

ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: DIFICULDADES EVIDENCIADAS PELOS USUÁRIOS

BERNARDI, Adriana¹, drica_bernardi@hotmail.com; ALMEIDA, Alessandra Miranda de¹, ali-Miranda22@hotmail.com; GOMES, Roseli¹, campo_sro@hotmail.com; ALMEIDA, Tayne Paula de¹, tayne_almeida@hotmail.com; OLIVEIRA, Kenia dos Santos², Kenia.oliveira@univag.edu.br.

RESUMO

A presença de homens nos serviços de saúde tem sido menor que a procura pelas mulheres, isso tem gerado grande preocupação por parte do Ministério da Saúde bem como dos profissionais, assim, a fim de aumentar a expectativa de vida dos homens, foi lançada em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Este trabalho tem como objetivo identificar na ótica do usuário aos fatores que dificultam a adesão do homem aos serviços de saúde disponibilizados nas ações de promoção e prevenção. Trata-se de um estudo quantitativo transversal descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de 18/09 a 30/10/2017, 100 homens foram ouvidos por meio de um questionário semiestruturado. Sua maioria na faixa etária dos 41 a 59 anos (42%), maioria casados (46%). Destes 86% não procuram os serviços disponibilizados pela atenção básica e 14% dos usuários frequentaram uma vez até o presente momento. Quando questionado sobre o adoecimento 77% apontaram não ter adoecido não necessitando assim de nenhum serviço de saúde, declaram ser uma população saudável. Outra questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a posição de provedor, muitos alegam que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com o horário do trabalho. Conclui-se que os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Entende-se que tal fato esteja relacionado à visão histórica, cultural da sociedade sobre a figura masculina e à ideia do homem como ser invulnerável, negligenciando assim o autocuidado.

Palavras-Chave: Saúde do Homem; atenção Básica; assistência à saúde.

Introdução

O presente trabalho tem a proposta de fazer uma reflexão sobre a relação

¹ Acadêmicos de Enfermagem

² Orientadora, docente no Curso de Graduação em Enfermagem.

homem e a assistência à saúde disponibilizada pelo SUS na atenção básica. Ao darmos voz aos atores sociais envolvidos podemos identificar as dimensões socioeconômicas e culturais que podem impactar diretamente o fenômeno de evasão masculina, uma vez que a atenção básica oferece para esse público livre acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Com a intenção de aumentar a expectativa de vida dos homens, foi lançada em 2009 pelo governo federal, considerando a Portaria nº 1.944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, uma política específica para a saúde do homem, intitulada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), sendo regida sobre os princípios da universalidade, equidade e humanização dos serviços e ações voltadas ao homem (BRASIL, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza a Atenção Primária à Saúde (APS) como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (POLISELLO, 2014).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada para reorientar o modelo assistencial da APS, por meio da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuando com a lógica de território e população adstrita. A ESF elabora ações que priorizam o cuidado ampliado de saúde dos usuários, mas percebe-se um distanciamento do homem no cuidado da sua saúde, devido à desvalorização dos homens pelos serviços e à dificuldade da equipe de acolher as necessidades dessa população (FIGUEIREDO, 2005).

Ao buscar compreender os motivos da pouca procura de homens pelos serviços de saúde foram identificadas questões relativas ao imaginário cultural sobre o que é ser homem; o medo de descobrirem que estão doentes e a vergonha em expor o seu corpo. Outra questão é relativa ao mercado de trabalho, pela inexistência de garantias de que o acesso e a frequência dos homens aos serviços de saúde não os prejudicará em seus empregos. Além disso, as campanhas de saúde pública e os serviços de saúde não privilegiam esse segmento populacional, sendo pouco aptos a absorver as demandas masculinas (POLISELLO, 2014).

Gomes, Nascimento e Araújo (2007), associaram tal ausência em primeira instância a questões culturais em que o fato do homem frequentar uma Unidade Básica de Saúde ou qualquer outro serviço de saúde em ambos os níveis de

complexidade, os tornaria mais feminizados, afetando a sua imagem de um ser forte e estável tomando proporções mais afeminadas, visto que tal comportamento seja mais adotado pelo sexo feminino.

