



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

**UMBELINA MELO DE SOUZA CAROLINO**

**SAÚDE DO HOMEM: DIFICULDADE DE ADESÃO AOS CUIDADOS  
PRIMÁRIOS EM SAÚDE.**

ASSIS  
2012

**UMBELINA MELO DE SOUZA CAROLINO**

**SAÚDE DO HOMEM: DIFICULDADE DE ADESÃO AOS CUIDADOS  
PRIMÁRIOS EM SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como  
requisito do Curso de Graduação em Enfermagem.  
Orientadora: Profa Ms. Luciana Carvalho Gonçalves

ASSIS  
2012

## FICHA CATALOGRÁFICA

C292 CAROLINO, Umbelina Melo de Souza

**SAÚDE DO HOMEM:** dificuldade de adesão aos cuidados primários em saúde /  
Umbelina Melo de Souza Carolino. - Fundação Educacional do Município de Assis-  
**FEMA--ASSIS**, 2012.

35p.

Orientadora: Profa Ms. Luciana Gonçalves Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Saúde-Homem 2. Saúde-cuidado 3. Política de saúde

CDD: 613.0423

Biblioteca / FEMA

**SAÚDE DO HOMEM: DIFICULDADE DE ADESÃO AOS CUIDADOS  
PRIMÁRIOS EM SAÚDE.**

**UMBELINA MELO DE SOUZA CAROLINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora

Orientadora: Profa. Ms. Luciana Gonçalves Carvalho

**Analisador (1):** -----

## DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico este estudo a DEUS e à minha família, pois a simples lembrança de tê-los em minha vida aumentou a minha vontade não desistir da batalha, mesmo sabendo dos obstáculos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela enorme força, a qual me sustentou durante todo o processo de aprendizagem, pois antes de eu colocar minhas mãos em minhas ações, Ele primeiramente colocou as suas.

Ao meu esposo Valter e a minha filha Andressa pela compreensão nas minhas ausências, por toda força que me dispensaram nas horas em que parecia que o fim jamais chegaria.

Á todos os meus familiares que sempre acreditaram que eu seria capaz de vencer todos os obstáculos.

Ao Instituto Educacional do Município de Assis (IMESA), representada na pessoa do Diretor- Prof. Ms. Eduardo Augusto Vella Gonçalves e Vice-Diretora Profa. Dra. Elizete Mello da Silva, pela qualidade das ações desenvolvidas.

Á coordenação do curso de enfermagem, muito bem representada pelas professoras Daniela Soares dos Santos e, atualmente Rosângela Gonçalves da Silva, que muito se empenharam durante o desenvolvimento do curso.

À professora Luciana Gonçalves Carvalho, minha orientadora, pela paciência, com que orientou este trabalho.

À professora Ms. Caroline Lourenço de Almeida, que foi enviado por Deus e me deu uma grande ajuda.

Ao professor João Henrique, que disponibilizou seu tempo para esclarecer nossas dúvidas durante as aulas.

Á Todos os professores que não mediram esforços para compartilhar todo o seu conhecimento em diversas áreas.

Á todos os colegas da graduação, em especial ao meu grupo de estágio de enfermagem que sempre estenderam a mão uns aos outros na dificuldade.

À diretora, Josimari Soares de Almeida e Luiz Henrique Bzyl Educador profissional da Escola da Família: Cleophânia Galvão Bueno, pela confiança em mim depositada de permitir oferecer assistência aos participantes dos projetos e pela rica oportunidade de ensinar e aprender.

Aos meus colegas de trabalho da ESF Jardim Eldorado que sempre torceram por mim.

Á todos que, direta e indiretamente contribuíram para a conclusão deste estudo, com orações, conselhos e confiança, a minha eterna gratidão.

“Elevo meus olhos para os montes... de onde me virá o socorro?  
O meu socorro vem do Senhor que fez o céu e a terra. Não deixará vacilar o teu pé; aquele que te guarda não tosquenejará. Eis que não tosquenejará nem dormirá o guarda de Israel. O Senhor é quem te guarda; o Senhor é a tua sombra a tua direita. O sol não te molestará de dia nem a lua de noite. O Senhor te guardará de todo o mal; Ele guardará a tua alma. O Senhor guardará a tua entrada e a tua saída, desde agora e para sempre.”

Texto bíblico; salmo121. 1-8

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
4.1 Masculinidade e Gênero.....	16
4.2 Dimensões de Gênero Como Princípio Organizador da Sociedade.....	17
<b>5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MASCULINO NO BRASIL.....</b>	<b>19</b>
5.1 As Principais Causas de Internações.....	20
<b>6 A RELAÇÃO DO HOMEM COM O ATENDIMENTO PRIMÁRIO À SAÚDE.....</b>	<b>22</b>
6.1 Os fatores Relacionados à Baixa Procura aos Serviços.....	24
<b>7 A INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO.....</b>	<b>27</b>
<b>8 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM. 29</b>	
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## RESUMO

