



## SAÚDE DO HOMEM: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### MEN'S HEALTH: REFLECTIONS ABOUT THE ACCESS IN A FAMILY HEALTH UNIT SALUD DE LOS HOMBRES: REFLEXIONES ACERCA DEL ACCESO A UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Flávia Alves Aguiar Siqueira<sup>1</sup>, Sheila Milena Pessoa dos Santos<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar o acesso de homens assistidos por uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, realizado entre outubro de 2010 a agosto de 2011. Utilizou-se a observação participante e a técnica da entrevista realizada com dezoito homens na produção dos dados. Utilizou-se da Técnica da Análise de conteúdo na análise das informações. O estudo cumpriu as normas da Resolução 196/96, sendo aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE n° 0395.0.133.000-10. **Resultados:** demonstrou-se a invulnerabilidade como constituinte do ser homem, o enfoque biológico no autocuidado e a organização do serviço como obstáculo à saúde dos homens. **Conclusão:** a compreensão das questões que envolvem os conceitos de masculinidade contribui para melhorar o acesso do homem aos serviços de saúde. **Descritores:** Saúde do homem; Acesso aos Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

#### ABSTRACT

**Objective:** analyzing the access of men assisted by a Unit of the Family Health Strategy. **Method:** a descriptive, exploratory study of a qualitative nature carried out between October 2010 and August 2011. There were used participant observation and interview technique conducted with eighteen men in compiling the data. It was used the technique of Content Analysis to analyze the information. The study met the standards of Resolution 196/96, which approved the project at the Research Ethics Committee, CAAE n° 0395.0.133.000-10. **Results:** it was showed the invulnerability as a constituent of being a man; the biological focuses on self-care and the service organization as an obstacle to men's health. **Conclusion:** the understanding of issues involving the concepts of masculinity contributes to improve access of man to health services. **Descriptors:** Men's Health; Access to Health Services; Family Health Strategy.

#### RESUMEN

**Objetivo:** analizar el acceso de hombres asistidos por una unidad de la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** un estudio descriptivo, exploratorio de carácter cualitativo realizado entre octubre de 2010 y agosto de 2011. Se utilizó la observación participante y la técnica de la entrevista realizada con dieciocho hombres en la compilación de los datos. Se utilizó la Técnica de Análisis de Contenido para analizar la información. El estudio cumplió con las normas de la Resolución 196/96, que aprobó el proyecto al Comité de Ética en la Investigación, CAAE n° 0395.0.133.000-10. **Resultados:** mostróse la invulnerabilidad como constituyente de ser hombre, el enfoque biológico en el autocuidado y la organización de servicios como un obstáculo para la salud de los hombres. **Conclusión:** la comprensión de las cuestiones relacionadas con los conceptos de la masculinidad contribuye a mejorar el acceso de los hombres a los servicios de salud. **Descriptor:** La Salud del Hombre; El Acceso a los Servicios de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

<sup>1</sup>Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Saúde Coletiva e em Enfermagem do Trabalho. Secretária Municipal de Saúde/SMS. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: [flaviaaguiarsiqueira@gmail.com](mailto:flaviaaguiarsiqueira@gmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Mestre em Educação, Universidade Federal de Campina Grande/UFCCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: [sheila.milena@gmail.com](mailto:sheila.milena@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O termo << acesso >> remete à possibilidade de inserção do sujeito no serviço de saúde com foco na resolução de problemas que afetem à saúde. Seu conceito perpassa o eixo demanda-oferta, todavia, envolve uma rede de interações e contextos multidimensionais e dinâmicos.<sup>1</sup>

Tratando-se do acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, compreende-se que existem aspectos que refletem os limites e potencialidades da atenção integral. Tais aspectos podem estar relacionados aos fatores de ordem geográfica, organizacional, social e cultural.<sup>2</sup> Estes fatores têm influência direta no modo como os indivíduos acessam o serviço, cabendo uma reflexão sobre a oferta, sua qualidade e continuidade do cuidado, neste se incluindo a resolutividade das ações.<sup>3</sup>

O acesso pode ser compreendido ainda sob uma perspectiva ampliada, que possibilita identificar os fatores que influenciam o modo como os indivíduos procuram o serviço. Neste sentido, assume importância os fatores sociais e culturais, a exemplo das relações de gênero<sup>4</sup>, que refletem de modo distinto as representações de saúde e doença. Como produto dessas relações, atribui-se às mulheres o papel do cuidado, enquanto os homens são conduzidos a um modelo de masculinidade que os afasta culturalmente da prática do cuidado.<sup>5</sup> Nessa perspectiva, compreende-se que há diferenças no modo como os sujeitos vivem, adoecem, acessam os serviços e satisfazem suas necessidades de saúde. Tais diferenças devem ser consideradas para superação das desigualdades existentes.<sup>1</sup>

