

PERFIL DE HOMENS A PARTIR DOS 40 ANOS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM

Allana Egle de Araújo Dantas¹
Arizla Emilainy Maia dos Santos¹
Janiere de Moura Nóbrega¹
Rhaonny Régis Gomes Araújo¹
Valdenor Ferreira Oliveira Filho¹
Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão²

RESUMO

Estudos evidenciam uma maior propensão de indivíduos do sexo masculino às doenças crônicas e enfermidades. Buscando possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população, o Ministério da Saúde instituiu em 27 de Agosto de 2009 o Programa Nacional de Atenção Integral à da Saúde do Homem (PNAISH), que abrange ações e serviços de saúde que atuem na prevenção, assistência e recuperação da saúde dos homens e a facilitação do acesso aos serviços de saúde pelos mesmos. A pesquisa objetivou o conhecimento acerca dos argumentos usados pelos entrevistados à menor frequência dos serviços de saúde no âmbito da prevenção e a análise do perfil sociocultural e econômico dos mesmos. A amostra foi constituída por 70 homens, com idade mínima de 40 anos, usuários do serviço de Unidades de Saúde da Família (USF) situadas nos bairros do Distrito Sanitário III e incluiu não só a coleta nas USF, como também a busca ativa em ambientes de grande movimentação. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE sob o protocolo nº 195/13 e teve como instrumento um formulário contendo perguntas norteadoras, de linguagem clara e concisa. Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2013, em turno integral. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. O material coletado foi analisado e representado em gráficos. Para melhor exposição e compreensão, os dados obtidos foram discutidos à luz da literatura pertinente e evidenciam que os homens apresentam dificuldades em múltiplos fatores na busca de serviços especializados, ficando comprometida sua saúde em geral, que reflete em uma morbi-mortalidade acima das mulheres. Visando o fortalecimento e a qualificação da atenção primária, devem ser trabalhadas ações de educação em saúde do homem.

Palavras-chave: Atenção Primária. Saúde do Homem. Serviços de Saúde.

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. *End.: Rua Francisco Timóteo de Souza, 500, apt. 201B, Res. Sete Coqueiros, Bancários. E-mail: allanaegle.1@hotmail.com.

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Especialista em Geriatria pela Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Coordenadora do Projeto em Educação em Saúde - GEROVIDA. E-mail: masagra40@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A procura dos homens aos serviços de saúde geralmente ocorre apenas diante do avanço da doença que o aflige. Não havendo adesão integral às medidas de saúde, conseqüentemente, há um aumento da incidência de doenças e de mortalidade da classe. De acordo com a publicação Saúde Brasil 2007, do Ministério da Saúde, a cada 5 pessoas que morrem com idade de 20 a 30 anos, 4 são homens. Os homens correspondem por quase 60% das mortes no país. Das 1.003.350 mortes ocorridas em 2005, 582.311 foram de pessoas do sexo masculino – 57,8% do total. Assim, a cada três pessoas que morrem, duas são homens, aproximadamente. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, taxas de colesterol mais altas e pressão arterial mais elevada³.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres^{4,5,6,7}. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária^{8,9}.

A constatação de que a classe masculina geralmente busca acesso ao sistema de saúde somente através da atenção especializada atesta a necessidade de fortalecer e qualificar a atenção primária com a finalidade de que a atenção à saúde não se limite à recuperação, assegurando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A não-adesão da população masculina aos serviços de atenção primária tem sido justificada por algumas pesquisas qualitativas em dois principais grupos de determinantes: as barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais.

A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. A grande maioria dos homens julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco^{10,11,12,13}. Assim, entende-se que o homem não quer colocar em risco a sua vulnerabilidade.

Além disso, outras questões podem ser levantadas para argumentar a busca deficiente dos homens pelos serviços de saúde: A resistência dos homens em reconhecer suas necessidades, a priorização das ações de saúde para as demais faixas etárias, o horário do funcionamento dos serviços de saúde, que coincide com a carga de trabalho; e a dificuldade de acesso aos serviços. Diante disto, políticas voltadas para o homem devem considerar a heterogeneidade da classe para elaboração de estratégias que possibilitem o crescimento do acesso da população masculina aos serviços de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem seus princípios e diretrizes publicados em 2008, porém a política só foi oficialmente lançada em agosto de 2009, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.944 de 27/08/2009¹. A PNAISH está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, que busca produzir um novo padrão de desenvolvimento centralizado na eclosão e melhoria das condições de vida dos homens.

