



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

## SAÚDE DO HOMEM: INVISIBILIDADE E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Priscila Henrique Bueno dos Santos<sup>1</sup>

### Resumo

Apresentaremos mediante revisão bibliográfica, os principais desafios e limitações de acesso dos homens aos serviços de saúde, especialmente na atenção primária considerada pelo sistema de saúde brasileiro como porta de entrada. Retratamos a invisibilidade da saúde do homem, elencando as diversas barreiras que os homens encontram ao buscar os serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como por exemplo, fatores culturais e o senso comum, como o machismo por parte dos próprios homens e também por parte dos profissionais de saúde ao atendê-los, a falta de programas voltados especificamente para as demandas de saúde masculina, dentre outros. Por fim, reafirmaremos a importância do olhar ampliado sobre a saúde do homem, do respeito e da importância de vê-lo para além do biológico, como um ser dotado de necessidades e direitos.

**Palavras-Chave:** Saúde do homem; Desafios; Invisibilidade.

### 1 INTRODUÇÃO

A trajetória histórica da saúde do homem no Brasil inicia-se a partir da década de 1970, corroborada por estudos norte-americanos, latino-americanos e brasileiros.

A utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro avançou consideravelmente desde a efetivação 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 mais resolutividade e equidade, ou seja, melhores resultados em saúde (BRASIL, 2011).

O grande desafio que se apresenta para garantir a saúde como direito, vincula-se ao entendimento da sociedade como construção histórica e como campo de conflitos, que incorpora novos significados, como a própria ideia de democracia enquanto produto da expressão do sentido das ações sociais na esfera pública. Este entendimento, conforme Assis et al. (2007), reforça a importância dos sujeitos sociais inseridos nas diversas instituições de saúde, serem capazes de se articularem e cobrarem o atendimento de seus desejos e necessidades.

As políticas públicas não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem, o maior desafio não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de APS, mas também sensibilizar os homens quanto à importância do cuidado. Segundo Braz (2005, apud ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010), há um preconceito em relação ao gênero masculino, pois a saúde do homem ao longo dos anos foi pouco discutida, implicando o mesmo não ser assistido e nem ter disponibilizado a eles orientações básicas para os autos cuidados.

As doenças e agravos que envolvem a população do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2008). 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 eficazes (FIGUEIREDO, 2005).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e

<sup>1</sup> priscilahbueno@gmail.com – UFSC.



gratuito, porém efetivar a estas unidades a infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o país ainda está enfrentando (BRASIL, 2012).

Compreendemos a necessidade de fortalecer e qualificar a APS, através de infraestrutura de qualidade, condições de trabalho digna e educação permanente em saúde a seus profissionais, 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 APS, ou seja, é neste espaço que caberiam os primeiros contatos em saúde da população como um todo.

## **2 OS HOMENS E AS PRINCIPAIS DIFICULDADES DE ACESSAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Pela revisão bibliográfica realizada, existem consideráveis estudos que apontam às barreiras enfrentadas pelo homem na busca pelo acesso aos serviços de saúde, especialmente os primários. Apresentaremos as barreiras mais comuns encontradas e analisadas pelos referidos estudos, como segue:

### **A. Verbalização do sentir:**

Os homens preferem adiar ao máximo a busca por assistência à saúde e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas. No modelo de masculinidade idealizada, estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco – como valores da cultura masculina – e a ideia de uma sexualidade automática e, portanto, incontrolável. Associadas a isso se encontram fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