Diante disso pretende-se identificar na ótica do usuário os fatores que dificultam a adesão do homem aos serviços de saúde disponibilizados na atenção básica.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo transversal descritivo tendo como técnica para a coleta de dados um questionário estruturado. Este é um estudo matricial que está sendo realizado na região do grande Cristo Rei, situado no município de Várzea Grande, estado de Mato Grosso. A região do grande Cristo Rei possuem bairros em seu interior e entornos sendo eles: Alameda, Ponte Nova; Dom Orlando Chaves, Manga; Construmat, Maringá, Cohab Cristo Rei. Foram sujeitos desta pesquisa homens cadastrados através do cartão SUS no sistema único de saúde, com idade entre 18 a 59 anos moradores do bairro: Cohab Dom Orlando Chaves. O município de Várzea Grande apresenta uma população de 274013 pessoas, este número foi divulgado pelo IBGE em primeiro de julho do presente ano, 83796 homens no município de Várzea Grande nesta faixa etária, porém o número de moradores por bairro não foi divulgada.

Este estudo respeitou todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional em Saúde (2012) envolvendo pesquisas com seres humanos (RES 766/12). O estudo encontra-se em tramitação no Comitê de Ética, foi realizado para cumprir a necessidade acadêmica e não será divulgado após aprovação.

Antes de responderem os questionários, os homens foram informados sobre a realização da pesquisa e dos seus objetivos. Foram, então, convidados a participar da pesquisa. Após o consentimento, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitado a leitura e assinatura em caso de concordância com os termos expostos. Além disso, foi orientados quanto a voluntariedade, a proteção da imagem e garantia do anonimato, quanto ao direito de recusar-se a participar da pesquisa, a retirar o consentimento a qualquer momento sem que lhe resultasse em algum prejuízo, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram ouvidos 100 homens na Cohab Dom Orlando Chaves, nas ruas e residências por meio de um questionário estruturado, moradores do bairro Dom

Orlando Chaves, situado na região do grande Cristo Rei, município de Várzea Grande-MT, Mato Grosso no período de 18/09 a 30/10/2017.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel® versão 2010 para realização da análise descritiva.

Resultados e Discussões

A maioria dos participantes se declarou cor parda (60%) enquanto de cor branca (25%), negro (14%) e outras etnias (1%), a faixa etária predominante dos participantes pesquisados variou de 18 a 59 anos sendo encontrado um predomínio foi de 41 a 59 anos (42%), e a segunda faixa a se destacar foi de 26 a 33 (24%), de 34 a 40 anos (18%) e com 18 a 25 anos (16%), sendo consideradas faixas etárias de pessoas experientes e produtivas tanto nos aspectos pessoais como profissionais. Quanto à religião 61% declaram ser católicos, 35% são evangélicos, 4% outras religião. O grau de instrução verificou os três níveis, cuja maioria dos participantes possuem o ensino médio incompleto.

Tabela 1. Associação entre idade, estado civil, raça, renda familiar e média de filhos.

	n	%	Média de filhos por faixa etária
Faixa Etária (idade)			
De 18 a 25	16	16%	1
De 26 a 33	24	24%	2
De 34 a 40	18	18%	2
De 41 a 59	42	42%	3
Estado Civil			
Solteiro	34	34%	
Casado	46	46%	
Separado - Divorciada	9	9%	
Viúvo	3	3%	
União estável	8	8%	
Renda Familiar			
Menos de dois salários mínimos	55	55%	
De 3 a 5 salários mínimos	43	43%	
De 6 a 10 salários mínimos	2	2%	
Total de participantes da pesquisa	100	100%	±2,5

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Em relação ao estado civil a maioria dos entrevistados são casados 46%, já 34% são solteiros, 9% são separados ou divorciados, 8% estão no regime de união estável enquanto que 3% são viúvos.