Essa compreensão conduziu a ampliação na linha de cuidado da saúde do homem, sobretudo, a partir da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), instituída no ano de 2008. A PNAISH surge como forma de legitimar e ampliar o olhar para a população de homens, que em termos proporcionais, adoecem e morre mais precocemente que a mulher e possui altas taxas de morbimortalidade por doenças preveníveis.<sup>6</sup>

O perfil de morbimortalidade do homem relaciona-se a uma exposição maior em relação às mulheres a fatores de risco<sup>6</sup>, que em consonância com uma construção sócio-histórica e de gênero, influencia em posições materiais, simbólicas e nas práticas de cuidado.<sup>7</sup>

No bojo destes entraves, destaca-se a concepção do cuidado como algo desvinculado do homem, que interfere no modo como este

compreende seu processo saúde e doença, que por muitas vezes se apresenta insipiente<sup>8</sup>, assim como interfere no modo como acessa os serviços de saúde, em seus diversos níveis de atenção.<sup>5</sup>

No âmbito da atenção primária à saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), as lacunas na atenção à saúde do homem consistem desde a inadequação da estrutura para o atendimento à incipiente motivação e desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nesta população.<sup>9</sup>

Em razão das concepções hegemônicas de masculinidade, as quais também estão cristalizadas nas práticas profissionais, a atenção à saúde do homem apresenta muitas fragilidades que precisam ser focalizadas. A abordagem a saúde do homem deve estar pautada na atenção integral, que conceba a saúde do homem para além da genitalidade e ou paternidade, que o compreenda por meio de uma concepção ampla, com enfoque na masculinidade, nesta se inserindo as reflexões sobre o homem adolescente, jovem, adulto, idoso, o homoafetivo.<sup>10-1</sup>

O trabalho desenvolvido pela ESF, configura-se como importante instrumento na criação de vínculo com os homens, na identificação das suas necessidades, assim como na estruturação de estratégias de que facilitem o acesso. A ESF, como ordenadora do cuidado em um território adscrito, possui o desafio que envolve integrar esta população às práticas de cuidado, considerando toda a construção social, organizando o processo de trabalho da equipe para um público que não foi priorizado historicamente, quando comparado à população de mulheres e crianças.<sup>5</sup>

Compreendendo a importância do cuidado à saúde do homem, desenvolveu-se este estudo que teve a seguinte questão condutora: Como ocorre o acesso do homem ao serviço de saúde? Sendo assim, objetivou-se analisar o acesso de homens assistidos por uma unidade da Estratégia de Saúde da Família. Espera-se contribuir para ampliação do conhecimento sobre essa temática, sobretudo, pela incipiente produção científica sobre o assunto. Ademais, espera-se direcionar alguns caminhos possíveis para implementação da atenção integral à saúde do homem.

## MÉTODO

Este artigo é um recorte dos resultados da pesquisa << Avaliação das ações de prevenção primária e controle das Infecções Sexualmente

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

Transmissíveis e do HIV em homens atendidos em uma unidade básica de saúde da família >>, vinculada ao Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, Linha de Ação Saúde do Homem, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421/2010 do Ministério da Saúde do Brasil.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. Esse tipo de abordagem aplica-se ao estudo de relações, percepções e opiniões oriundas das interpretações que os sujeitos fazem sobre como vivem, sentem e pensam.<sup>12</sup>

O cenário escolhido foi uma ESF, denominada José Pinheiro I, Equipes I e II, que pertence ao distrito Sanitário I do município de Campina Grande-PB, as quais prestam assistência há sete anos. A referida ESF atende a 1.923 famílias, que correspondem a 6.268 pessoas residentes nos Bairros de José Pinheiro, Santo Antônio e Monte Castelo.

O território da ESF José Pinheiro I está dividido em 12 micro áreas, com variação de 480 a 570 pessoas por micro área. As equipes são compostas por Agentes Comunitários de Saúde (12), Médico (1), Enfermeiras (2), Assistente Social (1), Odontólogo (1), Assistente de Saúde Bucal (1), Auxiliares de Enfermagem (2), Auxiliar de Serviços Gerais (1) e Vigilantes (2). Conta ainda com uma Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composta por educador físico, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista.

A população do estudo foi composta por homens entre 25 a 59 anos de idade, pertencentes à área adscrita atendida pela ESF José Pinheiro I. Nas duas equipes existem cerca de 1.200 homens nesta faixa etária. A amostra foi composta por 18 homens, permitindo a representação significativa dos dados desejados, a partir do critério de saturação das respostas. Os homens foram selecionados de forma aleatória por meio de sorteio. Os critérios de inclusão corresponderam à presença de cadastramento dos usuários na USF José Pinheiro I, estarem na faixa etária correspondente a 25 a 59 anos, conforme recomenda a Política Nacional de Saúde do Homem<sup>6</sup>, e aceitarem participar do estudo. Os critérios de exclusão foram não desejar participar do estudo e não estar disponível para responder ao questionário por incompatibilidade de horário de trabalho.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre novembro de 2010 a agosto de 2013, que seguiu um cronograma pré-determinado composto por duas fases. O primeiro momento correspondeu à aplicação de uma entrevista junto aos usuários homens, por meio de um instrumento semiestruturado,

validado por meio de pré-teste. O segundo momento correspondeu à observação participante, uma vez que a pesquisadora é Enfermeira do serviço, portanto foi possível documentar por meio dos registros, as mudanças no processo de trabalho dos profissionais, as oficinas de acolhimento, assim como as mudanças na estruturação relativas à acessibilidade ao serviço de saúde.