Diante do preocupante cenário que vem oferecendo ao homem o papel principal no processo saúde doença, este estudo busca entender alguns fatores que o levam a ausentar-se de cuidados primários em saúde, se expondo a situações de risco e conseqüentemente favorecendo uma maior morbi-mortalidade. É evidenciado através de vários estudos que culturalmente os homens buscam por serviços de saúde quando um problema já está instalado e muitas vezes de forma tardia. O estudo aponta ainda que, o modelo de masculinidade construído historicamente e culturalmente pela sociedade estimula o homem a não cuidar-se, alimentando-lhe idéia de ser sempre o provedor, o forte. Este estudo permitiu um melhor conhecimento acerca do homem, dentro do contexto masculinidade e gênero, assim como identificar os fatores que o impedem de procurar as unidades básicas de saúde para prevenção precoce. Foi identificado neste estudo que existem várias barreiras no próprio estabelecimento de saúde que favorece a ausência do homem no cuidado primário. Ficou esclarecido através deste estudo, que o homem não valoriza as medidas de prevenção e promoção de saúde que são oferecidas no atendimento primário, favorecendo grandes agravos no decorrer de sua vida. Em decorrência disso, em 2007 no segundo mandato do Governo Luiz Inácio Lula da Silva, o ministro da saúde, José Gomes Temporão, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no Brasil, reduzindo a morbidade e mortalidade com efetivas e resolutivas ações preventivas. Ações essas que vão além do simples diagnóstico de doenças, pois exige mudanças culturais e psicossociais, respeitando a diversidade do próprio gênero.

**Palavras-chave:** Saúde-doença. Atendimento primário. Política de saúde do homem.

## ABSTRACT

Given the worrisome scenario that has been offering men the lead role in the health disease, this study seeks to understand the factors that lead to time off of primary health care, exposing themselves to risky situations and consequently achieving greater morbidity and mortality. It is shown through various studies that culturally men seek health services when a problem is already installed and often so late. The study also shows that the model of masculinity historically and culturally constructed by society encourages men to not take care of themselves, feeding you ever thought of being the provider, the fort. This study allowed a better knowledge about man, within the context of masculinity and gender, as well as identifies factors that prevent you from seeking the basic health units for early prevention. Was identified in this study that there are several barriers in their own health establishment that favors the absence of the man in primary care. It was clarified through this study, that man does not value the measures of prevention and health promotion that are offered in primary care, favoring major injuries throughout his life. As a result, in 2007 the second commandment of the Government Luiz Inácio Lula da Silva, Minister of Health, Jose Gomes, launched the National Policy of Comprehensive Care Men's Health, with the goal of promoting the improvement of health conditions of the male population in Brazil, reducing the morbidity and mortality with effective preventive and resolute. These actions that go beyond the simple diagnosis of diseases because it requires cultural change and psychosocial respecting the diversity of the genre itself.

**Keywords:** Health-illness. Primary care. Human health policy.

## 1 INTRODUÇÃO

Percebendo uma lacuna na Unidade de Estratégia Saúde da Família onde trabalho quanto à assistência à saúde do homem, senti a necessidade de estudar como é a relação do homem com a sua saúde e prevenção de doenças. A baixa procura da população masculina pelos serviços prestados na atenção primária de saúde foi o fator principal pelo interesse nessa pesquisa.

Vários indicadores de saúde comprovam a grande necessidade de se desenvolver mais estudos abordando esse tema, compreendendo de uma maneira ampla as problemáticas que envolvem essa população, facilitando as construções de ações preventivas necessárias para reverter esse quadro.

Segundo Figueiredo (2008), o homem sempre foi cobrado pela sociedade por um papel que não lhe permite cuidar de sua saúde, pois é tido como um ser forte e poderoso onde a idéia de necessitar de cuidados significaria fragilidade ou perda de poder.

As altas taxas de mortalidade e morbidade que afetam a população masculina no Brasil mostra o quanto a saúde do homem necessita de atenção e sugere também um maior entendimento quanto às necessidades em saúde (BRASIL,2008).

Figueiredo (2005) comenta que o homem desde sua concepção sofre ações do meio em que esta inserido, suscetível a vários agentes, seja ele de natureza orgânica ou inorgânica.

O mesmo autor defende que existe uma demanda reprimida na atenção primária de saúde do homem, por diferentes variáveis; um exemplo disso seria a prevalência masculina na procura por serviços emergenciais, como pronto socorro e farmácias, onde de certa forma poderiam expor de maneira mais rápida os seus problemas.

Além disso, vários indicadores da saúde evidenciam que o comportamento de risco adotado pelo homem ao longo do tempo reflete de maneira negativa no processo saúde doença (BRASIL, 2009).

O padrão de mortalidade masculina, no Brasil, não diferencia de outros países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento (LAURENT; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Segundo Laurenti, (1998) *apud* Schraiber; Gomes; Couto, (2005), existem quatro grupos de doenças que estão presentes como principais causas de morte de indivíduos do sexo masculino, agravos estes, que os torna mais vulneráveis:

As neoplasias malignas (cânceres de pulmão, estômago e próstata); as doenças isquêmicas do coração; as doenças cerebrovasculares; as causas externas (destacando-se os acidentes de carros e os homicídios).

Na visão do mesmo autor a temática da morbi-mortalidade dos indivíduos do sexo masculino, quando se considera câncer de pulmão e de próstata, destacam-se dois comportamentos marcados culturalmente pela distinção de gêneros: o hábito de fumar, fator de risco para o câncer de pulmão e o padrão de uso dos serviços de saúde no caso de câncer de próstata, dificultando as formas de adesão nas ações preventivas para o seu cuidado.

Para Laurenti (1998), *apud* Schraiber; Gomes; Couto, (2005) o hábito de fumar é mais prevalente em homens podendo explicar o diferencial entre as taxas de mortalidade. Quanto ao câncer de próstata, ainda é deficiente a mobilização das autoridades sanitárias voltadas em promoções educativas para reversão do quadro.