O Plano de Ação Nacional – PAN (2009-2011)² da PNAISH marca o início, efetivamente, da sua implantação ao determinar as diretrizes, objetivos, metas e ações que, durante o período de tempo de 2009-2011, deveriam ser alcançadas. O

PAN orienta gestores, a partir de eixos, para a elaboração de estratégias que visem o atendimento e acolhimento dos serviços de saúde aos homens. Em um primeiro momento, este orienta a formulação de Planos de Ação (PA) nas esferas estadual e municipal e prevê a elaboração e o financiamento de Projetos-Piloto nos 26 Estados e Distrito Federal (DF) e em 26 Municípios selecionados pelo Ministério da Saúde (MS).

A PNAISH visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, possibilitando a redução da morbimortalidade mediante a facilitação e ampliação do acesso da população masculina às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, buscando romper os obstáculos que impedem esta classe de frequentar os mesmos. Uma política específica para homens representa uma inovação, na medida em que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde¹⁴.

Para alcançar seus objetivos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está associada com a Política Nacional de Atenção Básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e com as estratégias de humanização em saúde, e apresenta-se em concordância com os princípios do SUS, consolidando ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar do perfil sociocultural e econômico dos entrevistados e dos argumentos usados para justificar a menor frequência dos serviços de saúde no âmbito da prevenção.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 70 homens a partir de 40 anos residentes e atendidos em unidades de saúde do Distrito 3 do Município de João Pessoa – PB. Para realização da coleta dos dados, foi realizada a busca ativa em locais de grande circulação como terminais de integração, ambientes de trabalho e as próprias unidades de saúde do distrito.

Para a coleta dos dados foi utilizado um formulário contendo onze questões, sendo seis de temática socioeconômica que visam à obtenção de informações como o grau de escolaridade e a renda familiar dos participantes da pesquisa; e cinco com dados de almejo norteador para o presente trabalho, como à frequência de busca à USF e o conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PNAISH).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Corroborando com os dados obtidos no CENSO 2010, os resultados da presente pesquisa denotam que dentre a amostra, uma percentagem de 81% dos homens entrevistados apresenta idade inferior a 60 anos.

Quanto à Escolaridade dos homens entrevistados, levando em consideração à metodologia empregada na pesquisa, é possível interpretar que a grande maioria dos homens com idade igual ou superior a 40 anos possui o nível médio completo, que corresponde a um período de no mínimo 3 anos de ensino escolar, o qual precede o Ensino Superior ou Profissionalizante. Do total de entrevistados, 45,7% (n=32) possuem o Ensino Médio completo; 22,8% (n=16) possuem o Ensino Fundamental Completo; 21,4% (n=15) equivalem a homens com Ensino Superior ou

Graduação completa; 5,71% (n=4) são Pós-graduados em nível de mestrado; apenas 2,85% (n=2) não possuem nenhuma formação escolar; e 1,42% (n=1) são Pós-graduados em nível de Especializações.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os homens brasileiros, em analogia às mulheres, são menos estudiosos e mais relapsos no que se refere à sua própria educação. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) realizada no ano de 2009 pelo IBGE, os homens possuem em média 6,9 anos de estudo, diferente das mulheres que possuem 7,4 anos de estudo¹⁵.

Em comparação a outros países, como os Estados Unidos, Coreia, França e Japão, por exemplo, o Brasil possui uma educação escolar muito inferior às demandas necessárias de sua população, uma vez que se deu prioridade à abertura ou ao processo de gerar educação a todas as classes sociais, ao passo que foi diminuída a qualidade da educação que é disponibilizada em escolas de rede pública^{16,17}.

Em relação ao estado civil dos participantes da pesquisa, segundo os dados obtidos, cerca de 66% dos entrevistados é casado e/ou vive em união estável.

