



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FABIELLI DE ASSIS SOARES

**SAÚDE DO HOMEM:
ACESSIBILIDADE DO GÊNERO AOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

ARIQUEMES – RO
2012

FABIELLI DE ASSIS SOARES

**SAÚDE DO HOMEM:
ACESSIBILIDADE DO GÊNERO AOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Profª Orientadora: Esp. Sônia Carvalho de Santana

FABIELLI DE ASSIS SOARES

**SAÚDE DO HOMEM:
ACESSIBILIDADE DO GÊNERO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Orientadora Sônia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. Especialista Silvia Michelly Rossetto - FAEMA

Prof. Mestre Mario Mecnas Pagani - FAEMA

Ariquemes, 14 de Novembro de 2012

A Deus, pela força a mim concedida.
Aos meus pais, razão da minha existência.
A família, por ser meu alicerce.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tornar esse sonho possível.

A minha orientadora Sonia Carvalho de Santana, por embarcar comigo nesta ideia e não medir esforços para me ajudar, objetivando sempre o melhor do meu trabalho.

Aos meus pais Seir e Darci, que juntos não pouparam esforços para que este sonho fosse concretizado, pelo amor, dedicação e incentivo que sempre me deram nos estudos, por me ensinarem que devo procurar a excelência em tudo o que faça. Ao meu pai em particular, homem que admiro pela persistência e determinação em ser um vencedor na vida, trabalhador e honesto, e também pela parceria que construímos até aqui. A minha mãe em especial, nem usando todos os adjetivos seria possível descrever tal mulher. Exemplo de mãe, amiga, cúmplice e companheira. Por ser sempre o meu porto seguro, meu orgulho, meu chão, meu tudo, minha vida.

A minha irmã Danielli, pelo amor, companheirismo e paciência que tens comigo. Por sua proteção de irmã mais velha. Pelo orgulho que vejo estampado em teu rosto quando fala a alguém de minhas qualidades.

Ao meu avô Sr. Alacrino, homem sábio e de poucas palavras. Exemplo de ser humano e caráter único. Com quem venho reforçando cada vez mais a amizade e admiração. Por sempre ter um bom conselho e uma palavra amiga.

Aos meus tios em geral, representados por estes mais próximos, tia Célia, Luciana, Cláudia e tio Edmilson pelo incentivo sempre presente.

Aos meus padrinhos de coração, Homero e Valquíria. Ele por sempre acreditar em meu potencial. E ela por sua amizade e sinceridade.

As amigas que sempre se fizeram presentes, pelos bons momentos que já passamos, pelo carinho, cumplicidade e amor, Jéssica, Savanna, Julia, Andressa Loyse, Juliane e em especial Cássia Nayara, por ter se tornado parte da minha família, uma irmã.

Aos amigos que fiz durante estes quatro anos, por quem tenho apreço imenso, Ana Rita, Fabiola, Edcleuza, Iara, Carol, Elessandra, Kris, Dieila, Rafael, Cleiton, Vanilda e Eliel.

As mestras que me transmitiram seus conhecimentos da arte do cuidar, professoras Silvia, Denise Sharon, Helena Meika, Mônica, Milena e Damiana.

A professora Flaviany, por aulas inesquecíveis de anatomia, a professora Lilian por aguçar em mim o prazer pela biologia, ao professor Leandro por suas aulas de fisiologia, que mais pareciam viagens pelo corpo humano. A professora Rosani por despertar em mim a paixão pela saúde pública.

A todos que de alguma forma contribuíram para o meu aprendizado.

*Os homens por se sentirem invulneráveis se
expõem mais e acabam ficando vulneráveis.*

São duas faces da mesma moeda.

Autor desconhecido

RESUMO

Em geral os homens sofrem mais em aspectos severos e crônicos de saúde o que as mulheres e também morrem em maior número pelas principais causas de morte. Desta forma o presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura descritiva, qualitativa e exploratória sobre a saúde do homem inserido no contexto da atenção primária, resgatando historicamente como o gênero masculino está inserido neste contexto, ressaltando as principais doenças que acometem os homens e as principais ações contidas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O objetivo geral foi destacar os possíveis fatores para a escassa procura dos homens aos serviços de saúde. O problema relacionado a pouca procura do homem ao serviço de saúde é associada para muitos a uma característica da identidade do homem vinculada ao seu processo de socialização de gênero. Por sua vez, a ausência do homem, ou sua invisibilidade no serviço, introduz uma série de questões para o conhecimento acerca das necessidades de saúde masculina e suas relações com os referenciais de gênero. Diante do que foi encontrado na literatura, é relevante dizer que fica evidente a insuficiente procura dos homens aos serviços de saúde. O que torna indispensável uma reflexão pelos profissionais da área das unidades básicas quanto à oferta instalada em organização e oferta de serviço e a abordagem aos serviços e como criar táticas para trazê-los às ações de promoção e prevenção.