O câncer da próstata nos últimos anos aumentou de forma assustadora, mesmo com significativo grau de consciência por parte dos homens. É como se eles estivessem programados para adquirir câncer da próstata, pois todos carregam em seu código genético os chamados proto - oncogênes, que dão ordem para uma célula normal se transformar em maligna. Isso só não ocorre em todos os homens de maneira geral por possuir outro grupo de genes protetores, chamados de supressores (ROVERETTI, 2007).

Dados do IBGE, por meio de estudos realizados entre os anos de 1980 e 2005 apontam que as principais causas de mortes entre os homens foram às doenças isquêmicas do coração seguidas de doenças cerebrovasculares. Na seqüência está o homicídio. O padrão de ocorrências com maior número de morte entre os homens em relação às mulheres repete-se em todas as regiões do Brasil.

Cabe também ressaltar o sedentarismo como uma doença de índice bastante relevante, pois a partir de certa idade (aproximadamente 60 anos) o homem costuma deixar de lado todo e qualquer tipo de atividade física.

Os obstáculos que dificultam o cuidado com a saúde do homem, embora muitas vezes justificados, servem para atentar no quanto as políticas de saúde não investe na população masculina, de forma a promover campanhas de incentivo favorecendo o hábito de procura aos serviços de saúde; oferecendo horários flexíveis, criando um serviço especializado que atenda a demanda masculina de forma a se criar vínculo entre o homem e o serviço (FIGUEIREDO, 2005).

Os serviços de atenção primária em saúde são destinados quase que exclusivamente às mulheres e as crianças, sendo considerado pelos homens um espaço que não lhes pertence, fazendo-os se sentirem como invasores (FIGUEIREDO, 2008; GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Essa informação comprova alguns dados do Ministério da Saúde em 2007, que enquanto as mulheres somaram 16 milhões de consultas com o ginecologista, os homens somaram dois milhões de consultas ao urologista provando dessa forma a existência de uma deficiência da aderência do homem no processo de prevenção, onde sabemos que a prevenção no sexo masculino é muito mais eficaz, um exemplo disso seria a prevenção do câncer de próstata.

O alto índice de doenças crônicas e de mortes no público jovem masculino levou a implantação de uma política de saúde que desse uma atenção priorizada, focado na temática abordada. Em agosto de 2009 foi lançado então, a Política de Atenção Nacional Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

A saúde do homem deve ser vista de forma integral para uma boa qualidade de vida, onde o mesmo possa expor seus problemas, sanando dúvidas que lhe cause aflição, de forma a conhecer seu corpo; reconhecendo a mudança com os passar dos anos; prevenindo os fatores de riscos por meio de adoção de hábitos de vida saudáveis (LEITE, 2002).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- ✓ Compreender como se dá a relação homem-assistência à saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Identificar os motivos que levam os homens a não procurarem os serviços da atenção primária à saúde.
- ✓ Identificar fatores impeditivos para auto cuidado dos homens.
- ✓ Identificar as formas em que os serviços de saúde da atenção primária têm buscado para abordar a saúde do homem
- ✓ Avaliar a situação da saúde do homem na atenção primária de saúde, a fim de determinar o nível da promoção, acesso e prevenção.

### **3 METODOLOGIA**

O método no qual se buscou coletar as informações científicas para o desenvolvimento deste estudo foi através de uma pesquisa bibliográfica, que consiste no material escrito, levantamento e análise do tema de investigação.

Foi necessária para a obtenção de conhecimento a utilização de informações contidas em vários campos para que houvesse coerência e entendimento do tema estudado.

Procurou-se focar acerca da masculinidade e suas relações com a saúde, assim como os fatores que interferem no cuidado do homem e a falta de adesão aos serviços primários.

Para desenvolvimento da pesquisa foram utilizadas as bases eletrônicas: Scielo, Lilacs, Nescan e bibliografias, onde foram encontrados vários artigos publicados em periódicos nacionais, relevantes ao tema.

O acesso aos artigos se deu no mês de junho a outubro de 2012, sendo utilizados os descritores: saúde do homem, atendimento primário, masculinidade e gênero e fatores relacionados à baixa procura.

Como fundamentos teóricos, na revisão de literatura, além dos artigos foram utilizados para essa pesquisa alguns livros da área da saúde do ministério da saúde. Pesquisei através deste estudo a relação do gênero masculino com a saúde e os fatores que dificultam a adesão do homem nos serviços de atenção primária.

A revisão de literatura foi organizada da seguinte forma: masculinidade e gênero; dimensões de gênero; perfil epidemiológico masculino; fatores relacionados à baixa procura aos serviços; atenção primária de saúde e a política de saúde voltada ao homem.

O número de artigos e teses encontrados foram 38 em idiomas em português. Foram selecionados para este estudo 18 artigos e teses, onde o critério de inclusão foi gênero; masculinidade; perfil epidemiológico; integralidade; atenção primária; política de saúde do homem.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 MASCULINIDADE E GÊNERO

É necessária uma reflexão relacionada à masculinidade para entendermos o comprometimento do homem com a saúde nas relações entre gênero. Dentro deste contexto a masculinidade é caracterizada por concepções dominantes de ser homem onde a relação da força e da virilidade são imagens antigas naturalizadas do gênero masculino.

Nos anos 1990, consolidam-se as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero em vários estudos sobre homens e saúde, articulando-se a outras, como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de que fossem compreendidos os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Para Souza (2012) *apud* Duarte et.al. (2012), a masculinidade com relação à construção social é processada desde o início da vida até a morte. Diferentemente das meninas, os meninos são desprotegidos ao longo dos anos, tornando-se alvos mais fáceis de acidentes e violência na rua.