Os homens solteiros têm índices de mortalidade até 250% maiores do que os homens casados ou em união estável da mesma idade. Ter uma parceira também aumenta a longevidade para homens com algumas condições crônicas. Homens casados ou em união estável têm menores riscos de morrerem de câncer, passam menos tempo nos hospitais e têm chances menores de morrer após uma cirurgia importante¹⁸.

Um motivo para que os homens casados vivam mais do que os solteiros é que os primeiros têm uma saúde melhor em geral. O típico homem solteiro tem mais chances de ter pressão sanguínea alta, alto colesterol, problemas de peso e um sistema imunológico fraco do que um homem casado. A melhor saúde dos casados pode ser devido à nutrição melhor, estresse reduzido, uma esposa que encoraje comportamentos saudáveis e que cuide deles durante períodos de doença. A esposa de um homem casado pode incentivá-lo a ir ao médico, fazer exames rotineiros e cuidar de si. Esses fatores melhoram a saúde geral e aumentam a longevidade¹⁹.

No que se refere à residência dos entrevistados, os resultados da pesquisa demonstram que cerca de 74% dos entrevistados moram com sua esposa e/ou filhos.

De acordo com uma pesquisa do Centro de Referência em Saúde do Homem, 70% das pessoas do sexo masculino vão a consultas médicas acompanhados das mulheres ou dos filhos. O estudo concluiu ainda que mais de 50% dos homens já chegam aos consultórios com patologias em estágio avançado.

Os participantes da pesquisa listaram a falta de tempo, o preconceito e a falsa sensação de invulnerabilidade às doenças como os principais motivos pelos quais os homens não procuram tratamento médico periodicamente.

Sabendo que as profissões são organizadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) no Ministério do Trabalho no Brasil:

Tabela 1 – Ocupação.

Grande Grupo 1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa.
Grande Grupo 2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.
Grande Grupo 3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.

Grande Grupo 4	Pessoal Administrativo e Similares.
Grande Grupo 5	Pessoal dos Serviços e Vendedores.
Grande Grupo 6	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas.
Grande Grupo 7	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.
Grande Grupo 8	Operadores de Instalações, Máquinas e Trabalhadores da Montagem.
Grande Grupo 9	Trabalhadores Não Qualificados.
Grande Grupo 10	Não Trabalha.

Dos 70 entrevistados, 34,3% (n=24) pertencem ao grupo 5 da CBO. Trata-se, em sua grande maioria, de comerciantes livres e prestadores de serviços terceirizados; 15,7% (n=1) pertencem ao grupo 10 da CBO que corresponde aos não atuantes no mercado de trabalho ou que não possuem nenhuma atividade remunerada, como aposentados e estudantes, por exemplo; 11,4% (n=8) pertencem ao grupo 2 da CBO, que se refere a Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, como professores, médicos e juizes; 10% dos entrevistados (n=7) percentem aos quadros superiores da administração pública, como empresários e autônomos; 8,5% (n=6) pertencem ao grupo 7 da CBO referente a operários, artífices e trabalhadores similares, os quais se assumem pedreiros e servente de pedreiros; 7,1% dos entrevistados (n=5) são oriundos do grupo 4 da Classificação Brasileira de Ocupação que acomete a área Pessoal Administrativa e Similares, os quais a grande maioria são funcionários públicos; 4,3% (n=3) pertencem ao grupo 3 dos Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio; 4,3% (n=3) pertencem ao grupo 8 que correspondem aos operadores de instalações, máquinas e trabalhadores da montagem; 2,8% (n=2) são pertencentes ao grupo 9 da CBO que se refere a trabalhadores não qualificados, como caseiros e vigilantes; e finalmente 1,4% (n=1) corresponde ao grupo 6 da CBO que equivale aos agricultores e pecuaristas.