### **B. Incompatibilidade com a carga horária de trabalho:**

Segundo Vieira et al. (2013, p. 123), raras são as situações em que o homem busca assistência em saúde. Isso geralmente ocorre por dois motivos: “quando a dor se torna insuportável e quando há impossibilidade de trabalhar”. Gomes e Nascimento (2006) relatam que o trabalho ocupa uma centralidade no que diz respeito à identidade do homem como o ser provedor, e que problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino, o que faz com que muitos homens não busquem os serviços de saúde quando se encontram doentes por medo desta atitude acarretar uma futura demissão. De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), o horário de funcionamento de alguns serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de seu trabalho. Observa-se que esse problema não se reduz apenas aos homens, pois o horário de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal ou informal, independentemente de serem homens ou mulheres. Por vezes, o trabalho pode impedir a procura por serviços de saúde, mas o exercício dele também pode afetar a saúde, pelo fato de o trabalho se constituir uma função atribuída socialmente ao homem. Sendo assim, à possibilidade de não se conseguir progresso no espaço laborativo ou a perda do emprego podem gerar tensões não somente econômicas, mas também de identidade e de saúde, inclusive emocional/mental.

### **C. Medo de descobrir alguma doença grave:**

Os homens temem que, ao buscar um serviço de saúde possam se deparar com diagnósticos de uma doença e ter de se tratar (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Segundo Gomes (2003), esses medos, podem aflorar no imaginário dos homens o senso



comum.

D. Vergonha:

Alguns homens têm vergonha de se expor a outro homem ou a uma mulher, provavelmente essa vergonha se associa à questão história e a falta de hábito de se expor à um profissional de saúde. Ressaltamos que a mulher, em sua socialização, foi mais acostumada a ter o seu corpo exposto para a medicina. Foi com a preocupação da sífilis e outras doenças venéreas, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, que o corpo masculino passou a ser mais observado. Já em relação às mulheres, principalmente com a criação da ginecologia, “desenvolveu-se um olhar mais compreensivo, passando a existir uma maior medicalização de seu corpo, ao longo dos seus diferentes ciclos de vida”. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 570). Essa assimetria entre os gêneros, referente ao olhar da medicina, pode ter contribuído para que a exposição da mulher seja vista como mais natural do que a do homem.

E. Homens não se reconhecem como alvo do atendimento:

Devido às ações preventivas em saúde se dirigir quase que exclusivamente para mulheres, alguns homens acabam não se reconhecendo como alvo do atendimento dos programas de saúde. Sendo assim, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminino, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

F. Invisibilidade da figura masculina nos serviços de saúde:

Quando algum usuário solicita um *check-up* em decorrência de “mal-estar”, os próprios profissionais de saúde o desestimulam ou reproduzem o imaginário que associa o feminino ao cuidado à saúde e o masculino ao não cuidado. Tal atitude confirma a invisibilidade da figura masculina nos serviços de saúde, pela própria expectativa dos profissionais, que deixam de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde (VIEIRA et al. 2013). A falta de atenção ao público masculino reflete uma desqualificação dos profissionais de saúde para esta perspectiva assistencial. Nesse sentido, não se valoriza e nem se vê como adequado ou pertinente que os homens sejam alvo de intervenções na lógica organizacional dos serviços, o que remete para sua desqualificação no campo das políticas públicas de saúde, aspecto que se considera como uma forma de invisibilidade dessa população. Produz-se então a invisibilidade, por meio da expectativa dos profissionais de saúde de que os homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de forma menos autêntica. Baseados nessa premissa, suas ações no cotidiano da assistência acabam por reforçar esta dimensão de invisibilidade. Assim, a invisibilidade é concebida como a incapacidade de os profissionais de saúde notarem a presença de alguns homens como usuários dos serviços bem como das demandas trazidas por eles (COUTO et al. 2010).

G. UBS sendo a causa da dificuldade do acesso dos homens aos serviços:

Os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres. Essas ações reforçam os padrões sociais de masculinidade e feminilidade associados às noções de cuidado em saúde. Assim, nota-se uma deficiência no acolhimento ao público masculino e às suas demandas. A APS é estabelecida pela atual política de saúde e, sobretudo pela ESF, como a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, porém, de acordo com Couto et al. (2010), não trabalha