Palavras-chave: Saúde do Homem, Atenção Primária à Saúde, Gênero e Saúde.

ABSTRACT

The men, in general, suffer more with severe and chronic aspects of health than the women and also die more than they by the main causes of death. So the present work is a literature review descriptive, exploratory qualitative about the health of the man inserted in the context of the primary care, rescuing historically how the male gender is inserted in this context, highlighting the main diseases that affect the men and the principal actions contained in the National Policy of Integral Attention to the Man's Health. The general objective was to highlight the possible factors to the scarce pursuit of the men to the health services. The problem related to the low of the men to the service health is linked to many of them to a characteristic of identity of the man linked to their process of gender socialization. For its time, the absence of the man, or its invisibility in the service, introduce a serie of questions to the knowledge about the men's health needs and their relationships with referential of the gender. Against what were found in the literature, it is relevant to say that it is evident the insufficient pursuit of the men to the health services. What became indispensable a reflection by the professionals of the area of the basic units about the offer installed in organization and service offer and the approach to the services and how to create tactics to bring them to promotion and prevention.

Keywords: Men's Health, Primary Attention to the Health, Gender and Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida.....20

Tabela 2 - População masculina dos 25-59 anos, de acordo com as faixas etárias21

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSF	Programa de Saúde da Família
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	133
2 OBJETIVOS	155
2.1 OBJETIVO GERAL	155
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	155
3 METODOLOGIA.....	166
4 REVISÃO DE LITERATURA	177
4.1 COMPONENTES HISTÓRICOS DO GÊNERO MASCULINO	177
4.2 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS	200
4.3 ASPECTOS GERAIS DA MORBIDADE MASCULINA.....	222
4.3.1 Principais Causas de Morbidade no Gênero Masculino que Geraram Internações no SUS em 2007	233
4.4 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	244
4.5 PRINCIPAIS AÇÕES CONTIDAS NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	266
CONSIDERAÇÕES FINAIS	288
REFERÊNCIAS	300

INTRODUÇÃO

Estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem em maior número pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde (APS) é menor do que a das mulheres (GOMES, NASCIMETO e ARAÚJO, 2007).

O primeiro problema, relacionado a pouca procura do homem ao serviço de saúde é associado para muitos a uma característica da identidade do homem vinculada ao seu processo de socialização de gênero. Por sua vez, a ausência do homem, ou sua invisibilidade no serviço, introduz uma série de questões para o conhecimento acerca das necessidades de saúde masculinas e suas relações com os referenciais de gênero (SILVA, 2010; GOMES, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a APS é um conjugado de ações de cunho particular ou coletivo, postas no primeiro nível da atenção dos serviços de saúde, dirigidas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, estando o contato preferencial e inicial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser através das unidades de saúde da família (BRASIL, 2006).

Referente ao problema acerca das dificuldades do serviço à saúde do homem nota-se que a própria característica da unidade representa impedimentos ao conhecimento das necessidades da saúde masculina. Os espaços dos serviços de saúde se mostram desfavoráveis à presença dos homens. Em parte porque o ambiente poderia ser considerado feminilizado, sendo um lugar dedicado quase que exclusivamente a mulheres, idosos e crianças. Isso porque existem programas bem sedimentados na unidade, que são uma exigência do MS, voltados para esse público (SILVA, 2010).

A atenção integral à saúde do homem possibilita a assistência aos homens em sua integralidade, compreendendo as ações voltadas para a saúde sexual, reprodutiva, de prevenção de câncer e de orientações para atendimento do homem

em situação de violência, com segurança e dignidade, promovendo assim uma assistência humanizada e de qualidade (QUEIROZ, 2011).

Os cuidados e intervenções de enfermagem são fundamentais no processo técnico-científico e atenção a saúde do homem. O enfermeiro deve fundamentar seus conhecimentos e aplicá-lo a realidade da sua comunidade com realizações de palestras educativas e intervencionistas priorizando a prevenção em saúde. O homem como integrante da sociedade deve estar em foco pela equipe multidisciplinar, objetivando informar ao mesmo, as necessidades do auto-cuidado e seus reais benefícios tanto para ele quanto para sua família inserida neste contexto social (SCHRAIBER et al., 2010).

