS para os cuidados em saúde voltados para a população masculina, pelo fato de que muitas doenças seriam preveníveis se fossem detectadas e tratadas precocemente e pela questão da invisibilidade da saúde do homem neste nível de atenção. Verificou-se que, de fato, abranger e focar a saúde do homem na APS é um desafio às políticas públicas de saúde, pois estas, até pouco tempo, não reconheciam a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem.

Enfatiza-se que o homem pode querer sim se cuidar, fazer exames de rotina e participar de ações de promoção e prevenção em saúde, ele possui esse direito e deve ter um local onde referenciar seus cuidados, papel este considerado ser da UBS. Porém, identificaram-se algumas dificuldades elencadas pelos próprios homens para conseguir acessar os serviços oferecidos pela APS, entre elas destacamos: o horário de funcionamento das UBS que não privilegia o acesso; o sentimento de muitos homens de não pertencerem ao espaço da UBS, espaço esse denominado como feminino pela quantidade de mulheres presentes; a falta de acolhimento e de escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde; o machismo e o preconceito por parte de alguns homens que não querem demonstrar o adoecimento e também por parte de alguns profissionais em lidar com as demandas masculinas; o medo de descobrir alguma doença; a dificuldade de falar



aos profissionais de saúde o que sentem e de até mesmo se expor fisicamente perante estes profissionais; a falta de atividades e programas voltados especificamente para as demandas masculinas, dentre outras.

Ressaltamos que o homem não pode ser visto apenas como um ser biológico. Por isso se defende, com este trabalho, que a saúde integral do homem é muito mais do que uma questão biológica. Ele é um ser biopsicossocial e precisa de fato consolidar a saúde como uma questão de cidadania.

Importante destacar a necessidade de se reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas próprias demandas, através da pluralidade de contextos, realidades sociais e condições biopsicossociais em que se encontram. Corroborando com Schwarz (2012), o diálogo permanente da saúde com outras políticas públicas, possibilitará o desenvolvimento de ações e formulações de novas práticas por parte de gestores e profissionais de saúde. Desta forma, a saúde do homem poderá sair da invisibilidade e ter um maior reconhecimento na APS e nos serviços de saúde como um todo, seja no Brasil ou em outros países.

Portanto, é imprescindível garantir a visibilidade do homem, visto que a sua saúde integral o envolve como um todo, como um ser dotado de desejos, anseios, necessidades e acima de tudo, direitos!

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

EBAH. **Saúde do Homem**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAA2wAAE/saude-homem>>. Acesso em: 16 maio 2014.

FERREIRA, M. C. Desafios da Política de Atenção à Saúde do Homem: Análise das Barreiras Enfrentadas para sua Consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 01, Ano 2013 p.1833 – 1847. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=DESAFIOS+DA+POL%C3%8DTICA+DE+ATEN%C3%87%C3%83O+%C3%80+SA%C3%9ADE+DO+HOMEM%3A+AN%C3%81LISE+DA+S+BARREIRAS+ENFRENTADAS+PARA+SUA+CONSOLIDA%C3%87%C3%83O](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=DESAFIOS+DA+POL%C3%8DTICA+DE+ATEN%C3%87%C3%83O+%C3%80+SA%C3%9ADE+DO+HOMEM%3A+AN%C3%81LISE+DA+S+BARREIRAS+ENFRENTADAS+PARA+SUA+CONSOLIDA%C3%87%C3%83O)>. Acesso em: 26 maio 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-11, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. 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**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.





GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem**: proposta para uma discussão. Rio de Janeiro, 2003, p. 825-829.

KNAUTH D. R.; COUTO, M. R.; FIGUEIREDO, W. S. **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. 2012.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIED, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero**. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 1998.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. **A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?** Psicologia Política. Vol. 10. Nº 20. P. 215-226. Jul. – Dez. 2010.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 10, n.1, p. 7-17, 2005.

SIMÕES, F. I. W.; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM**: Publicações Acadêmicas – MG – Brasil – Nº 02 – Ano I – 10/2012 Reg.: 120.2.095–2011 – PROEXC/UFVJM – ISSN: 2238-6424. Disponível em: <[www.ufvjm.edu.br/vozes](http://www.ufvjm.edu.br/vozes)>. Acesso em: 21 maio 2014.

VIEIRA, K. L. D; COSTA, C. F. S.; GOMES, V. L. O; BORBA, M. R. **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família**: motivos para a (não) procura. Rio Grande, 2013, p. 120-127.