essa política na perspectiva de gênero, buscando criticar e modificar, quer nos gestores quer nos profissionais de saúde, as tradicionais concepções de gênero relativas ao processo saúde-adoecimento. Assim, o direito à ampliação de cobertura por meio dessa estratégia da APS dificilmente se cumpre no caso dos homens. Alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente se essas forem expressas de forma diferente daquelas já consagradas no contexto da assistência, tradicionalmente femininas (COUTO et al. 2010). É comum os profissionais de saúde defenderem que os homens, além de menos presentes e assíduos, oferecem mais resistência aos convites para irem ao serviço, faltam mais às consultas marcadas e não seguem o tratamento como esperado. Como aponta Schraiber et al. (2005), a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde é atribuída à resistência por parte deles, não sendo reconhecida a sua baixa inclusão nas propostas assistenciais. Na mesma direção, foi observada a tendência à responsabilização dos homens pela pequena busca pelos serviços. Salientamos que não deixamos de considerar que os usuários reproduzem essas representações, sendo também responsáveis pelos impasses na relação com os serviços. Ressaltamos, contudo, como é incomum que os profissionais atentem para aspectos da configuração ou funcionamento dos serviços que dificultam ou até impedem o acesso e uso por parte dos homens. Assim como não percebem que, com isso, a estratégia de ampliação de cobertura não se realiza para além de se alienarem de uma atenção integral da perspectiva de gênero, isto é, desconhecem a questão do cuidado integral como um problema da APS, o que dirá respeito não só aos homens, mas também às mulheres. Pode-se dizer que tanto profissional de saúde quanto gestores, nesse sentido, corroboram com a permanência histórica de uma cultura de gênero na atenção à saúde por não valorizarem situações em que objetivamente estão em processo de mudança.

#### H. Fatores culturais:

O machismo é associado à ideia de que o “homem não adoeece”. Os comportamentos tidos como tipicamente masculinos, como o uso de álcool, o tabagismo e a violência também podem ser considerados fatores culturais. Sendo assim, estes fatores são tidos como os responsáveis por estes comportamentos que acabam por dificultar um acompanhamento mais global, incluindo ações de prevenção da população masculina (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012). A maior presença feminina notada na demanda aos serviços de saúde, provavelmente está associada a fatores culturais ou sociais. O fato de que normalmente cabe à mulher acompanhar crianças, adolescentes e idosos aos serviços de saúde, além de, em determinado período de sua vida, frequentar o pré-natal, faz com que ela se torne, socialmente, mais “organizada” à utilização dos serviços de saúde (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

#### I. Identidade de gênero:

Para Gomes e Nascimento (2006) as dificuldades dos homens em acessarem os serviços de saúde, têm a ver com a estrutura de identidade de gênero. Recentes investigações acerca das percepções dos homens sobre os serviços de APS apontam que estes se destinam às pessoas idosas, mulheres e crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço onde o foco é a saúde destes três segmentos da população. Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para eles. Tudo isso indica que parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de APS, embora sejam escassos estudos sobre essas questões na literatura (FIGUEIREDO, 2005). Entretanto, estudos vêm evidenciando que nos serviços onde foram disponibilizados atendimento no horário do almoço, atendimento 24 horas, nos sábados e domingos, ou que



criaram um terceiro turno à noite, houve maior presença masculina nos novos horários instituídos, “isso reforça a necessidade de discussão acerca do acesso dos homens ao atendimento público de saúde”. (VIEIRA, et al. 2013, p. 125). Outro aspecto relevante são as reclamações referentes a oferta de vagas ofertadas pelas UBS e a demora no atendimento. Isso reflete a importância e a necessidade de novas estratégias para o atendimento pleno das peculiaridades da população masculina, pois a falta de adesão aos serviços de saúde não pode ser associada apenas a questões de gênero. Sendo assim, para Knauth, Couto e Figueiredo (2012, p. 2617) “a pressa, a objetividade, o medo, a resistência, e a dificuldade dos serviços em acolher esta população, são os principais fatores que afastam os homens dos serviços de saúde”.

