

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ARÉA DE CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM EM ATENÇÃO BÁSICA:
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

KARINE MALAQUIAS TEIXEIRA

BELO HORIZONTE - MG

2011

KARINE MALAQUIAS TEIXEIRA

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva – Área de concentração Enfermagem na Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra.Elizabeth Perez Galastro.

BELO HORIZONTE - MG

2011

DEDICATÓRIA

A Deus, por estar comigo em todos os momentos.

Aos meus pais e irmãos queridos.

A Luiz pela força e carinho.

E, principalmente a razão de hoje e sempre da minha vida, minha filha, Luiza.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Elizabeth Perez Galastro, pela disponibilidade do seu tempo e compreensão na orientação deste trabalho. Obrigada por sua dedicação e doçura em toda contribuição didática e pessoal para a minha formação.

Aos colegas e amigos feitos de forma breve durante este percurso da especialização, mas que jamais serão esquecidos.

Resumo

Ao mesmo tempo em que os homens procuram pouco o serviço de atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) acabam por manter de forma direta ou indireta os mesmos distantes. Sendo assim, trata-se de uma revisão da literatura, que teve como objetivo discutir a assistência à saúde do homem na atenção primária. A pesquisa foi realizada através da busca de artigos científicos publicados e indexados nos bancos de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Scielo e Lilacs, além de consultas ao site do Ministério da Saúde, no período de 2005 a 2010 no idioma português. A revisão enfatiza alguns aspectos relevantes a respeito da saúde do homem no Brasil, como a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH) lançada pelo Ministério da Saúde em 2009, o Ser Homem perante a sociedade e a Assistência ao Homem na Atenção Primária prestada pelos profissionais da saúde.

Palavras - chaves: saúde do homem; saúde masculina; atenção primária; cuidados primários de saúde.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVO	10
Objetivo Geral	10
Objetivos Específicos	10
3. METODOLOGIA	11
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	12
Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	12
O Ser Homem	14
A Assistência ao Homem na Atenção Primária	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1. INTRODUÇÃO

Historicamente os homens são vistos como um ser invulnerável, podendo, portanto, se expor a situações de risco e ao pouco comprometimento no cuidado de sua saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Este comportamento masculino seja ele influenciado pela cultura ou não, ajudou a construir o cenário atual. Estudos evidenciam que os homens morrem em maior número e mais cedo que as mulheres e pelas principais causas de morte. Laurenti *et al.* (1998) mostraram que no gênero masculino a expectativa de vida ao nascer é sempre menor que a expectativa feminina e também que os homens são mais vulneráveis às doenças, principalmente às graves e crônicas.

Entretanto, os homens mesmo ficando em desvantagem quando comparados às mulheres no que se trata aos dados e indicadores de saúde são resistentes a procurar os serviços de saúde, e também a praticar ações de promoção e prevenção. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) os homens procuram em média 5% menos os serviços de saúde que as mulheres (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Deste percentual quando considerada a variável idade, as maiores taxas pela procura dos serviços de saúde encontram-se nos extremos etários – homens de 0 a 4 anos e acima de 65 anos. Quando analisada a região onde reside – urbana ou rural – a busca nas áreas urbanas é em média 30% maior que nas áreas rurais. Destaca-se a procura pelos serviços de saúde principalmente por motivo de doença, sendo a maior proporção motivada por problemas odontológicos, acidentes ou lesão (PINHEIRO *et al.*, 2002).

De acordo com Travassos *et al.* (2006) no geral, a renda influencia mais ao acesso aos serviços de saúde, do que a escolaridade, os grupos de menor renda usam mais os serviços públicos de saúde, enquanto que os de maior renda apresentaram mais chance de consumo de serviços preventivos e de acompanhamento.

Quanto ao tratamento de longa duração, a adesão dos homens é mínima, que requer um grande desempenho e comprometimento do paciente e em alguns casos a necessidade de mudança de comportamento e hábitos de vida (BRASIL, 2009).