Considerando que a APS é a porta preferencial para o sistema de saúde no país e representa um esforço para que o SUS se consolide, tornando-se mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre serviço e população e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência, o presente trabalho destina-se a compreender a invisibilidade dos homens pela APS com base na perspectiva de gênero (COUTO et al., 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar os possíveis fatores para a escassa procura dos homens aos serviços de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Citar componentes históricos do gênero masculino inseridos no contexto da saúde;
- Relacionar os indicadores epidemiológicos e demográficos em relação ao gênero masculino no Brasil;
- Citar os principais indicadores de morbidade no gênero masculino que geraram internações no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2007;
- Descrever as principais ações contidas nas Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura descritiva, qualitativa e exploratória, onde a temática foi escolhida dentre a diversidade das áreas de abrangência em enfermagem, na busca de chamar atenção para a relevante aplicabilidade em atenção à saúde do homem para a promoção da saúde, dentro da realidade de cada comunidade, de forma contínua e com qualidade.

O levantamento do material bibliográfico realizou-se, através do estabelecimento de palavras-chave, conforme descritores (Desc - BVS), a saber: saúde do homem; atenção primária à saúde; gênero e saúde. Nas bases: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) – que compreende a SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca da Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Acervo da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e Biblioteca Cochrane - Google acadêmico, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), e na biblioteca “Júlio Bordignon” da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA do Município de Ariquemes, estado de Rondônia. O levantamento das publicações foi realizado dentre os meses de fevereiro a outubro.

Dentre os materiais encontrados, listavam 7 (sete) manuais do Ministério da Saúde, 2 (dois) monografias, 1 (um) trabalho de conclusão do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 1 (um) tese de doutorado e 45 (quarenta e cinco) revistas e periódicos científicos. Na sequência, aplicou-se a técnica de leitura histórico-crítica que, no essencial, consiste em uma leitura de totalidade para reconhecimento do texto e destaque de tudo que é desconhecido. Nesta etapa foram excluídos os materiais que não versavam com os objetivos do trabalho.

O material selecionado foi constituído por 30 (trinta) referências sendo, no total destas, 5 (cinco) foram manuais do Ministério da Saúde, 1 (um) monografia, 1 (um) trabalho de conclusão do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 1 (um) tese de doutorado, 22 (vinte e dois) revistas e periódicos científicos. O delineamento temporal baseou-se em periódicos publicados entre os anos de 2001 e 2011.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 COMPONENTES HISTÓRICOS DO GÊNERO MASCULINO

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo ultimamente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica da ação cultural, a compreensão ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é a linha estruturante pela não busca aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel avaliado como sendo feminino e as mulheres são ensinadas, desde muito cedo, a exercer e tornar-se responsável por este papel (BRASIL, 2008). Faz-se necessária então, uma breve revisão dos componentes históricos do gênero masculino inseridos no contexto da saúde.

As percepções ocidentais sobre o sexo das pessoas remontam a cultura grega e são retratadas em construções filosóficas da antiguidade. Platão apresenta em seu livro “O Banquete” um mito que explica a origem das duas formas de se inventar socialmente o sexo. Conforme esse mito, a humanidade era combinada por seres arredondados, com quatro mãos, quatro pernas, dois órgãos sexuais, uma cabeça e dois rostos. Qualificados em três tipos: os masculinos, descendentes do sol; os femininos, da terra; e os andróginos, que tinham metade masculina e metade feminina e eram provenientes da lua. Em castigo por terem se voltado contra os deuses, foram repartidos ao meio, originando homens e mulheres, que passariam o resto da vida buscando suas referentes metades (PINHEIRO E COUTO, 2008).

Na cultura grega o limite entre o masculino e feminino era apresentado não por uma questão de distinção de espécie, mas por grau de perfeição, sendo o homem um ser mais perfeito que a mulher. Adotando a lógica grega, o corpo masculino concebia perfeitamente a humanidade (NASCIMENTO et al., 2011).

Desde a segunda metade do século XIX, quando a saúde vira questão de Estado e intervenções de distintos aspectos passam a cruzar o “corpo” social com o fim de saneá-lo ou de aperfeiçoá-lo, alguns sujeitos mereceram atenção específica. Alguns deles, como criminosos, loucos ou homossexuais, ganharam tal atenção pelo perigo social que de maneira suposta representavam; outros, as mulheres durante grande parte do século XX, pela carga que lhes era imposta na reprodução de uma raça forte e sadia; outros como crianças e idosos, por serem avaliados como frágeis

frente a enfermidades e outras adversidades. Ao alcance em que seus corpos eram medicalizados, alguns sujeitos ganhavam notabilidade, enquanto outros continuavam na escuridão. Esse é notadamente o caso dos homens (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009).