J. A procura por serviços especializados e não primários:

Em circunstâncias consideradas sem risco à saúde, a maioria dos homens busca por recursos alternativos, como: usar medicação por conta própria; procurar farmácias; adquirir chás caseiros, dentre outros. Estas providências não deixam de ser uma construção cultural que vem sendo passada de geração em geração, onde não somente os homens utilizam destas estratégias. Estas alternativas evitam a perda de tempo com filas e com a espera pelo atendimento. Há estudos, a exemplo de Pinheiro et al. (2002) que apontam a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácia e pronto-socorro. Talvez os homens escolhessem estes serviços por responderem mais objetivamente às suas demandas. Ou seja, nesses espaços, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. A farmácia, em específico, tem um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois é vista como uma instância “semiprofissional”. Como a primeira urgência em geral é aliviar a dor, muitas vezes a visita à farmácia satisfaz a esta necessidade dos homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Schraiber et al. (2010) chamam a atenção, que mesmo para doenças manifestas nos homens, os serviços não enfrentam todas as situações que se apresentam no cotidiano. Algumas, ao contrário, tendem a ser banidas. São demandas relacionadas ao abuso de álcool ou drogas, à violência urbana ou doméstica, ou a sofrimentos mentais ou doenças psiquiátricas. Diante desses problemas, recusam-nos como de suas competências na APS, quase sempre argumentando que deveriam ser referidos a serviços especializados. Esta atitude pode acabar fechando a porta dita de entrada do sistema de saúde.

K. Dificuldades de acessibilidade:

O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser deliberado pela Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira. Sendo assim, é relevante discutir sobre acessibilidade em saúde, visto que, em geral, pesquisas confirmam as dificuldades do acesso masculino aos serviços de saúde. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) afirmam que uma das dificuldades de acessar os serviços de saúde é a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem. Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Vieira et al. (2013) afirmam que o desejável seria que o acesso da população masculina aos serviços de saúde ocorresse de forma equitativa com os demais segmentos populacionais. A acessibilidade é, assim, um fator de oferta importante para elucidar as variações no uso de serviços de saúde por grupos populacionais, e representa uma dimensão acentuada nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde. Ressaltamos



que a acessibilidade propaga às características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços, porém ela não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação a estes serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Conforme Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004 p. 5191), “acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde”. Já Travassos e Martins (2004) destacam que o uso de serviços de saúde depende de fatores predispostos (das necessidades de saúde e de fatores contextuais), e o uso efetivo e competente depende dos fatores individuais e internos aos serviços de saúde que interferem diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

Em síntese e corroborando com Schraiber et al. (2010, p. 966) “a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, à dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades voltadas especificamente para o cuidado do homem” são os principais motivos, expressos pelos homens e evidenciado em diversos estudos, para a pouca procura pelos serviços de saúde, especialmente os primários.

### 3 CONCLUSÃO

Com este trabalho, evidenciamos que os homens ainda adentram aos serviços de saúde pela atenção secundária ou terciária, ou seja, utilizando como porta de entrada a atenção especializada e não a APS como preconiza o SUS.

Ressaltamos 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 real às políticas públicas de saúde, pois estas, não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem.

Apresentamos de forma sucinta, algumas dificuldades colocadas pelos homens para conseguir acessar os serviços oferecidos pela APS, dentre 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 reforçados 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/emocionalmente 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 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. Destacamos 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 demais níveis de atenção.

Deste modo, é imprescindível garantir a visibilidade do homem, no sistema de saúde, 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

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. *Revista de Enfermagem Integrada*, v.3, n. 2, 2010.

ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: Construção Política, Metodológica e Prática. *Revista APS*, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul/dez. 2007.

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Documento apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Brasília, MS; 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf). Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

COUTO, M. T.; PINEIRO, T. F.; VALENÇA, O. A.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comum Saúde Educ*, 2010, p. 257-270.

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; 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.

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.

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.



PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2002, p. 7: 687-707.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINEHIRO, T. F.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; VALENÇA, O. A. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*. 2010, p. 961-970.

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.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.10, pp. 2581-2583. ISSN 1413-8123.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, suppl. 2, pp. S190-S198. ISSN 0102-311X.

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.