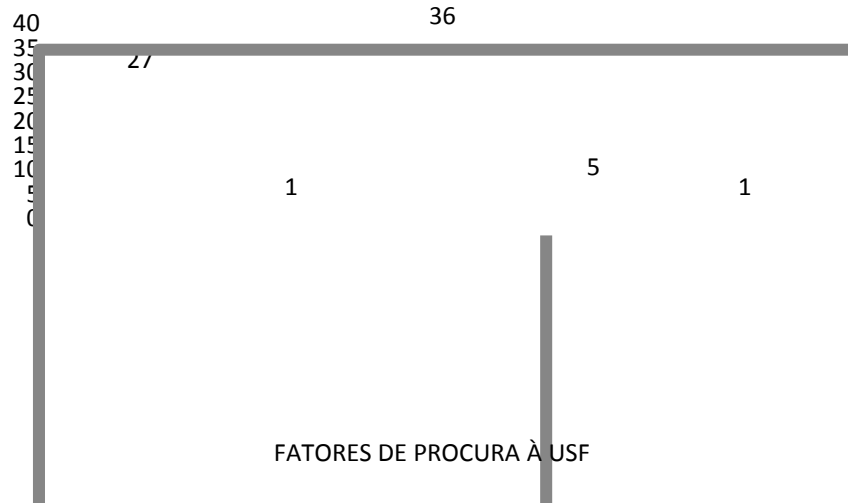
Já em relação a Renda Mensal dos entrevistados, levando em consideração o salário mínimo (SM) do ano de 2013 referente às datas das entrevistas de R\$ 678,00, observou-se que os salários na amostra pesquisada variam de um ordenado mensal ou um salário mínimo até mais de dez salários mínimos, conforme mostra a seguinte tabela:

Tabela 2 – Renda Mensal.

PARTICIPANTES (%)	SALÁRIO
2,8% dos participantes	< 1 salário mínimo por mês.
54,3% dos entrevistados	1 a 3 salários mínimos por mês.
18,5% dos participantes	3 a 6 salários mínimos por mês
11,4% dos participantes	6 a 9 salários mínimos por mês
5,7% dos entrevistados	10 ou mais salários mínimos
7,1% dos entrevistados	não responderam (NR) à pergunta.

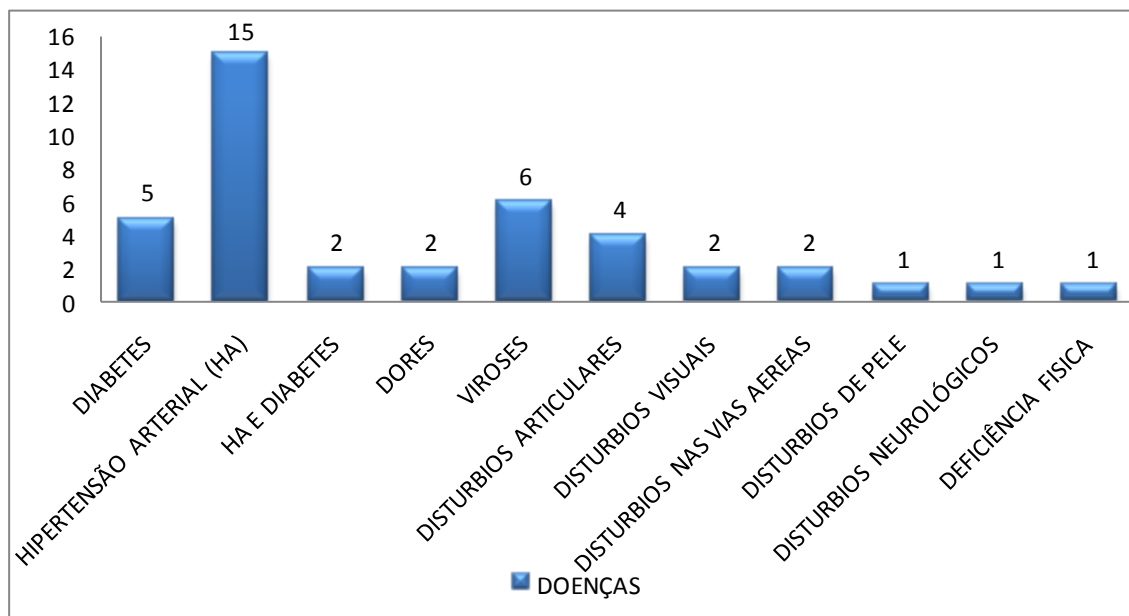
Em relação aos motivos que levam os participantes a procurar a Unidade de Saúde da Família (Gráfico 1) destaca-se o adoecimento (51,4%).