Neste contexto, Figueiredo (2008), sugere que o homem sempre foi cobrado pela sociedade por um papel que não lhe permite cuidar de sua saúde, pois é tido como um ser forte, poderoso e invulnerável onde a idéia de necessitar de cuidados significaria fragilidade e perda de poder.

Figueiredo (2008) também pontua que o exercício da masculinidade pode representar riscos irreversíveis para a saúde dos homens e os serviços de saúde devem incorporar os referenciais culturais de masculinidade nas práticas de saúde efetivadas.

Schraiber; Gomes e Couto (2005) apontam em um de seus estudos que durante anos os homens foram estudados baseados numa perspectiva essencialista, onde a biologia e a igualdade entre eles influenciavam no seu comportamento. Mas à medida que os estudos foram se intensificando essa perspectiva foi superada, sendo considerado pelos estudiosos importante distinguir e inter-relacionar a masculinidade simbolicamente relacionada às identidades do homem.

Schraiber et al. (2010) analisa as relações entre masculinidades e cuidados de saúde, onde a percepção dos homens vai de encontro com a necessidade e

dificuldade na procura pelos serviços e buscam assistência tardiamente ou quando sozinhos não conseguem lidar com seus sintomas.

A masculinidade hegemônica é uma masculinidade modelo, idealizada culturalmente, onde o homem se faz dominante e a mulher é subordinada e legitimada por uma sociedade patriarcal, como forma de relação de gênero. CONNELL (2000) apud SILVA (2009).

A resistência masculina em procurar os serviços de saúde historicamente passa por diversos aspectos, por exemplo, os sócios culturais ligados ao gênero e também as questões relacionadas ao próprio serviço de saúde, onde o padrão de comportamento adotado pelo homem baseado na masculinidade hegemônica está ligado ao processo saúde doença.

#### 4.2 DIMENSÕES DE RELAÇÕES: COMO PRINCÍPIO ORGANIZADOR DA SOCIEDADE

Para se obter um conhecimento da dinâmica da estrutura de gênero, Connel, 1997, apud Silva, 2010, propõe um modelo que traz três dimensões de relação, que seria o princípio organizador da sociedade:

**Relação de poder:** constitui a principal linha divisória de poder na ordenação de gênero nas sociedades ocidentais, bem reconhecida na subordinação feminista e dominação masculina;

**Relação de produção:** a ordenação de gênero se dá no trabalho e na alocação de tarefa, com valorização do homem (maiores salários, maior ocupação e cargos de chefia);

**Cathexis:** a ordenação de gênero se dá a partir dos desejos sexuais e das práticas sexuais que dão forma e realizam esses desejos, seja de forma consensual ou coercitiva, independente do prazer ser obtido mutuamente pelo objeto de desejo (homem, posição de dominação), e pelo objeto desejado (mulher, posição de subordinação).

Segundo Vieira, et al.,2011, Gênero também seria uma referência sócio-histórica, onde as diferenças entre os sexos estabelece valor desigual entre o homem e a mulher, assim como sua especificidade, bem como reconhecer as suas necessidades em saúde, dentro de uma característica socialmente construída definindo o masculino e o feminino em várias culturas.

O gênero masculino tem sido estudado em várias pesquisas devido à dificuldade que os homens têm em mostrar o seu sentimento em relação a um comportamento construído para expressar a masculinidade dominante, principalmente quando o assunto é saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Segundo Connell (2005) apud Silva (2010), a construção da masculinidade é influenciada pela sociedade, onde não existe somente um estereótipo masculino, mas sim múltiplas masculinidades. Uma delas é a masculinidade hegemônica, onde o comportamento do homem é idealizado em diversos contextos sociais, configurando as atitudes do homem na estruturas das relações de gênero.

Na perspectiva de gênero, alguns agravos são de certa forma mais compreendidos segundo uma análise do comportamento masculino no ambiente social, já outros na relação trabalho-adoecimento, analisa a maneira oferecida ao exercício da masculinidade, e outros ainda, como o homicídio e violência doméstica pelo comportamento violento de gênero. LAURENT, 1998 *apud* (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2008), diante disto a conduta do homem, por conta dessa masculinidade vêm de certa forma interferir no cuidado e prática de saúde, favorecendo fatores de riscos e adoecimento em várias idades.

Percebe-se que, buscando um melhor entendimento das palavras sexo e gênero compreendemos a verdadeira necessidade de uma análise mais crítica voltada ao tema em estudo, principalmente quando se relaciona o homem com as estruturas do processo saúde doença.

## 5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MASCULINO NO BRASIL

Segundo o IBGE, a população brasileira em 2010 era de 193,3 milhões de pessoas, das quais 94,8 milhões são homens. Deste total, 53 milhões – algo em torno de 29% - estão na faixa etária de 20 a 59 anos, indivíduos que são alvos da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, que será apresentada no capítulo oito.

No Brasil, a transição epidemiológica sofreu mudanças significativas, alterando o quadro de morbi-mortalidade, reduzindo a porcentagem de doenças infecto-contagiosas de 40% para 10% das mortes registradas no País em 1950. Dados da mesma estatística demonstraram que, no mesmo ano a porcentagem de doenças cardiovasculares passou de 12% para 40% do total de mortes. Analisando esses dados percebe-se que o Brasil passou de um perfil de mortalidade característico de população jovem para outro de enfermidades complexas e mais onerosas acometidas por uma população de faixa etária mais avançada (GORDILHO et. al, 2000 *apud* LOURENÇO e LINS, 2010).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), mostram que a população masculina no Brasilé da ordem de 48,9% e a feminina de 50,8%. Ainda segundo o IBGE, a expectativa de vida atual dos homens brasileiros é de 69,4 anos e das mulheres de 77 anos.