Tem em média dois filhos (23%), três filhos (15%), quatro filhos (16%) um filho(16%). Quanto á atividade econômica, 97% estão empregados desempenhando funções como: comerciante, motorista, pedreiro e segurança pessoal e privado, e 3% estão desempregados, em sua maioria 65% com carga horária semanal de 44hs, porém 35% declarou cumprir carga horaria semanal acima de 44h podendo chegar até 60hs.

Não se pode negar que na preocupação masculina, a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social pelo papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômica, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Na população estudada 55% apresentou renda mensal inferior á dois salários mínimos, e 43% renda familiar na faixa de 3 a 5 salários mínimos,2% apresentou renda familiar de 6 a 10 salários mínimos.

As condições de emprego e renda têm efeitos significantes sobre o quesito saúde, sendo assim, estudo desenvolvido por Carvalho (2013) apresenta que quando boas às condições de renda, a mesma, pode assegurar estabilidade financeira, status social, desenvolvimento pessoal, relações sociais, autoestima e proteção contra riscos físicos e psicossociais.

A procura pelo serviço de saúde aumenta proporcionalmente conforme a renda familiar, tanto para homens quanto para mulheres, havendo redução progressiva da desigualdade relativa entre eles à medida que se vai da faixa de menor para a de maior renda e com o aumento da idade (BARATA, 2009).

Quando questionados sobre os hábitos alimentares, estilo de vida e tempo de sono diário, 70% dos entrevistados neste estudo, afirmam realizar três refeições diárias, 25% têm o acesso a media de três a cinco vezes ao dia, enquanto que 5% alimentam-se mais de seis refeições ao dia. Em relação às atividades físicas um problema foi constatado a maioria 48% não praticam nenhuma atividade, já 39% apontaram ter o hábito da praticar três vezes por semana, enquanto 13% apontaram ser mais ativo como praticantes de exercícios, com mais de três vezes por semana.

Tabela 2. Hábitos alimentares, estilo de vida, tempo de sono diário.

	n	%
Quantas refeições diárias		
Três refeições	70	70%
De três a cinco refeições	25	25%
Mais de seis refeições	5	5%
Prática de atividades físicas		
Não pratico	48	48%
Três vezes por semana	39	39%
Mais de três vezes por semana	13	13%
Fumante		
Sim	23	23%
Não	77	77%
Horas de sono diário		
Seis horas	27	27%
De seis a oito horas	67	67%
Mais de oito horas	6	6%
Total de participantes da pesquisa	100	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Quando questionados sobre o uso de álcool 58% afirmaram usar de forma moderada, já 48% afirmaram não fazer uso de álcool, no que se refere ao uso de drogas ilícitas tivemos uma negativa de 100%. Em relação ao tabaco, 77% apontaram não fumar, ao passo que 23% são fumantes. Sobre o padrão de sono 67% apontaram dormir entre seis a oito horas, enquanto 27% relataram dormir seis horas de sono diário, e 6% relataram dormir mais de oito horas.

A maioria dos homens relata ingerir álcool, não é uma porcentagem muito favorável, quando comparamos com o padrão do sono e o uso do tabaco, a persistência no consumo do álcool traz prejuízos ao organismo humano, tais como: lesões hepáticas, humor deprimido, perturbações das funções cognitivas.

Alves et al (2005) explica que a inatividade física é importante fator de risco para as doenças crônicas, diante disso, coloca-se em alerta para a prevenção em relação ao sedentarismo com objetivo de evitar complicações. Se houve um incentivo desde cedo à realização de práticas físicas, é bem provável a diminuição do risco de apresentar alguma doença crônica.

Para compreender o estilo de vida, é importante entendê-lo dentro de um contexto social da saúde, deslocando-se do modelo centrado na doença, o novo paradigma da saúde, que contempla a complexidade, a determinação social e a

perspectiva holística do ser. Mas, a decisão do indivíduo para manter o modo peculiar de vida envolve os aspectos externos e os processos mentais. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano (TEIXEIRA et al., 2008).