Ao mesmo tempo em que os homens procuram pouco o serviço de atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) acabam por mantê-los de forma direta ou indireta distantes. Um dos motivos é a priorização durante décadas por programas de saúde com atenção voltada a grupos específicos como: crianças, mulheres e idosos. Paralelamente a esta questão os serviços não oferecem horários compatíveis e demanda suficiente, o que gera demora no atendimento (BRAZ, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Figueiredo (2005) acrescenta ainda que os ambientes geralmente são muito feminilizados, onde a grande maioria da população freqüentadora como a equipe de profissionais atuantes no serviço são mulheres, fazendo com que o homem não se sinta pertencente àquele espaço.

Assim, os homens preferem buscar outros serviços como: farmácias, pronto-socorro, ambulatórios, pois nestes são atendidos mais rapidamente e consegue expor seus problemas com mais facilidade (PINHEIRO, 2002; FIGUEREDO, 2005).

A construção da subjetividade masculina é criada na contraposição a não ser mulher, isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica já que não pode admitir ser frágil ou adoecer, recorrendo menos às consultas o que torna susceptível aos riscos e agravos de uma doença que poderia ser evitada (BRAZ, 2005).

De acordo com a Constituição Federal de (1988), a saúde é um direito de todos e dever do Estado, afirmação esta que serviu de base para criação em (1989) do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir desta inicia então um novo modelo de atenção à saúde, baseado nos princípios da universalidade de acesso, equidade e integralidade do cuidado.

Desta forma as Políticas Públicas de Saúde (PPS) devem atender a todo ser humano de forma igualitária, ou seja, sem distinções, principalmente de gênero e considerar todo este ser em sua totalidade, sem desconsiderar suas particularidades e os contextos sociais, econômicos e ambientais no qual este esteja inserido. Esta política trouxe um conceito de saúde o qual se prioriza os programas de promoção e prevenção ao invés das práticas curativas.

Neste contexto surgiu “A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)” lançada em 28 de agosto de 2009, que além de criar mecanismo para melhorar a assistência oferecida a essa população, tem como meta promover

uma mudança cultural, buscando romper obstáculos que impeçam os homens de aderir aos programas de saúde. Um dos objetivos desta proposta é de

“promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009, p.31)”.

O surgimento desta política suscitou a necessidade de investigar e identificar o perfil dos homens que buscam atendimento nas UBS, permitindo traçar a partir de então, estratégias que valorizem o homem em sua singularidade e o ambiente no qual esteja inserido, além dos agravos comuns que constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

Assim é necessário adequar medidas para trazer a população masculina aos serviços de atenção primária à saúde. A articulação entre usuários, profissionais e gestores é um instrumento importante para adotar estas medidas com intuito de promover a participação social, contribuindo para que o homem seja um ser corresponsável por todo processo de produção da saúde.

Vejo que a incorporação do homem na atenção primária é algo muito pouco trabalhado pelos profissionais da equipe de saúde da família, por uma dificuldade de todos em inserir e contextualizar o mesmo dentro do serviço. Ainda hoje, depois das Políticas Públicas de saúde e o PNAISH os objetivos estão longe de serem alcançados, talvez pela falta de capacitação, treinamento, empenho e busca ativa dos profissionais, e a conseqüente não conscientização dos direitos e da importância do cidadão masculino em buscar e usufruir da atenção primária.

Logo, pretende-se apresentar uma visão da evolução do tema proposto, por meio de uma revisão da literatura, para identificar e incorporar novos elementos à problemática, com a finalidade de responder a seguinte questão: Como melhorar a assistência à saúde do homem na atenção primária?

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

- Sistematizar o conhecimento sobre a assistência à saúde do homem na atenção primária, por meio da revisão de literatura.

2.2 Objetivos Específicos

- Abordar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil;
- Refletir sobre o “Ser Homem” e sua importância na assistência à saúde masculina;
- Abordar a Assistência prestada ao Homem na Atenção Primária.

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido sob a forma de revisão de literatura que tem como objetivo refletir acerca da assistência à saúde do homem na atenção primária. A revisão de literatura proporciona definir conceitos, rever teorias, analisar evidências e questões metodológicas de um tema específico (GIL, 2008).

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida mediante referencial publicado em relação ao tema de estudo. Por meio dessas bibliografias reúnem-se conhecimentos sobre a temática estudada (GIL, 2008).

A pesquisa foi realizada através da busca de artigos científicos publicados e indexados nos bancos de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-America e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), além de consultas ao site do Ministério da Saúde. Essa modalidade de produção, além de ser comumente a mais valorizada no conjunto da produção bibliográfica, é a mais facilmente acessada.