Neste contexto, destaca-se que o Brasil atualmente apresenta um elevado perfil de mortalidade, em torno de 52% do total de todos os óbitos, e de morbidade relacionado a esta parcela da população.

A mortalidade entre homens é bem maior quando comparada às mulheres, devida a exposição de vários fatores de riscos, o que se intensifica ainda mais com o avançar da idade. E essa diferença é mantida, sobretudo quando esses fatores de riscos perpassam pela questão de gênero, onde o papel de cuidar ainda continua sendo da mulher (LOURENÇO; LINS, 2010).

A maior mortalidade masculina, além dos números absolutos e respectivos coeficientes são observados também quanto às causas. Os coeficientes masculinos são maiores em todas as causas e em quase todas as idades, mesmo com exceção das doenças própria e específica do homem. (LAURENT et al.,2005).

Para Schraiber *et al.* (2005), o hábito de fumar é mais prevalente entre homens podendo explicar o diferencial entre as taxas de mortalidade. Nos últimos anos, entretanto, e com a incorporação crescente do hábito de fumar pelas mulheres, tem-

se observado um incremento nas taxas de câncer de pulmão na população feminina, demonstrando que os aspectos comportamentais ditados pela cultura têm peso decisivo nos processos de morbi-mortalidade.

A sobre-mortalidade do homem devido a óbitos por causas, deve a fatores relacionados à violência e ao álcool. Ainda dentro deste contexto, óbitos relacionados ao álcool, como transtornos mentais e doenças do aparelho digestivo, como a cirrose hepática, também se apresentam em níveis expressivamente mais elevados no sexo masculino. Em adolescentes e em adultos jovens os níveis de mortalidade por causas externas são muito maiores no sexo masculino, sendo que os homicídios são os mais expressivos, seguidos pelos acidentes de trânsito (LAURENT et al.,2005).

## 5.1 AS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÕES

Segundo Brasil (2008), as principais causas de internações do gênero masculino com faixa etária entre 25-59 anos em 2007 foram por: doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; tumores; outras causas (Asma, DPOC, Pneumonia, Hipertensão arterial, coronariopatias, etc.) e causas externas (acidentes e violência).

As causas externas lideram cerca de 80% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a faixa etária dos 20 aos 29 anos, principalmente em relação aos acidentes de transporte. Já os acidentes coronarianos assumem uma porcentagem de 40,5% e a hipertensão arterial de 18,75, se classificando como as principais doenças do aparelho circulatório que motivaram internações masculinas. As doenças ácido-pépticas, doenças do fígado, colelitíase e colecistite se destacaram nas internações por doenças do aparelho digestivo, de acordo com os percentuais apontados. Nas doenças respiratórias, responsáveis por 43% das internações destaca-se a pneumonia, seguida por outras causas: 29% por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) 12%, asma 11% e tuberculose 5% (BRASIL, 2008).

Segundo o INCA (2008), entre as patologias exclusivas do homem, o câncer de próstata é o alvo das políticas públicas tendo altas taxas de incidência e mortalidade, ocupando o segundo tipo mais comum entre a população masculina, com superação apenas pelo câncer de pele não-melanoma.

Gomes et al. (2008) recomendam ações que sensibilizem os homens sobre a possibilidade da detecção precoce da neoplasia, além de esclarecer sobre as formas existentes de detecção, incentivando a procura nos serviços de atenção primária.

De acordo com Vieira et. al. (2008), os exames de prevenção do câncer de próstata, embora seja ofertada gratuitamente na rede pública de saúde, a demanda é baixa devido aos obstáculos construídos pelo próprio homem que coloca em evidência o fator masculinidade.

## **6 A RELAÇÃO DO HOMEM COM O ATENDIMENTO PRIMÁRIO À SAÚDE**

A atenção básica ou primária no Brasil é a porta de entrada do SUS, onde procura oferecer espaço de promoção da saúde, prevenção de doenças, representando de certa forma o primeiro passo na busca de uma assistência de saúde mais resolutiva e íntegra (CAMPONUCCI, 2010).

A procura pelos serviços de atenção primária pelos homens é bem menor com relação ao sexo feminino. Além disso, quando procuram por serviços de saúde, o fazem de maneira retardada, e adentram no sistema, pela atenção hospitalar de média e alta complexidade, trazendo como consequência agravos de morbidade, gerando alto custo para o sistema de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Vários agravos seriam evitados caso os homens realizassem, com maior frequência as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta a sobrecarga financeira da sociedade, e também o sofrimento físico e emocional do paciente e de seu familiar (PANISH, 2008)

A auto percepção masculina de se reconhecer como um ser invulnerável, onde é vista pela sociedade como forte e viril, faz com que o homem se sinta prisioneiro de uma amarra cultural, resistindo de maneira preventiva cuidar de sua saúde, se expondo a situações de riscos (GOMES; NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Os próprios profissionais da atenção primária, segundo Schraiber et.al., (2010), colaboram para este modelo hegemônico de masculinidades de cuidado, pois a oferta dos serviços se mostra semelhantes no seu funcionamento, centrada nas consultas, valorizando a assistência médica e a terapêutica, resumindo o atendimento. Ainda acrescentam que, diante disto, a postura do profissional é inadequada, pois a assistência oferecida ao cliente é realizada de forma rápida, com decisões voltadas por condutas já conhecidas.