A inter-relação entre atividade física e hábitos alimentares vem sendo amplamente investigada, e ainda, a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o hábito de fumar, sem sombra de dúvida, é uma das associações mais evidenciadas, tanto entre indivíduos adultos quanto entre adolescentes. Tem-se verificado, com base em estudos transversais, que os riscos de virem a ser fumantes, bem como a proporção de usuários, tende a ser maior entre jovens etilistas (BARBOSA, 2014).

O tabagismo é um dos mais importantes fatores de risco para a doença cardiovascular e também neoplasias, bronquite crônica e enfisema. Sua alta prevalência faz inúmeras vítimas, principalmente por doença cardiovascular aterosclerótica. É válido observar que a população masculina detém a maior parcela de fumantes em nosso país, no entanto quase a metade dos entrevistados desconhecia ser o tabagismo um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, tornando clara a deficiência na promoção da saúde relacionada à prevenção de doenças cardiovasculares (LIMA JUNIOR; LIMA, 2009).

Foram investigados também as condições de saúde-doença e o atendimento no SUS. Quando questionados sobre ter utilizado os serviços terciário (hospital) nos últimos 3 anos 77% afirmaram não ter utilizado, enquanto 23% afirmam ter utilizado.

Tabela 3. Condição saúde doença e atendimento na Unidade básica de saúde

	Participantes Homens					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Precisou de hospital no ultimo ano?	23	23	77	77	100	100
Tem alguma doença?	12	12	88	88	100	100
Tem medo de descobrir alguma patologia?	86	86	14	14	100	100
Procura com frequência as Unidades de saúde?	14	14	86	86	100	100
Conhece o agente de comunitário de saúde?	22	22	78	78	100	100
Já ouviu falar na política de atenção integral a saúde do homem?	71	71	29	29	100	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Os homens reconhecem que quando procuram por assistência de saúde, em sua maioria já se encontram dependentes de atenção especializada, e que isso tem

como consequência agravamento da patologia, acarretando maior período de tratamento e maior custo financeiro ao sistema público de saúde (BRASIL, 2008).

Em relação ao adoecimento 88% apontaram que não possuem nenhuma patologia, no entanto 12% possuem hipertensão arterial (HAS) e diabetes melitus (D.M) destes todos se encontram em tratamento medicamentoso. Quando questionados se possuem algum medo de descobrir alguma patologia 86% disseram que sim e 14% disseram que não.

Pesquisa feita por Schwarz et al (2012) apresentou que são seis as principais causas de óbitos entre homens na faixa etária de 20 a 59 anos, causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias. A posição muda conforme a faixa de idade: entre os mais jovens (20 a 29 anos), as três primeiras são causas externas de morbidade e mortalidade; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; entre 30 e 39 anos de idade: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho digestivo; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; entre 40 e 49: causas externas de morbidade e mortalidade; as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (tumores); e 50 a 59 anos: neoplasias (tumores); as doenças do aparelho circulatório e causas externas de morbidade e mortalidade.

Em relação à procura pelas unidades básicas de saúde 86% apontaram não procurar, já 14% relataram ter procurado pelo menos uma vez até o presente momento. Neste sentido se faz relevante salientar a fragilidade da ESF em atingir esta população, porque o foco da estratégia é promoção e prevenção então se estes indivíduos procurassem as unidades básicas de saúde com a intenção de prevenção ou até durante o aparecimento dos primeiros sintomas de determinadas patologias, além da redução de tempo e custos de tratamento, propiciaria o não agravamento de tais patologias, bem como o aparecimento de possíveis sequelas recorrentes.

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor, 58% alegaram que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com o horário do trabalho, já 34% relataram não adoecer facilmente e 8% relataram não se sentir a vontade.

Um estudo feito por Fontes (2011) confirmam nosso achado destacando que os fatores institucionais, tais como, dinâmicas dos serviços de saúde e seus horários de funcionamento, que por vezes, chocam com o mesmo horário de demais atividades rotineiras dos homens, como seu ofício ocupacional. O mesmo autor sinaliza a ausência do estabelecimento da cultura de acolhimento ao homem uma vez que a não adesão reflete negativamente no perfil de morbimortalidade.