O ideal de homem (viril, forte, invulnerável e provedor), entretanto, vem sendo abalado a partir dos questionamentos dos movimentos feministas (anos 70) e pessoas que mantêm relações homoafetivas (anos 80). Tais questionamentos, que rechaçam as bases naturalistas da dominação masculina, possibilitaram abrir um imenso campo de pesquisas que abarcassem a discussão da masculinidade a partir de outro enfoque (GOMES et al., 2011; BRAZ, 2005).

No Brasil, especialmente após a declaração do Ano Internacional da Mulher em 1975, realizada pela Organização das Nações Unidas - ONU - houve tendência, tanto entre os formuladores das políticas públicas de saúde e educação, quanto na academia, especialmente nas ciências sociais, em tratar do tema mulher. Desta reflexão, os homens e a masculinidade foram excluídos ou tratados como contraponto, e no contexto do desenvolvimento, do amadurecimento e da influência do feminismo, os papéis e as funções de homem e de mulher passaram a ser questionados em busca de maior equidade entre gêneros, igualdade de oportunidades, divisão das atividades domésticas e relativas à criação dos filhos (PASCHOALICK et al., 2006).

Ao contrário de uma primeira fase dos estudos de gênero, em que os homens foram “deixados de lado” ou adotados como mero contraponto, as pesquisas sobre masculinidade iniciam-se num caminho já aberto e mais estruturado, com base em estudos sobre a masculinidade. Onde passam a considerar que as reflexões teóricas e as pesquisas empíricas não podem acontecer sem que o foco recaia no masculino e no feminino (NASCIMENTO et al., 2011; GOMES e NASCIMENTO, 2006).

Desde a primeira década do século XXI com as modificações das composições familiares e de moldes de masculinidade, consentiu aos homens surgirem como consumidores de bens e serviços - entre eles os serviços de saúde. A constatação de que a resolução de sérios problemas de saúde passa fundamentalmente pela mobilização da população masculina e a ampliação de tratamentos exclusivos e relativamente eficazes para a “impotência”, rebatizada nessa nova conjuntura de “disfunção erétil”, apressam a medicalização dos corpos masculinos (MOREIRA et al., 2011).

Segundo Pinheiro e Couto (2008), é necessário considerar aspectos como poder e iniquidade social para entender os contextos dos comportamentos não saudáveis adotados pelos homens. Dessa forma, os homens usam práticas e comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade que os estabelecem como homens. Assim, por exemplo, os homens, para a aquisição de poder, reprimem suas necessidades de saúde e recusam admitir dor ou sofrimento, negam fraquezas ou vulnerabilidades, sustentam o controle físico e emocional, além de manifestarem uma desqualificação de situações de risco, quer ligadas ao sexo inseguro, quer a um comportamento rotineiramente agressivo.

Em 2007, o médico sanitário José Gomes Temporão, em seu discurso de posse como Ministro da Saúde empossado por Luiz Inácio Lula da Silva, listou a fundação de uma “política nacional para a assistência à saúde do homem”. No ano seguinte, em março de 2008, foi criada na esfera do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009).

Neste departamento, os homens passam então a ter um espaço ao lado de outros personagens, focos mais antigos de ações de saúde exclusivas: além das mulheres, adolescentes e jovens, idosos, pessoas com deficiência, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob a custódia do Estado (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009).

No ano de 2008, houve uma audiência pública convocada pela câmara dos deputados, onde o MS mostrou seu projeto para a área. Em simultâneo a este acontecimento, o Ministério divulgou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH). Este documento foi finalizado e divulgado oficialmente em Maio de 2009 (ALMEIDA, FAUSTO, GIOVANELLA, 2011).

A PNAISH, além de caracterizar os principais fatores de morbimortalidade, evidencia o reconhecimento de determinantes sociais que dão resultados na vulnerabilidade da população masculina e aos agravos à saúde. Levando em conta que representações sociais sobre a masculinidade vigente envolvem o acesso à atenção integral, bem como refletem de modo decisivo na vulnerabilidade dessa população a circunstâncias de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2008).

Um dos desafios para essa política é mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia de seu direito social à saúde. Ela almeja tornar os

homens, responsáveis de suas demandas, concretizando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2008).

4.2 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS

Para que se faça uma análise da saúde do homem no Brasil, precisamos citar as transições demográficas e epidemiológicas, com a consequência do envelhecimento populacional e alterações no panorama das doenças. Fazendo uma comparação com a média de vida masculina e feminina, a masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil. É importante destacar que a proporção de idosos também é menor. No Brasil em 2001, 7,8% do total de homens estavam acima ou igual aos 60 anos, e 0,9% tinham no mínimo 80 anos; entre as mulheres esses números foram maiores, respectivamente, iguais a 9,3% e 1,3% (LAURENTI, JORGE E GOTLIEB, 2005).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total da população residente do Brasil, em 2010, segundo sexo e grupos de idade é da ordem de 190.755.799, sendo 51,04% de população feminina (97.348.809) e 48,96% de população masculina total (93.406.990).