Para Schraiber et.al., 2010, a dificuldade do acesso e o funcionamento dos serviços justificam a rara presença masculina nas unidades básicas de saúde, pois acreditam que o atendimento deveria ser rápido e pontual e por isso procuram os hospitais e prontos socorros.

Scheuer; Bonfada, 2008, em seu estudo sobre: atenção à saúde do homem relata que, a rede básica de saúde em seu atual formato não favorece o acesso do homem, pois o sistema não oferece uma política de saúde voltada à população

masculina, onde os serviços são voltados quase que exclusivamente para as mulheres.

Ainda segundo os mesmos autores, os homens procuram os serviços de atenção primária à saúde quando já estão com a doença instalada, dando desta forma pouco ou nenhum valor às práticas preventivas e as necessidades de cuidado.

Para Figueiredo, 2005, ainda existe outro aspecto que contribuiria para uma maior percepção de presença dos homens aos serviços de saúde coletiva, seria um maior número de profissionais do gênero masculino nesses serviços, principalmente na equipe de enfermagem.

Tem sido um desafio para a saúde pública ampliar a demanda do atendimento ao público masculino, pois as ações de prevenção e promoção à saúde dos homens estão vinculadas as especificidades de cada local e às características da equipe interdisciplinar (BONFADA; SCHEUER, 2008).

Para ocorrer mudanças benéficas nas ações da atenção básica, deve ser proporcionada uma ampliação da visibilidade no serviço, tanto por parte dos equipamentos sociais, estimulando a percepção dos profissionais em relação às demandas dos homens, como por parte da população masculina através de um reconhecimento do espaço institucional como fator necessário.

As únicas ações oferecidas nas UBS especificamente para o público masculino são as de prevenção do câncer da próstata para homens com idade igual ou superior a 40 anos, onde o exame oferecido é a dosagem do PSA (Antígeno Prostático Específico)- um exame de sangue que pode detectar o câncer da próstata e os serviços primários de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, oferecendo alongamento e caminhadas, mas só consegue captar os idosos, pois os horários que são desenvolvidos não beneficiam o homem que trabalha (CAMPANUCCI; 2010).

Santos et.al., 2011, em uma mesma visão ressalta que, os serviços de saúde não estão devidamente organizados para atender a demanda de cuidados que necessita o homem, dificultando a estratégia de prevenção não permitindo que o mesmo se sinta como integrante inserido no serviço de saúde.

## 6.1 OS FATORES RELACIONADOS À BAIXA PROCURA AOS SERVIÇOS

Segundo Gomes; Nascimento e Araújo, 2007, em uma pesquisa sobre os motivos da pouca procura masculina aos serviços, os entrevistados reforçaram a idéia de outros estudos que associam essa pouca procura a um modelo hegemônico de masculinidade, onde o imaginário de ser homem podem aprisionar o masculino culturalmente, o qual lhe foi imposto pela própria sociedade e a procura por atendimento na saúde poderia ser associado como sinal de fragilidade, o que já foi confirmado no capítulo anterior.

Outro fator apontado pela mesma pesquisa seria o medo de descobrir uma doença grave e a vergonha de expor seu corpo para o profissional de saúde, principalmente a região anal (GOMES; NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

A maioria dos profissionais relata Silva, 2009, não reconhece os homens como merecedores de cuidados e deixam de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecem casos em que os mesmos demonstram tais comportamentos.

As relações entre masculinidades e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, intensificam ainda mais esse problema (SILVA, 2010).

Dados apontados pelos entrevistados em outro estudo de Gomes revelam que, os serviços de saúde estão pouco preparados para atender a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização além de não estimular o seu acesso, não promove campanhas de promoção à saúde específica a este público (GOMES; NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

A baixa presença e pouca conexão com as atividades oferecidas pelos serviços, por este público não responsabiliza somente os profissionais que fazem o serviço, pois os homens ao responderem às conformidades de um padrão de masculinidade tradicional, reproduzem o imaginário social, distanciando das práticas de prevenção e promoção (GOMES e NASCIMENTO, 2006).

Os estudos apontam também para o fato de homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programa de saúde, devido às ações preventivas se dirigir quase que exclusivamente para mulheres. Assim, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado,

freqüentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria aos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p.570).

Ao longo dos anos o homem tem sido cercado por tabus desde sua infância, como: “homem não chora”; homem não adoce”; “homem tem que ser durão”, sugerindo uma postura machista na população masculina, enquanto que na população feminina foi lhes dada a função de cuidar além de si, da casa e de toda a sua família.

Dentro deste contexto para a mulher ficou mais fácil programar hábitos saudáveis e também uma maior preocupação com a saúde lhe permitindo reconhecer alterações existentes em seu estado de saúde que necessite de cuidados e tratamento, o que não acontece com o homem (BRASIL, 2009).

Um dos grandes desafios para as políticas públicas é incluir os homens na atenção primária, pois a maioria desconhece a importância da promoção da saúde e prevenção das doenças que mais os acometem.

Segundo Figueiredo 2005, são muitas as suposições e justificativas para a pouca presença do público masculino nos serviços de atenção primária à saúde, pois os mesmos preferem procurar serviços emergenciais que resolvam seus problemas no momento e de forma rápida. Ainda ressalta que os mesmos acreditam que nas farmácias e nos prontos socorros teriam mais liberdade para expor os seus problemas mais rapidamente e geralmente seriam atendidos por um profissional masculino.