Um estudo do Ministério da Saúde aponta que as causas da baixa adesão dos homens ao serviço do SUS são as barreiras socioculturais, econômicas e institucionais (BRASIL, 2008).

A forma como as UBS se organizam tem se configurado como um empecilho, uma vez que são feminilizadas e não satisfazem às necessidades de saúde do gênero masculino que acaba “entrando no sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade”, uma vez que, a prevenção e tratamento dispensados pelas redes de atenção básica ao público masculino são praticamente inexistentes (BARBOSA, 2014, p.100).

Diante disso, compreende-se que as barreiras socioculturais e econômicas são relevantes para propor estratégias de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção básica, a fim de assegurar a prevenção e a promoção como eixos fundamentais de intervenção.

Em relação às dificuldades para se deslocar até o posto de saúde do seu bairro, um dos principais motivos apontados foi que o entrevistado trabalha durante o horário de atendimento do posto 58%, já 34% relataram não adoece facilmente e 8% relataram não se sentir a vontade. Sobre conhecer o agente de saúde responsável pelo acompanhamento 78% relataram não conhecer já 22% relataram conhecer. Em relação ao incentivo pelo agente comunitário de saúde aos entrevistados para que estes compareçam nas ações de saúde 78% disseram não existir e 22% apontaram que sim já foram incentivados.

Em relação à importância do serviço realizado pela USB, 43% apontaram ser importante, para 28% não fazer diferença, 18% relatam ser pouco importante já 11% consideram muito importante.

Em sua maioria, os homens procuram farmácias ou pronto-socorro, pois em termos de visão masculinizada pronto-socorro e farmácias responderiam mais rapidamente e com objetividade o seu caso. Nesses locais, os homens explorariam seus problemas com mais facilidade e seriam atendidos mais rápido. A forma como

se organiza o trabalho nas UBS é um fator que dificulta o acesso dos clientes do sexo masculino, pois em sua grande maioria os homens consideram as UBS um espaço para mulheres. Então, neste caso, esses obstáculos impedem o acesso do homem (FIGUEIREDO, 2005).

Em relação à qualidade do atendimento na Unidade básica de saúde, 49% dos entrevistados consideram o atendimento regular, 41% apontou como bom, para 7% ele é ótimo enquanto que para 3% ele é ruim. Em relação ao que precisa ser melhorado 30% apontaram o tempo de espera, que na agitação do dia a dia, não conseguem ficar muito tempo esperando acabam por desistir, 35% apontaram o atendimento e 15% treinamento para a equipe, enquanto que 20% apontaram que falta treinamento para equipe. Em relação ao atendimento realizado pelo enfermeiro 57% dos entrevistados apontaram como bom, 21% como regular, 16% apontaram como ótimo já 6% relataram ser ruim.

O enfermeiro é peça fundamental no processo assistencial, contribuindo significativamente para um atendimento de qualidade, sendo a base da busca de um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em sociedades desenvolvidas, assim a enfermagem é uma profissão essencial, de utilidade pública, e valor social inquestionável (PIRES, 2011).

Buscou-se saber junto aos participantes se os mesmos têm conhecimento da política de atenção integral a saúde do homem e 68% relataram que sim, apontando que tiveram conhecimento pela TV, rádio e internet, já 29% relataram não ter conhecimento, enquanto que 3% apontaram ter conhecimento pelo agente comunitário. O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante nas ações de saúde em geral, principalmente na saúde do homem. Pois sabe onde há maior concentração de homens no território (bares, salões de jogos, grupos de igreja), como esses homens são em sua diversidade, como se relacionam com o território, com a comunidade, com a família, oferecendo assim informações sobre prevenção, e orientações quanto a importância do atendimento nas UBS.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, a masculinidade é construída historicamente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

A cultura é um fator determinante para a educação em saúde, pois, as crenças e valores interferem na significação do que é ser masculino, uma vez que os

homens foram educados para não chorar e manterem a postura de “machos”, onde o estereótipo de homem está baseado em sua força, masculinidade e atitudes, portanto o adoecimento demonstraria sua fragilidade. O homem por uma série de questões culturais e educacionais ainda é visto pela sociedade como uma pessoa invulnerável e forte, imune a qualquer tipo de adoecimento, contribuindo assim para que ele descuide de sua saúde e se exponha a mais a riscos do que as mulheres (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

CONCLUSÃO

A temática sobre a saúde do homem tem alcançado destaque no país nos últimos anos, especialmente pelos altos índices de morbimortalidade decorrentes de causas externas que afetam esse grupo, associado há isso há uma baixa procura pelos serviços de saúde, que poderiam diminuir essa estatística.