A população de homens no Brasil, com distinção de diferentes fases do ciclo de vida, é delimitada em termos absolutos e percentuais conforme Tabela 1:

Tabela 1 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida

Área Técnica	Grupo Etário	População
Infância	0 – 9	14.641.098
Adolescência	10-24	17.284.281
Idade adulta	25-59	43.695.239
Idoso	60 ou +	9.156.112

Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS,2010.

O grupo populacional masculino dos 25 aos 59 anos diz respeito a 35.234.244 habitantes, assim lançados nas seguintes faixas etárias, como evidencia a Tabela 2:

Tabela 2 - População masculina dos 25-59 anos, de acordo com as faixas etárias

Faixa etária	População
25 a 29 anos	8.460.995
30 a 34 anos	7.717.657
35 a 39 anos	6.766.665
40 a 44 anos	6.320.570
45 a 49 anos	5.692.013
50 a 59 anos	4.84.995

Fonte: IBGE/MS/SE/DATASUS, 2010

Ainda segundo o IBGE, apesar de que a expectativa de vida dos homens aumentou de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se conserva 7,6 anos abaixo da média das mulheres. O grupo etário que a PNAISH compreende é a faixa dos 25 aos 59 anos, e este grupo diz respeito a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população brasileira.

Um dos grandes feitos da humanidade é o alongamento da vida do ser humano. Porém este feito não se distribui de forma igualitária em diversas regiões e contextos socioeconômicos, e viver mais não é o suficiente para satisfazer a vontade do ser humano, se esse acréscimo não puder ser feito com qualidade (PEREIRA, ALVAREZ E TRAEBERT, 2011).

Em um contexto mais amplo, o processo de envelhecimento, não dependente dos fatores étnicos, sociais e culturais relativos a cada população, está diretamente ligado a uma maior probabilidade de acometimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (GOTTLIEB et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como DCNT as doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias. Estas possuem muitos fatores de risco em comum, fazendo assim com que haja a possibilidade de uma abordagem comum em sua prevenção (BRASIL, 2008; BRASIL 2011).

Nas últimas décadas o Brasil passou por muitas transformações em seu padrão de morbimortalidade, por conta dos processos de transição epidemiológica e nutricional. Essas modificações aconteceram por uma significativa diminuição das doenças infecciosas e aumentos das DCNT, acidentes e violência. Pesquisas

apontam que o número de mortes por DCNT aumentou mais de três vezes entre as décadas de 1930 e 1990 (FIGUEIREDO e SHRAIBER, 2011).

A mudança demográfica provém da diminuição da mortalidade precoce, diminuição das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e acréscimo da população idosa. Portanto torna-se um enorme desafio compreender o desenvolvimento das tendências das DCNT, e monitorar seus fatores de risco e proteção tendo em vista subsidiar políticas públicas de prevenção e controle (MACHIN et al., 2011).

4.3 ASPECTOS GERAIS DA MORBIDADE MASCULINA

Em alguns escritos do século XVII, já explanavam o fato de que nos homens a constância das doenças era menor que nas mulheres, e que as mulheres eram consultadas por médicos duas vezes mais que os homens, e estes morriam mais que elas. Em estudos epidemiológicos com enfoque na saúde do homem no ano de 1998, evidencia-se que o predomínio feminino na morbidade não era notado em algumas doenças de notificação compulsória, e nessas a incidência associava-se ao fator ocupacional, como por exemplo, tétano, leishmaniose tegumentar americana e leptospirose. Acidentes ofídicos e intoxicações por produtos químicos derivados de indústrias e pesticidas também são mais frequentes em homens (SOUZA e MENANDRO, 2011; MOREIRA et al., 2011).

Ao analisar os fatores de morbidade meio aos homens, alguns deles podemos relacionar com o comportamento masculino. Nesta inclusão podem ser enumeradas neoplasias malignas (cânceres de estômago, pulmão e próstata), doenças isquêmicas do coração e cérebro-vasculares. O câncer de próstata está inteiramente unido à dificuldade que se encontra pelos homens em se submeterem a exames e a freqüentarem constantemente um serviço de saúde. Desta maneira, conferem o hábito de fumar um aspecto masculino, relacionando-o ao câncer de pulmão e aos transtornos isquêmicos e vasculares (PASCHOALIC, LACERDA e CENTA, 2006).