Ainda segundo o mesmo autor, o serviço de saúde deve identificar as necessidades de saúde dos homens e intervir com ações preventivas e de promoção de saúde.

Fazem-se necessárias refletir mais sobre todo o contexto relacionado ao homem, uma vez que o maior desafio das políticas públicas não é somente incluir o homem nos serviços de saúde, mas também sensibilizá-lo sobre a importância do cuidado e da inexistência de invulnerabilidade (SILVA, 2010).

Recomenda-se que, nas situações em que os homens procurarem pelos serviços de saúde, os profissionais saibam aproveitá-las de variadas maneiras, de forma que o homem crie o hábito de utilizar os serviços existentes de forma rotineira, e que

diferentes meios sejam utilizados para alcançá-los por meio de ações de educação e cuidado dentro e fora dos serviços de saúde (SILVA, 2010).

## **7 A INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

A integralidade emergiu na Saúde Pública como marco norteador, após o movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1970 a 1980, onde reivindicava por meio de uma movimentação política reconstruir uma estrutura normativa, diante da necessidade popular, que atendesse as questões de saúde enquanto direito de cidadania. Ela possibilita uma articulação de prevenção e de assistência, onde os profissionais de saúde são orientados a ampliar o seu conhecimento nas necessidades de saúde, identificando prioridades no atendimento, favorecendo o vínculo entre profissional e usuário (SANTOS et al.,2011).

Os mesmos autores também ressaltam que é importante oferecer uma assistência mais integrada e fundamentada em todos os passos no cuidado e no restabelecimento da saúde, por meio de serviços que promovam ações , prevenindo os fatores de riscos, assistência aos danos e reabilitação no processo saúde-doença em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Diante do perfil elevado na taxa de mortalidade na população masculina, o Brasil busca mudar essa realidade, publicando em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), vinculada à atenção básica de saúde e articulada com os demais níveis de atenção (SANTOS et al.,2011).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), estabelecida pela Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: (1) a integralidade do homem no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e (2) o entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica.

As instituições de saúde buscam novos conhecimentos a fim de traçar novas estratégias e produzir num mesmo espaço, integralidade em saúde, utilizando-se de profissionais de saúde, gestores e usuários, representando observação e análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade

A integralidade segundo a política de saúde do homem pode ser compreendida a partir de uma dupla perspectiva: a primeira delas seria o trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, permitindo que a linha de cuidados fosse estabelecida por meio de uma dinâmica de referência e contra referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade sem interromper o processo de atenção. A segunda perspectiva seria a compreensão sobre os agravos, assim como a complexidade do modo de vida e situação social do indivíduo (PNAISH, 2009).

Desta forma, fazendo uma análise da saúde do homem no eixo integralidade é percebido que a população masculina tem carência de uma relação mais humanizada, garantindo mais qualidade na atenção à saúde.

## **8 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM**

Buscando compreender a realidade masculina nos seus diversos contextos: sócios culturais, políticos e econômicos, o ministério da saúde elaborou em 2008, a política integral de saúde ao homem, promovendo ações de saúde que possibilitam um aumento da expectativa de vida, reduzindo os índices de morbi-mortalidade dessa população (BRASIL, 2008).

A saúde do homem não era priorizada entre as políticas de saúde, e essa nova política do governo veio com uma proposta de atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais.

O Brasil é o primeiro da América Latina e o segundo do Continente Americano a programar uma política de atenção de saúde voltada ao público masculino. Essa política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focalizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro (BRASIL, 2008).

Essa política originou-se devido à constatação de que os homens só procuram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de trabalho. Desta forma, procuram os serviços de saúde quando a situação está crítica, e com tempo tardio para diagnósticos da prevenção precoce. A maioria dos homens tem medo de se descobrir doentes e acham que nunca vão adoecer, onde não procuram os serviços de saúde e são menos sensíveis às políticas. Para o Sistema Único de Saúde (SUS) essa situação gera um grande desafio, exigindo do sistema e dos profissionais um olhar mais atento a essa população (BRASIL 2008).

Baseada em estudos recentes, com informações fundamentadas dos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina, essa política reforça a importância de um melhor atendimento a esse público, favorecendo mudanças no comportamento que os mesmos adotam com relação à saúde. Essa política também vem com uma preposição de oferecer aos profissionais de saúde melhor qualificação para o atendimento à saúde do homem (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - o PNAISH (BRASIL, 2008), objetiva assistir os homens entre 25 e 59 anos. Essa faixa etária embora represente 41,3% da população masculina, e 20% do total da população brasileira, e

sendo uma parcela da força produtiva com significativo papel sócio cultural e político não estava incluída em nenhuma política.

Uma das principais metas do governo é atingir 2,5 milhões de homens que procurem atendimentos nas unidades primárias de atenção básica, pelo menos uma vez ao ano, disponibilizando atendimento como: procedimentos urológicos, planejamento familiar como vasectomia, exame da próstata e cirurgias do trato genital masculino (BRASIL, 2008).

A política pretende melhorar as condições de saúde da população masculina do Brasil, reduzindo a morbidade e mortalidade, enfrentando os fatores de riscos e facilitando o acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (PNAISH, BRASIL 2009).

Um dos planos estratégicos dessa política é acabar com o preconceito do homem em relação à sua saúde, articulando veículos de comunicação, conscientizando o homem da importância da realização de exames preventivos, através de campanhas mais efetivas.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou um melhor conhecimento sobre o homem e como ele se relaciona com a saúde, assim como identificou fatores de dificuldade do seu acesso ao atendimento primário.