A partir dos resultados desse estudo e das literaturas pesquisadas, evidenciou-se que por falta de campanhas voltadas para a saúde do homem, vergonha de ser exposto perante o profissional de saúde, falta de unidades específicas para o tratamento da saúde de pacientes do sexo masculino e até o medo da descoberta de uma grave patologia configuram-se como condições que predispõem para uma baixa procura de pacientes do sexo masculino nas Unidades Básicas de Saúde.

A atuação do enfermeiro na saúde do homem assume um caráter amplo, tem em seu campo de atuação ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde. Com ênfase nas UBS o enfermeiro direciona seu olhar para ações de caráter preventivo e de ações que promovam saúde, como demonstrado neste estudo.

Existe a preocupação da realização da busca ativa dos homens, outra forma de promover saúde, que pode ser realizada em promoções de saúde nas empresas que os homens trabalham, realizando assim a apresentação do serviço de saúde aos homens, favorecendo a sua conscientização da importância do cuidado.

Homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Entende-se que tal fato esteja relacionado à visão histórica e cultural da sociedade sobre a figura masculina e à ideia do homem como ser invulnerável, viril, forte, no qual o autocuidado não é visto como uma prática comum, o que de certa forma interfere na procura pelos

serviços de saúde e contribui para o desenvolvimento de doenças que são passíveis de prevenção e tratamento eficiente.

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, medidas de prevenção. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família.

A estrutura das Unidades Básicas de saúde compõe outro problema, uma vez que elas são mais ambientadas para o público feminino, o que acarreta um afastamento dos usuários das unidades e este só procura os serviços de saúde quando a patologia se encontra instalada, o que configura um problema de saúde pública.

Sendo assim, profissionais da área da saúde, precisam entender um pouco mais sobre este universo masculino para que saibam como impactar a população masculina que está tão ausente na busca dessas informações.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Pernambuco, 11(5), set./out., 2005.

BARATA, RB. **Relações de gênero e saúde**: desigualdade ou discriminação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BARBOSA, Camila Jussara Lima. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.6, n.3, p.99-114, jul-dez., 2014.

BRASIL, República Federativa do. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, 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. Brasília-DF, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde, 2013.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens**: um desafio para os serviços de atenção primária. São Paulo: Ciência e Saúde Coletiva, 2005.

FONTES, W. D; BARBOZA, T. M; LEITE, M. C. *et al.* Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.3, p. 430-433, 2011.

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. **Caderno de Saúde Pública**. vol. 23, nº. 3. mar. Rio de Janeiro: 2007.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, **Coordenação de População e Indicadores Sociais**, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sintese/mt?indicadores=29171> acessado em 24 de novembro de 2017.

JULIÃO, Gésica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM.**, 1(2):144-152, mai-ago., 2011.

LIMA JUNIOR, Eduardo Alves; LIMA, Hermínio de Sousa. Promoção da saúde masculina na atenção básica. **Pesquisa em Foco**, v.17, n.2, p.32-41, 2009.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. Set., Dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2017.

POLISELLO, C; OLIVEIRA, C. M; PAVAN, M; GORAYEB, R. Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. P. 323-335. Out-Dez, 2014.

SCHWARZ, Eduardo; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza; MOURA, Erly Catarina de; CARVALHO, Sarah de Araújo; SILVA, Simione Fátima Cesar da. Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, 46(Supl):108-116, 2012.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; LAMAS, Alinny Rodrigues; SILVA, Juliana da Costa e; MATOS, Ronivaldo Menegussi de. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, 10(3):378-84, dez., 2008.