O material coletado foi composto por toda produção científica a partir dos seguintes descritores: “saúde do homem”, “atenção primária”, “saúde masculina” e “cuidados primários de saúde”.

O critério de seleção das publicações a serem incluídas foi à determinação do período correspondente de 2005 a 2010, no idioma português. Em seguida foi feita a leitura exploratória do material encontrado: títulos e resumos e posteriormente selecionaram-se os trabalhos que estavam de acordo com a temática proposta.

Sendo assim, foram identificadas 23 publicações e selecionados 12 artigos que atendiam ao objetivo deste trabalho. Entretanto, 3 artigos dentre estes correspondem a um período de publicação inferior ao ano de 2005, mas por serem relevantes a problemática do estudo foram também incluídos na revisão, juntamente com o caderno da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, do Ministério da Saúde. Finalmente realizou-se a leitura interpretativa dos textos selecionados para o desenvolvimento deste trabalho.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Hoje uma das prioridades de governo do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem traduz uma necessidade de toda a sociedade ao reconhecer como um problema de saúde pública os agravos à saúde do sexo masculino.

Um dos principais objetivos desta política é contribuir para o reconhecimento da singular realidade masculina nos diversos contextos socioculturais e político econômico, e o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

A PNAISH está alinhada a Política Nacional de Atenção Básica, a fim de possibilitar mediante aos objetivos propostos uma melhor expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população, com estratégias de humanização da assistência (BRASIL, 2009).

Estudos comprovam que os homens padecem mais de condições severas e crônicas do que as mulheres e, também, morrem mais cedo (GOMES; NASCIMENTO, 2005; BURSZTYN, 2008; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; BRASIL, 2009). Muitos destes agravos seriam evitados caso os homens buscassem regularmente os serviços de prevenção primária e fossem assim estimulados ao autocuidado, pois a saúde é um direito social básico e de cidadania a todos os brasileiros.

Esta falta de adesão é justificada por vários motivos como: o estereótipo do gênero, o medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, falta de reconhecimento de suas necessidades, ações que privilegiam outros públicos, o horário incompatível de funcionamento das instituições e as filas longas e demoradas para marcação de consultas. Isto ainda pode acarretar a perda de um dia inteiro de trabalho sendo ainda que muitas vezes o seu problema não seja resolvido.

É fundamental se ter à equidade na assistência a essa população e que se reconheça à heterogeneidade de ser homem, ou seja, a idade; a condição sócio-econômica; étnico racial; local de moradia; situação carcerária, deficiência física e/ou

mental; a orientação sexual e identidades de gênero não hegemônicas (BRASIL, 2009).

É possível então, a partir deste reconhecimento determinar os aspectos de vulnerabilidade dos homens aos agravos a saúde, e esta política vem lutar e garantir o direito à saúde destes, e para que se tornem protagonistas de suas necessidades.

A política foi construída mediante as principais enfermidades e agravos que acometem a saúde do homem brasileiro, para um diagnóstico objetivo da realidade, buscando delinear caminhos que incentivem a busca pelos serviços de atenção primária.

“Este documento, como instrumento de planejamento, define, no geral, princípios, diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis pela elaboração e execução de planos, programas, projetos e atividades concretas, a serem oportunamente definidos, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina (BRASIL, p. 8, 2009)”.

Regida pelos princípios da integralidade e equidade, primando pela humanização da assistência com qualidade. Considera-se importante que os serviços públicos de saúde sejam organizados de forma a acolher os homens para que sintam parte integrante deles. E, também integrar as outras políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, tendo a atenção primária como porta de entrada do sistema.

As diretrizes desta política que regem a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades têm em vista a integralidade, a factibilidade, coerência e viabilidade. As responsabilidades institucionais de cada esfera de gestão, União, Estado e Município, estão definidos de acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, respeitando a autonomia e competência de cada uma delas.

Alguns aspectos importantes devem ser considerados para orientar a formulação das estratégias e ações da política, como: uma mudança para uma valorização do homem de forma integral, promovendo a saúde e a qualidade de vida, e a educação para mudanças comportamentais e de hábitos de vida indispensáveis para a adesão às propostas.