A prevalência de doenças crônicas cresce com a idade, em particular nos idosos e pode levar a uma grande restrição das atividades. Portanto avaliar a limitação de atividades é uma forma de avaliar a qualidade de saúde bem como os gastos que representam (FIGUEIREDO, 2008; FIGUEIREDO e SHRAIBER, 2011).

4.3.1 Principais Causas de Morbidade no Gênero Masculino que Geraram Internações no SUS em 2007

A morbidade por causas externas foi a causa que gerou cerca de 80% dos internamentos no SUS. A faixa etária que predomina neste fator foi dos 20 aos 29 anos. Os acidentes de transporte se sobressaem em termos de proporção dentro dos determinantes externos. No ano de 2007, de um total de 11.332.460 internações, 4.510.409 foram internações masculinas (39,8%), sendo de 1.737.716 (15,3%) o número de internações na faixa dos 25 aos 59 anos. Destas, 16% foram geradas por causas externas (BRASIL, 2008).

Os tumores do Aparelho Digestivo, as neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe foram as que conceberam o maior número de internações (8.744), logo depois câncer de estômago (5.316), pelo câncer de cólon (5.085) e pela neoplasia maligna de esôfago (4.715). Referente ao Aparelho Respiratório, as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões foram culpadas, no ano de 2007, por 3.836 internações, seguidas pelo câncer de laringe com 3.237 casos. Dentre os internamentos por tumores do Aparelho Urinário destaca-se a neoplasia maligna da próstata com 2.377, enquanto que outros tumores malignos do aparelho genital masculino foram responsáveis por 2.183 internações, seguidas de 1.510 ocorrências de neoplasia maligna da bexiga (BRASIL, 2008).

As enfermidades do Aparelho Respiratório foram responsáveis por 9% das internações. Destes, as pneumonias representaram 43%, e as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) (12%) representaram as que tiveram maior predominância, seguidas pela asma em suas distintas formas (11%). A tuberculose foi responsável por 5% das causas de internações (BRASIL, 2008).

Falando em Doenças do Aparelho Circulatório, pode-se averiguar que a maior parte das internações hospitalares, deve-se aos acidentes coronarianos (40,5%), e hipertensão arterial (18,7%) (BRASIL, 2008).

As doenças do Aparelho Digestivo responsáveis pelo maior número de internações foram doenças ácido-pépticas (35.782), doenças do fígado (27.354) e colelitíase e colecistite (25.333) (BRASIL, 2008).

Segundo pesquisas da OMS, a saúde sexual é o fator que mais interfere na qualidade de vida da população masculina. Deve-se mencionar também que a disfunção erétil é um importante marcador para doenças, como a coronariopatia e o

diabetes. Portanto não podemos esquecer de mencionar as disfunções sexuais entre os fatores de morbidade. Pois acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos (BRASIL, 2008).

4.4 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A APS teve sua primeira definição em 1978 quando foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Toronto no Canadá, e registrada na carta de Alma-Ata publicada pela OMS. Segundo esta carta, a APS responde pelos cuidados básicos à saúde, que se alicerçam em tecnologias acessíveis, que introduzem os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas. Sendo assim, se consolida como o primeiro nível de contato com princípio nacional de saúde e o primeiro componente de um processo continuado de atenção (GOMES et al., 2011).

De acordo com SOUZA E MENANDRO (2001), a Declaração de Alma-Ata, conclamou a comunidade internacional a alcançar o objetivo de “saúde para todos”, dando preferência aos sistemas nacionais de atenção primária. Em alguns países, ganhou força a idéia de que os modelos de atenção a saúde centralizados no hospital não tem eficácia para que bons resultados sejam alcançados.

A APS constituiu-se ao longo do tempo em volta da organização dos serviços, assim sendo, é atribuída a cargo de primeiro contato e subsidiar entrada a outros recursos de serviços de saúde. Com base na família e na comunidade, os serviços de APS têm como obrigação responder à maior parte das necessidades em saúde de uma população (HEIMANN et al., 2011).

No Brasil, os princípios gerais da atenção básica em saúde são definidos por um conjunto de ações de saúde, que devem compreender a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A APS é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Norteia-se através dos princípios da universalidade, da acessibilidade e da composição do cuidado, da conexão e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (ALMEIDA, FAUSTO E GIOVANELLA, 2011; GOMES et al., 2011).