Ficou evidenciado que, se por um lado existe a resistência masculina a procurar cuidados na atenção primária, por outro, existe o despreparo e a falta de conhecimento de toda uma equipe que deveria ser treinada por um profissional mais capacitado.

Conquistar a população masculina por meios de programas educativos que possam oferecer no mínimo um atendimento primário parece ser um trabalho nada fácil. Seria necessário algumas mudanças na rotina do atendimento que, segundo dados apontados por várias pesquisas de estudos um dos fatores agravantes para a ausência do homem nas unidades de saúde seria o horário não apropriado para o atendimento.

Além disso, questões relacionadas à sexualidade masculina não tem sido trabalhada para o conhecimento de toda a equipe, facilitando a abordagem ao cliente quando houver essa situação.

Discutir sexualidade em uma unidade de saúde tem sido motivo de constrangimento por parte de profissionais que, de certa forma transmite essa insegurança ao homem que, por sua vez se sente desprotegido para expor seus problemas de saúde, principalmente quando o assunto relaciona-se com algum distúrbio sexual.

As barreiras decorrentes da própria socialização do homem e também as barreiras dentro das unidades de saúde nos deixa claro que, os aspectos a serem considerados no contexto saúde do homem, para um atendimento integralizado, vai além dos aspectos biológicos e capacitação dos profissionais de saúde.

Para as consultas de enfermagem serem resolutivas e confortáveis para profissional e cliente, é necessário a criação de um ambiente propício que aborde assuntos pertinentes à saúde do homem e que venha despertar o seu interesse sobre as doenças mais acometidas, enfatizar a importância da realização do exame preventivo do Câncer da Próstata (o toque retal), trabalhar a sexualidade e o seu papel no planejamento familiar e na saúde reprodutiva, enfim, oferecer um esclarecimento de todas as dúvidas desse cliente, estimulando-o ao retorno das consultas, sendo inserido no programa integral de atenção à sua saúde.

Criar um ambiente propício e acolhedor, ouvir e identificar as barreiras que o sexo masculino enfrenta é um dos fatores decisivos para criar o vínculo profissional-cliente, quebrando os diversos tabus existentes relacionados à saúde, deixando de lado o preconceito em busca da prevenção em todos os sentidos.

Sendo assim, é grande a necessidade de promover ações que contribuam para a compreensão da situação do homem em diversos contextos, possibilitando desta maneira o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por agravos possíveis de serem evitados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. (2009). Ministério da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2009. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port.2008/PT-09-CONS.pdf>> Acesso: 04 out.2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008. Disponível em: <[www.saude.gov.br/consultapublica](http://www.saude.gov.br/consultapublica)> Acesso: 06 set. 2012.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. **A Atenção Primária e a Saúde do Homem: uma análise do acesso aos serviços de saúde**. 2010. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

COUTO, Márcia Thereza et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.14, n.33, junho 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2012.

DUARTE, S., OLIVEIRA, J., SOUZA, R.. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Gestão e Saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde • Vol.03, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/140>>. Acesso em: 27 set.2012.

FIGUEIREDO, Wagner. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 ago. 2012.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidade e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/137/tde-15122008-155615>> Acesso em: 28 out 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem saúde: uma revisão bibliográfica**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901- 911 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 de ago. 2012

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.565-574,2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf) acesso em: 25 set.2012.

GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fio cruz; 2008. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 set. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. (INCA) – **câncer de próstata**. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br) – Acesso em: 25 set.2012.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Melo; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil Epidemiológico Da Morbi-Mortalidade Masculina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v 10, n 1, p.35-46, 2005. Acesso em: 25 set.2012.

LEITE, Arnaldo. Saúde do Homem. Revista eletrônica Mensal da SMSA-PBH EDIÇÃO N8, 2002

LOURENÇO R.A, Lins R.G. **Saúde do Homem**: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2010; Nove (Supl.1): 12-19

ROVERATTI, Dagmar, Guia da Sexualidade Reedição Ampliada e Ilustrada, pág. 199-200, segunda edição 2007.

SANTOS, Luciana Cristina Ferreira dos et. al., **Integralidade como princípio norteador da Saúde do Homem**.Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 113-119, jan./mar. 2011. Acesso em 04/10/2012. Disponível em [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/010\\_sdv35n882011.pdf](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/010_sdv35n882011.pdf)

SCHEUER, Cléber; BONFADA. T. Sônia. **Atenção à Saúde do Homem**: A produção Científica de Enfermeiros na Atenção Básica. Revista Eletrônica e SaúdeIUI Editora UNIJUI v. 7 n.14 JAN./JUN.2008-V.8 N.15 jun/dez.2008 p.7-12

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar.2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/esc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 20/08/2012.

SCHRAIBER et al. **Necessidades de saúde e masculinidades**: atenção primária no cuidado aos homens. Caderno de Saúde Pública. Vol. 26, n. 5, maio 2010, p. 961-970.

SILVA, Carla Mendes Queiroz. **A Masculinidade como fator impeditivo para acesso aos serviços e ao auto cuidado**: uma revisão de literatura. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SILVA, Vanessa Luzia Queiroz. **Sexualidade Masculina e saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família**: trabalhando com a equipe a pesquisa ação. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.

VIEIRA, Luana de Castro e Silva et.al., A política nacional de estudo do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. Enfermagem em foco. 2011 p.2 15-217.