Este documento também busca articular ações com outras instituições sociais onde o público masculino seja presente como: sindicatos, empresas, quartéis, etc. Ressalta-se sempre a priorização a atenção primária, com o foco na porta de

entrada com a Estratégia Saúde da Família, para que a inserção do homem seja holística, diminuindo assim a sua busca por outros serviços paliativos ou mesmo da atenção secundária e/ou terciária, sem necessidade.

O Ser Homem

Os indicadores de morbidade são desfavoráveis para os homens que de forma geral padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e, também, apresentam uma sobremortalidade precoce em todas as idades do que elas pelas principais causas de morte, o que precisa ser considerado e enfrentado pelos serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005; BATISTA, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Estes indicadores são justificados pelo fato de que os homens em relação às mulheres apresentam um perfil socialmente diferenciado, pelo estilo de vida, hábitos e comportamentos, e buscam sempre apresentar um distanciamento de características femininas ou homossexuais. Esta ideologia hegemônica de gênero, associada à masculinidade pode acabar por colocar em risco a sua saúde e a de outros (BRAZ, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006).

O homem no cenário atual brasileiro representa o principal autor e vítima da violência, com maior vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas. Os dados epidemiológicos de 2005 evidenciaram que cerca de 75% dos casos de óbitos na população masculina incidem sobre as causas externas (acidentes e agressões), doenças do coração, tumores malignos e distúrbios gastrointestinais e respiratórios, nesta ordem (BRASIL, 2010).

Enquanto as causas externas apresentam maior taxa sobre a população adulta jovem dos 25 a 40, com mortes prematuras em consequência a um comportamento violento repercutindo na perda de vidas jovens em plena fase reprodutiva, que são superadas em contra partida pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos e pelos tumores a partir dos 50 anos (BRASIL, 2010).

Esta identidade construída pelo processo de socialização repercute em não terem o cuidado como uma prática masculina, fazendo com que o mesmo prove a todo custo a sua virilidade sexualmente “irresponsável”, sua condição de provedor

da família, invulnerabilidade e imunidade ao adoecimento (GIFFIN, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; SCHRAIBER; *et al.*, 2010).

Para os homens, associado a esta idéia social existe ainda a dificuldade de não reconhecerem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) um local para o seu acesso e resolutivo para os seus problemas. A UBS é considerada um espaço feminilizado, com horários incompatíveis e sem programas ou atividades direcionadas para a população masculina (FIGUEIREDO, 2005).

A ocupação profissional também é muito usada como justificativa a não disponibilidade para não acessar os serviços de saúde ou o dificultador para a continuidade nos tratamentos estabelecidos, pela impossibilidade de horários ou o medo de que a revelação do problema os prejudique (BRAZ, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; GIFFIN, 2005).

O consenso em vários estudos é que os homens só buscam o serviço de saúde quando não conseguem mais lidar com a doença e internam-se em situações de saúde com mais severidade (BATISTA, 2005; BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A dificuldade de verbalizar suas necessidades e a vergonha de se expor, o que pode ser visto como uma demonstração de fraqueza faz com que os mesmos optem por tratamentos alternativos, como a medicação por conta própria ou mesmo a procura de serviços emergenciais, tais como farmácias e pronto-socorro.

O fato é que as mulheres têm uma maior percepção às modificações em seu corpo e predisposição a procurar ajuda quando necessário, além de ser ela a responsável pelo cuidado dos filhos e o acompanhamento às unidades de saúde. A resistência masculina a procurar serviços de saúde, preventivamente ou aos primeiros sinais dificulta as ações preventivas (LAURENTI; *et al.*, 1998)

Entre os homens é consenso a não procura por exercer práticas de promoção e prevenção, e sim, curativas. A não adesão a estas práticas justifica-se como mencionado acima com relação à dificuldade de horários para acesso as UBS, o atendimento não ser pontual e rápido, adiamento nas consultas e exames e o mais relevante e presente nas literaturas, é a falta de profissionais. Isto tudo torna inviável a construção de programas e atividades educativas de promoção e prevenção, pela indisponibilidade de recursos humanos suficientes e capacitados para exercê-las com este público (SCHRAIBER, *et al.*, 2010).

O movimento feminista do século XX contestou o papel do homem na sociedade ocidental, para redefinição de valores e crenças do masculino e feminino e para se estabelecer relações de igualdade entre os sexos (RIBEIRO; ALMEIDA, 2003).