Gráfico 1 – Motivos de procura à Unidade de Saúde da Família.



Observou-se que, em geral, os motivos se referiam ao tratamento de doenças, indicando a existência de uma tendência ainda hegemônica do modelo curativo no perfil de utilização dos serviços. Em segundo lugar, destaca-se com 38,5% a prevenção, mostrando uma evolução na conscientização de ações preventivas. Dentre os indivíduos que buscam a prevenção, muitos procuravam a USF raramente, pois buscam serviços de saúde da rede privada, associando à ideia de maior segurança de atendimento em comparação à rede pública. Em seguida estão os indivíduos que procuram por prevenção e também doença (7,1%), os que só frequentam a pedido da família (1,4%) e os que não frequentam (1,4%). O fato de ter uma porcentagem baixíssima em relação aos indivíduos que não frequentam o serviço de saúde surpreende, pois se torna mais evidente a conscientização dos homens em relação às ações preventivas.

Gráfico 2 - Doenças prevalentes nos entrevistados.



Entre as doenças encontradas nos sujeitos das entrevistas (Gráfico 2) estão a Hipertensão Arterial (n=15), o Diabetes Mellitus (n=5), as Víroses (n=6), as Dores (n=2), os Distúrbios Articulares (n=4), Distúrbios Visuais (n=2), Distúrbios nas Vias Aéreas (n=2), Distúrbios de Pele (n=1), Distúrbios Neurológicos (n=1) e Deficiência Física (n=1).

Os dados obtidos evidenciam maior número de atendimentos relacionados à Hipertensão e Diabetes isoladas (21,4% e 7,1%, respectivamente) ou associadas (2,8). O dado ratifica o encontrado na literatura, em que os principais fatores que levam os usuários ao serviço de atenção primária à saúde são doenças crônicas ou complicações causadas pelas mesmas²⁰.

Em relação à importância da realização de uma política que incentive os homens a buscar serviços especializados, os entrevistados afirmam ser fundamental tê-la para promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como uma ampla disseminação de informações, orientações e conscientizações do público masculino. Há também a necessidade de realização de políticas que os incentivem a procurar serviços de saúde, já que existem dificuldades de promover medidas preventivas no campo masculino. Além disso, destacam ainda a necessidade da oferta de um atendimento mais voltado para especialidades masculinas. Por exemplo, a prevenção de câncer de próstata, o qual é um grave problema de saúde pública no Brasil muito comum em homens acima de 65 anos²¹.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as altas taxas de incidência e a mortalidade dessa neoplasia tornam o câncer de próstata o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma. A estimativa do INCA, para 2014, é de que haja 68.800 novos casos desse câncer²¹. Ainda segundo o INCA, a detecção precoce do câncer de próstata é de fundamental importância para que se aumentem as possibilidades de cura. Dentre as medidas preventivas, ressalta-se o toque retal realizado por profissionais da área médica.

O toque retal é, relativamente, uma medida preventiva de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de informações acerca da efetividade dessa medida preventiva. O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação e isso, quase sempre, associa-se à dor. Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita²².

O não incentivo dos homens buscarem os serviços de saúde é reforçado pelo fato de a saúde e o autocuidado não desempenharem um papel central na construção da identidade masculina²³. A noção de invulnerabilidade, o pensamento "nunca acontece nada aos homens" é um valor de sua própria cultura, reforçado pelos meios de comunicação de massa e que se torna um empecilho no caminho entre universo masculino e o serviço de saúde. Os próprios entrevistados confessaram a resistência dos homens em buscar os serviços de saúde, e assim, a necessidade de uma política que ajude a combater esse fato.

Outro fato que impede os homens de adotar condutas preventivas é a dificuldade dos homens de verbalizar suas necessidades de saúde. A maioria dos homens não tem a tendência de falar sobre seus problemas de saúde, o qual seria uma demonstração de fraqueza e feminilização frente à sociedade²³. Refletindo a feminilização da noção de cuidado de saúde, onde o espaço de serviço da atenção primária a saúde é visto como feminilizado, comprovado em diversas ações de

promoção e educação em saúde que somente a mulher é frequente, e onde deveria o homem compor tal grupo²⁴.