Segundo HEIMANN (2011), no Brasil, as ações do governo com enfoque no fortalecimento da APS tiveram maior destaque desde a expansão da Estratégia de

Saúde da Família (ESF), que visava modificar a forma de organização da atenção à saúde no SUS. Nos últimos trinta anos a ESF vêm crescendo em todo o país, com apoio do MS. As ações, serviços de saúde e o processo de descentralização no SUS têm favorecido a ação dos municípios no que se refere à pluralidade de formas e resultados de implantação da ESF.

A ESF é a principal tática do Brasil para implementar e organizar a APS. Criada em 1994 com o nome “Programa de Saúde da Família” (PSF), foi abordado no primeiro documento ministerial como uma pergunta, passando a ser considerada uma estratégia de reorientação do exemplo assistencial, com possível caráter substitutivo das práticas convencionais (GOMES et al., 2011).

Para que a ESF obtenha um melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é de grande importância que as ações tragam por base uma equipe mesclada por profissionais de diversas áreas, com competência para desenvolver diferentes disciplinas (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde criou em 2008 a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, que refere-se a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como objetivo principal apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, acrescentar a abrangência e o alvo das ações da atenção básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os métodos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

O NASF tem a obrigação de atuar dentro de algumas normas referentes à APS, sendo elas: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009).

Ele é mesclado de nove áreas estratégicas. São elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

Nas normas da Portaria nº 154, o NASF se caracteriza em I e II. O NASF I é composto por: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra

e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF tem que ter vínculo a no mínimo oito e no máximo de vinte equipes de ESF, com exceção da região Norte, onde o mínimo é cinco. O NASF II compreende os profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. Deve ter vínculo no mínimo com três equipes de ESF. Quem define os profissionais que farão parte de cada tipo de NASF é o gestor municipal. Ele precisa seguir critérios de prioridade a partir das necessidades do local e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2009).

4.5 PRINCIPAIS AÇÕES CONTIDAS NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A atual política destaca a obrigação de mudanças de modelos no que concerne à percepção da população masculina em analogia ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família (BRASIL, 2008).

A prática da política precisará ocorrer de forma associada às demais políticas vigentes, numa coerência hierarquizada de atenção à saúde, dando prioridade a atenção primária como acesso de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime (BRASIL, 2008).

A PNAISH tem como finalidade nortear as ações e serviços de saúde para a população masculina. Acatando os princípios da integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção (BRASIL, 2008).

Para desempenhar esses princípios de humanização e da qualidade da atenção integral devem-se apreciar os seguintes dados: ingresso da população masculina aos serviços de saúde; junção com as diversas áreas do governo com a esfera privada e a sociedade; subsídios e orientações à população masculina sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das doenças; captação precoce da população nas atividades de prevenção primária; capacitação metodológica dos profissionais de saúde; disponibilidade de insumos; afirmação de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada; preparação de análise dos indicadores para monitorar as ações e serviços (BRASIL, 2008).

As diretrizes acompanham como formulações que sugerem as linhas de ação a serem seguidas pela saúde. Elas devem conduzir a preparação dos planos,

programas, projetos e atividades. As diretrizes foram formuladas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade (BRASIL, 2008).

Em relação à factibilidade, foram consideradas a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e composição administrativa e gerencial de caráter a aceitar em todo o país, no exercício, a implantação das ações delas decorrentes (BRASIL, 2008).

No que se referem à coerência, as diretrizes que serão indicadas estão fundadas nas aberturas combinadas com os princípios do SUS (BRASIL, 2008).

As três esferas de gestão e o domínio social, a quem se condiciona o empenho e a possibilidade de cumprimento das diretrizes, está inteiramente relacionada a viabilidade (BRASIL, 2008).

A PNAISH tem por finalidade geral requerer a melhoria das qualidades de saúde da população masculina do Brasil, cooperando, para a diminuição da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento coerente de risco e mediante a simplificação ao acesso, às ações e aos serviços de amparo integral à saúde (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo proporcionou o conhecimento acerca do homem e como componentes do gênero interferem no acesso ao serviço de saúde e quais as razões que os atrapalham de se preocuparem com o cuidado.

Conforme as referências analisadas fica evidente a insuficiente procura dos homens aos serviços de saúde, e ainda mais na atenção primária. O que torna indispensável uma reflexão pelos profissionais da área das unidades básicas quanto a oferta instalada em organização e oferta de serviço e a abordagem aos serviços e como criar táticas para trazê-los às ações de promoção e prevenção.

A fantasia cultural do ser homem pode aprisioná-lo em amarras, tornando difícil a adoção de práticas de autocuidado, pois ao alcance que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, ir atrás do serviço de saúde, num aspecto preventivo, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; assim sendo poderia deixá-lo mais próximo dos perfis do universo feminino, o que insinuaria talvez dúvidas acerca dessa masculinidade socialmente formada.