De forma significativa o movimento contribuiu para a não subjugação da mulher ao homem e para a desconstrução do modelo de homem tradicional, e assim criar a possibilidade de convivência com vários outros modelos de homens atuais (CONNELL, 1995). Uma crítica ferrenha ao modelo de masculinidade vigente, abalando a dominação do homem em suas condições de provedor da família, enfraquecimento a autoridade patriarcal, alterações de significado do amor, casamento, relação pais e filhos e comportamentos sexuais (RIBEIRO; ALMEIDA, 2003).

Logo, hoje se observa que os homens já são capazes de reconhecer a necessidade de se buscar mais pelos serviços de saúde da atenção primária, e preocupar em cuidar de sua saúde (FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER; *et al.*, 2010).

A Assistência ao Homem na Atenção Primária

Como ser homem implica em negar suas necessidades, sentimentos e emoções e conseqüentemente a não ser frágil, o resultado disso é um ser masculino auto desvalorizado e suscetível a vários agravos de saúde (GIFFIN, 2005).

Os autores observaram que a participação dos homens nas ações dos serviços de saúde é um grande desafio (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Visto que em geral a população masculina socialmente não valoriza o cuidar de si e também do outro, existindo assim uma grande dificuldade por parte deste público em buscar os serviços de saúde da atenção primária.

A causa da dificuldade de acesso dos homens ao serviço primário é reconhecida por ser um espaço feminilizado, com horários incompatíveis e sem programas ou atividades direcionadas para a população masculina, com demora no atendimento, poucos profissionais não capacitados, adiamento das consultas e exames, falta de medicação e recursos, baixa qualidade de atendimento, sendo que ainda podem perder um dia inteiro de serviço e não terem o seu problema resolvido

(BATISTA, 2005; FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2009; SCHRAIBER; *et al.* 2010).

Como mencionado acima sobre os serviços serem caracterizados como um espaço onde tanto os que freqüentam quanto os que trabalham sejam mulheres isto não implica necessariamente em só uma mudança nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres, e nem na criação de serviços específicos para os homens, mas sim, uma mudança de postura prática de todos os profissionais independente do sexo. A sensibilização para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço se faz necessária pelos profissionais de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Os profissionais de um centro de saúde relataram dificuldades em responder as demandas trazidas pelos usuários femininos que dependiam de ações para seus respectivos parceiros. Para outros autores os serviços também são pouco aptos para receber a demanda trazida pelos homens, pois a organização não estimula o seu acesso e por não existirem campanhas de saúde voltadas para os homens (FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Schraiber *et al.* (2010) em sua pesquisa realizada em quatro estados brasileiros, constatou semelhanças no funcionamento dos serviços de saúde. As UBS ainda são presas no modelo biomédico medicamentoso sem humanização, prestam seus serviços de forma centrada nas consultas individuais e rápidas, valorizando a assistência médica, com profissionais mais preocupados em oferecer uma pronta resposta reduzindo no possível seu raciocínio, decisões voltadas a condutas conhecidas e centradas na terapêutica das patologias, realizando muitos encaminhamentos, pedido de exames e quase sempre com prescrição de medicamentos.

Dessa forma, reconhece-se que ainda hoje os profissionais que atuam na atenção primária estão muito despreparados para lidar principalmente com o público masculino, sendo muito submissa à liderança ao médico responsável, centrados ainda em uma cultura tecnologicamente arcaica, com pouca valorização da prevenção e promoção da saúde.

Estas ações de promoção e prevenção à saúde dos homens dependem da equipe multiprofissional, das necessidades trazidas pelos mesmos e das características de cada local, ou seja, suas prioridades (BRAZ, 2005; BATISTA, 2005; FIGUEIREDO, 2005).

Schraiber *et al.* (2010) colocam que a comunicação e as práticas educativas errôneas são um aspecto negativo dos serviços de saúde, consideradas substrato da promoção e prevenção são realizadas com pouco diálogo, de forma autoritária impondo aos usuários o que devem ou não fazer, sem interesse nas curiosidades e potencialidades dos mesmos, de forma ameaçadora a população.