De acordo com um estudo recente, a imagem que os homens têm de serviços de saúde é que estes são para idosos, mulheres, crianças ou doentes²³. Logo, os homens acreditam que não se enquadram em nenhuma dessas categorias, por isso, se esquecem de cuidar da própria saúde.

A existência de políticas de saúde para lidar com a especificidade do público masculino tem efeitos não só sobre a saúde masculina, mas também afeta toda a sua família, por exemplo, diminuir os efeitos de uma morte precoce, a devastação do álcool e outras drogas ou o grave impacto da violência em suas diferentes formas²³.

Por essas razões, incluir a participação do homem nas ações de saúde ainda é um desafio que se busca romper para que a saúde dos homens, sob a ótica das masculinidades, torne-se uma temática de primeiro plano.

Ainda tendo como referência os dados obtidos na pesquisa, foi possível constatar que cerca de 84% dos entrevistados frequentam a Unidade de Saúde do seu território há, no máximo, doze anos.

A respeito da PNAISH, suas proposições apresentadas afirmam que a implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, respeitando a hierarquia da atenção em saúde e fazendo da atenção básica a porta de entrada para um sistema de saúde universal²⁵.

Gráfico 3 - Frequência com que os entrevistados vão à unidade de saúde.



O Gráfico 3 diz respeito à frequência com que esse usuário busca o atendimento na Unidade. A partir da análise dos dados gráficos, observa-se que a maioria dos entrevistados procuram raramente os serviços de saúde.

Modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria²⁰.

Além das barreiras socialmente construídas e culturalmente vinculadas afastando a população masculina do âmbito da Atenção Primária à Saúde,

obstáculos organizacionais do SUS têm agravado ainda mais esta situação, a exemplo da falta de material humano e capacitado destinado a oferecer um atendimento diferencial a este homem que procura a Unidade e assim facilitar sua adesão ao tratamento.

A partir da coleta realizada foi possível identificar que apenas 30% dos entrevistados afirmam conhecer o PNAISH, enquanto os 70% restantes desconhecem a política.

Esses dados refletem a realidade nacional, em que a maioria dos homens ignora a existência de uma política de saúde direcionada a eles. Tal falta de conhecimento faz esse grupo ter menos cuidado e procurar menos o tratamento médico do que as mulheres.

Experiências já realizadas mostram que é necessária a divulgação da PNAISH pelos seus gestores, não só para os homens, mas para a população em geral, incentivando a procura dos serviços de saúde por parte dos mesmos. Essa divulgação pode ser feita através de entrevistas na mídia digital e impressa, campanhas em outdoor ou nos meios de comunicação como rádio e TV. Uma Unidade Básica de Saúde com recursos humanos e materiais disponíveis além de uma equipe com capacitação específica para o assunto também seria de suma importância para a efetiva implantação da PNAISH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises empreendidas demonstram que é imprescindível a criação de ações educativas no âmbito da saúde do homem, de modo que estas sejam aplicadas continuamente ao longo de sua vida. O objetivo é desconstruir os paradigmas de invulnerabilidade existentes com a formação de um biopsicossocial voltado às medidas de prevenção e promoção de saúde.

Tendo em vista que a amostra é formada, em sua maioria, por homens de baixa condição socioeconômica, a falta de informação a respeito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é um fator importante a ser considerado na criação de alternativas que visem sua divulgação. Embora haja relação entre o grau de instrução e as medidas preventivas, esta ainda se mostra insuficiente, visto que a porcentagem de homens que buscam atendimento médico, apenas diante do adoecimento, ainda é elevada.

Algumas alternativas para mudar esse quadro seriam a criação de grupos educativos, com a finalidade de prevenção; parceria da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a locais como igrejas e times de futebol da área de abrangência; além de práticas educativas em áreas de concentração do público masculino que visem à conscientização dessa classe.