Outro ponto que alicerça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo de descobrir uma grave enfermidade, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens. A vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata também é outro fator que implica nesta dificuldade.

Os serviços de saúde, sua organização como, por exemplo, horário e as próprias campanhas de saúde também são considerados pouco aptas para absorver a demanda apresentada pelos homens. O mercado de trabalho também não garante formalmente tal prática, e o homem em dado momento pode ser o maior prejudicado e sentir que o seu papel de provedor está ameaçado.

No decorrer do trabalho, podemos perceber que até o ano de 2009 os homens ainda não tinham uma política que os direcionassem quanto ao seu cuidado, assim como as crianças e adolescentes, mulheres e idosos. A criação da PNAISH foi uma grande conquista do gênero, que passou a receber uma melhor atenção pelos profissionais da área da saúde.

A finalidade principal do programa é diminuir a resistência masculina à medicina de uma forma geral. Para tanto, uma ação educativa bem feita atualizaria

os homens, erradicando o pensamento mágico que os norteiam e que os torna escravos de seus próprios preconceitos. Essas políticas vão ao encontro do dia a dia de trabalho nas unidades abrindo os olhos para o interesse e reflexão de toda equipe quanto à importância de trabalhar com a Saúde do Homem.

A inclusão dos homens no campo da assistência à saúde, especialmente na atenção primária, exige a articulação com o que tem sido produzido historicamente no tocante à atenção à saúde da mulher sem, claro, descuidar da particularidade e das especificidades no tocante às necessidades de saúde e cuidado dos segmentos de homens.

Mesmo com muitas mudanças já ocorridas ao longo dos últimos anos acerca na evolução a atenção dada à saúde do homem, ainda há muito que alterar no serviço quanto a mudança na rotina, tornando mais fácil o acesso dos homens às ações de promoção e prevenção em saúde.

Fica explícito que devido ao fato de que a saúde do homem é um tema jovem em relação à criação de programas e políticas específicas ao assunto, faltam ainda estudos que apontem dentro da APS e ESF, o papel de cada profissional quanto aos trabalhos que devem ser realizados. Tendo como finalidade tornar a presença do homem mais assídua nas unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington, D. C., v. 2, n. 29, p. 84-95, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892011000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 18 out. 2012.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 97-104, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 659-658 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312009000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 mar. 2012.

COUTO, Marcia. Et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**. São Paulo, v 14, n. 33, p. 257-270, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832010000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 fev. 2012.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São

Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-15122008-155615/>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 16, p. 935-944, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 ago. 2012.

GOMES, Karine de. Et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 16, p. 881-892, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020>. Acesso em: 15 out. 2012.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, p. 825-829, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000300017&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 ago. 2012.

GOMES, Romeu. Et al. Atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p. 113-128, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100007>. Acesso em: 12 out. 2012.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 22, p. 901-911, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine do; ARAÚJO, Fábio de. 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 Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 23, p. 565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle. Et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 365-380, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2012.

HEIMANN, Luiza Sterman. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 16, p. 2877-2887, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600025&script=sci_arttext>. Acesso em 22 jun. 2012.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena de Mello; GOTLIEB. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**. Manguinhos, v. 1, n 10, p. 35-46, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010>. Acesso em: 15 jul. 2012.

MACHIN, Rosana. Et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 16, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2012.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 16, p. 983-992, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700030&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2012.

NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do. Et al. Masculinidades e Práticas de Saúde na Região de Belo Horizonte – MG. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100020>. Acesso em: 17 out. 2012.

PASCHOALICK, Rosele C; LACERDA, Maria R; CENTA, Maria L. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 1, n. 11, p. 80-86, 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5979/4279>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

PEREIRA, Keila Cristina Raush; ALVAREZ, Angela Maria; TRAEBERT, Jefferson Luiz. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 85-95, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2012.

PINHEIRO, Thiago F; COUTO, Marcia T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de história da ciência – Instituto Butantan**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180976342008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2012.

QUEIROZ, Grazielle. **Características das políticas públicas de saúde relacionadas ao homem: uma revisão de literatura**. 2011. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2923.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da; COUTO, Márcia Thereza; PINHEIRO, Thiago Félix. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e

medicalização. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**. São Paulo, v 15, n. 38, p. 845-858, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2012.

SILVA, Carla. **A masculinidade como fator impeditivo para o acesso aos serviços e ao auto cuidado**: uma revisão de literatura. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2385.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

SCHRAIBER, Lilia. Et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 26, p. 961-970, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n5/18.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 517-539, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200010>. Acesso em: 13 set. 2011.