Os profissionais atuam com autonomia, principalmente os médicos, dentro de uma cultura individualizada, sem interações com os outros membros da equipe, em meramente um cumprimento de suas tarefas. Conseqüentemente atuam sempre voltados para as doenças, valorizando os casos mais graves dando pouca atenção às consultas e sobre o que os pacientes têm a dizer, sempre focados nos sinais e sintomas, e ainda se valem de atitudes de caráter pessoal e moral diante as questões mais complexas ou para as quais não possuem conhecimento clínico definido (SCHRAIBER; *et al.*, 2010).

As práticas preventivas são nitidamente valorizadas para a população feminina em detrimento os homens, que seriam mais adeptos as práticas curativas e não as preventivas. É importante mencionar que como a socialização entre os sexos é tida de forma distinta, relaciona-se dessa forma a ausência na adoção de medidas preventivas por parte dos homens, e em conseqüência disto geralmente um diagnóstico tardio de uma doença (BRAZ, 2005; BATISTA, 2005).

Estudos justificam a prevalência masculina em serviços emergenciais por responderem mais objetivamente as suas demandas, de forma rápida e com maior facilidade em expor os seus problemas, não os fazendo perder tempo em filas para espera de atendimento médico (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Os profissionais ainda não estão sensibilizados para a necessidade de uma mudança estrutural dentro do serviço de saúde para que os homens se tornem parte do contexto, e omissos para a melhora da qualidade da assistência prestada, que, repercute na qualidade do acesso e acolhimento dos usuários (SCHRAIBER; *et al.*, 2010; FIGUEIREDO, 2005). De certa forma, os homens estão presentes e buscando pelo serviço da atenção primária, mais sempre aguardando atendimento ao lado da porta de saída.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações apresentadas é fato que o serviço de atenção primária tem dificuldade em reconhecer e inserir o usuário masculino no serviço. Visto que a política de assistência ao homem e as políticas públicas não são aplicadas segundo o que é recomendado e a desqualificação das especificidades de gênero é ainda presente em uma atenção primária tradicional.

As queixas dos homens sobre a organização do serviço de atenção primária é válida. É necessário que os horários sejam flexíveis e cubram a demanda que ocorre após o expediente de trabalho, pois a grande falha do atendimento é em não responder as demandas assistenciais.

Os funcionários sejam capacitados a compreender a complexidade do ser homem e saibam promover um atendimento de qualidade, pois o que se observa é que os homens estão hoje recorrendo ao serviço primário, e por isso mesmo é preciso estar apto para promover o vínculo com o mesmo no acolhimento, ou seja, no primeiro contato.

As UBS devem utilizar de todos os recursos necessários para captar e manter o homem dentro do serviço como: utilizando da busca ativa; campanhas que valorizem as particularidades masculinas e promovam sua saúde, para que não se sintam mais como um grupo desprivilegiado; realizar folhetins e cartilhas informativas entre outras coisas, para que estes não percam a unidade como referência e passem a acreditar que os seus problemas terão relevância para os profissionais, e que os mesmos poderão buscar todas as alternativas para melhor atendê-los.

Um serviço organizado com profissionais treinados e que realizem ações de promoção e prevenção é capaz de estimular o acesso, administrar toda a demanda trazida e gerenciar todos os problemas do serviço.

Importante que aconteça uma ampliação da produção científica sobre o tema, para que sejamos capazes de melhor caracterizar a realidade dos serviços e as mudanças pretendidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Luís Eduardo. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília, p. 40, nov. 2009.

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.10, n.1, p. 97-104, 2005.

BURSZTYN, Ivani. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2227- 2238, out., 2008.

CONNELL, Robert W. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**. v. 20, n. 2, p. 185-206, jul./dez., 1995.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.10, n.1, p. 105-109, 2005.

GIFFIN, Karen. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 47-57, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem – saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, mai., 2006.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAÚJO, Fabio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, mar., 2007.

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

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n.4, p.687-708, 2002.

RIBEIRO, Aldry Sandro Monteiro; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. Masculinidade: Nova História, Velhas Representações. In: CAMPOS, Pedro Humberto Faria; LOURENIO, Corrêa da Silva Org., Ed. 8. **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 145-167, 2003.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 10, n.1, p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER, Lília Blima; *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, mai., 2010.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.4, p.975-986, 2006.