PROFILE OF MEN FROM THE 40 YEARS SERVED IN HEALTH PROGRAM OF MAN

ABSTRACT

Studies show a higher propensity of sex individuals male with chronic illnesses and diseases. Seeking to enable the increasing life expectancy and reducing the morbidity and mortality rates of preventable and avoidable causes in this population, the Ministry of Health established on August 27th, 2009 the National Program for Integral Attention to Health Man (PNAISH), covering health activities and services relating to prevention, care and recovery of health of men and facilitating access to

health services for them. The research aimed to knowledge about the arguments used by respondents to the lowest attendance of health services in the prevention and the analysis of socio-cultural and economic profile of the same. The sample consisted of 70 men, aged at least 40, users of the Family Health Units Service (USF) located in the Sanitary District III districts and included not only the collection in USF, as well as the active search in high-traffic environments. Data collection was initiated after the approval of the Committee Ethics and search FACENE/FAMENE under Protocol 195/13 and was to instrument a form containing guiding questions in a clear and concise language. Data were collected in October and November 2013, in full-time. This is a descriptive research with quantitative presentation. The collected material was analyzed and represented in graphics. For better exposure and understanding, the data were discussed in the light of the relevant literature and show that men have difficulties in multiple factors in the search for specialized services, getting compromised their health in general, reflecting on a morbidity and mortality up women. Aimed at strengthening and qualification of primary care, should be worked men's health education activities.

Key-words: Primary Care. Men's Health. Health Services.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria MS/GM nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União 2009; 28 ago.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília: MS; 2009.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção integral a saúde do homem. Brasília, 2008. [acesso em: 27 maio 2014] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
4. Nardia A, Glina S, Favorito LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, International Braz J Urol. 2007;33:1-7.
5. Courtenay WH Constructions of masculinity and their influence on men's welling: a theory of gender and health. SocSci Med 2000; 50:1385-401.
6. Luck M, Bamford M, Williamson P. Men's health: perspectives, diversity and paradox. London: BlackwellSciences;2000.
7. Laurenti r, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.
8. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10:105-9.
9. Pinheiro, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Cienc. Saude Colet. 2002;7(4):687-707.

10. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003; p. 137-52.
11. Schraiber L. B.; Figueiredo W.S.; Gomes R.; Couto M. T.; Pinheiro T. F.; Barbosa R. M.; Silva G. S. N.; Valença O. A. A. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso);2003;26: 961-70.
12. Sabo D. O estudo crítico das masculinidades. In. Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. Coletânea gênero plural. Curitiba: Editora UFPR; 2002; p. 33-46.
13. Bozon, M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.
14. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis 2009; 19(3): 659-78.
15. Borges Patrícia. Último Segundo Ig [internet]. Brasília. 08 Set 2010 – [acesso em: 20 abril 2014]. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/educacao/mulheres+estudam+mais+que+homens+segundo+ibge/n1237770953634.html>.
16. Teixeira, M. C. S. Política e administração de pessoal docente: um estudo sobre a Secretaria de Estado da Educação do Estado de São Paulo. (Estudo e Documentos) Faculdade de Educação/USP; 1988; 27.
17. Sander, B. Educação brasileira: valores formais e valores reais. Livraria Pioneira Editora; 1977.
18. Waite, Linda J.; Gallagher, Maggie The Case for Marriage: Why Married People are Happier, Healthier, and Better Off Financially. New York; Doubleday [2000] Content Area(s): Family and Transfers, Health Conditions and Status, Net Worth and Assets.
19. Vasconcelos, Fernanda Jacqueline Agreste .Saúde do homem x estratégia de saúde da família: um desafio. [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga; 2012; 25.
20. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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 [online]. 2007, vol.23, n.3, p.565-74. [acesso em: 17 mar 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
21. Tipos de Câncer. [acesso em: 20 abril 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>.

22. Gomes R 2003. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(3):825-829. [acesso em: 20 abril 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>
23. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In C Cáceres, M Cueto, M Ramos & S Vallens (coord.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima. 2003; p.137-52.
24. Rocha E A; Alves L S; Barbosa H A 2013. A visão do homem, usuário do serviço de saúde na atenção primária, sobre a assistência prestada: uma revisão de literatura. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 18, Nº 184, Septiembre de 2013. [acesso em: 17 mar 2014]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd184/a-visao-do-homem-do-servico-de-saude.htm>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, Brasília; 2009.

Recebido em: 08.08.14 Aceito em: 12.03.15