O estudo cumpriu as determinações emanadas pela Resolução 196/96, vigente à época, sendo apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0395.0.133.000-10. Dessa forma, atendeu-se às exigências éticas e científicas fundamentais, garantiu-se o respeito à autonomia dos sujeitos e confidencialidade dos dados coletados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas transcritas foram identificadas pela letra inicial de cada nome, seguida da idade à época das entrevistas.

Os dados coletados na entrevista foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo na modalidade temática, pois dessa forma é possível codificar as informações, transformando-as de um estado bruto em uma possível representação do conteúdo.<sup>13</sup>

Na análise dos dados foram extraídas as seguintes categorias empíricas: a invulnerabilidade como constituinte do ser homem, o enfoque biológico do autocuidado e a organização do serviço como obstáculo. As categorias foram discutidas à luz dos estudos que discorrem sobre as temáticas masculinidades, gênero e acesso dos homens ao serviço de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados possuíam escolaridade correspondente ao ensino superior (03), ensino médio (5), ensino fundamental (6), sendo que parte deles não foi alfabetizada (4). Quanto à ocupação, a maioria realizava trabalho informal (8), uma menor proporção realizava trabalho formal (4) e os demais estavam desempregados (2), eram aposentados (2) ou estudantes (2). O rendimento familiar correspondeu a três salários mínimos (12), os demais viviam com ajuda dos pais e ou esposa com renda informal (4) e o restante possuía aposentadoria de um salário mínimo (2).

A análise das variáveis do perfil não remeteu a diferenças significativas quanto ao acesso ao serviço de saúde. Todavia, revela características relativas à maior

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

vulnerabilidade social e econômica, como baixa renda *per capita*, e evidenciam o predomínio de baixa instrução e do desempenho de atividades que requerem menor qualificação formal e, conseqüentemente, menor remuneração.

#### ◆ A invulnerabilidade como constituinte do ser homem

A correlação do cuidado como antagônico ao masculino se configura quando os homens não se reconhecem como potenciais sujeitos de cuidado, quando se deixa de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não se reconhecem casos em que eles demonstram tais comportamentos.<sup>8</sup>

Verificou-se a partir das falas da maioria dos homens participantes que o cuidado é compreendido como algo que não é seu, como prática que não necessita.

*Não, porque eu não preciso. (P, 48 anos)*

*Só os meninos que sempre vai; nunca precisei, quando precisar tem que ir, né? (F, 32 anos)*

*Não, não. O povo diz que é bom, quando eu precisar eu vou. Até agora, nunca precisei. (P, 46 anos)*

*Não, porque não procurei saber dessas coisas não. (G, 43 anos)*

Essa percepção de invulnerabilidade também está contemplada na fala de outros entrevistados, quando abordam que nunca tiveram doença na vida. A compreensão do estado de não doença se relaciona a adoção de hábitos preventivos isolados e à inexistência de sinais e sintomas.

Em virtude desta percepção de invulnerabilidade, o homem torna-se mais suscetível às doenças que poderiam ser evitadas por meio de condutas preventivas. Diversos estudos apontam para a correlação entre altas taxas de mortalidade entre a população masculina em razão de busca tardia ao cuidado em saúde.<sup>9</sup>

No campo da saúde do homem, pesquisas apontam que os homens, em geral, são mais expostos a situações insalubres de trabalho<sup>14</sup>, além de buscarem o confronto com as situações de risco, como característica estruturante na construção da identidade masculina, aliada a um sentimento de invulnerabilidade, o que implica taxas elevadas de morte por causas violentas.<sup>15,16</sup>

Apenas um dos entrevistados relatou acessar o serviço como forma de avaliação rotineira e prevenção de doenças. De fato, as ações desenvolvidas que envolvem a saúde do homem são pontuais e restritas, portanto ineficazes.<sup>17</sup>

Infere-se um aspecto importante que se relaciona ao acesso ao serviço e a oportunidade para abordagem integral pela equipe de saúde. A ESF se configura como a via de acesso mais próxima ao usuário e a melhor via potencializadora de uma atitude preventiva, através do estímulo e sensibilização quanto à importância de práticas de promoção e prevenção à saúde. Portanto, o acionamento do serviço pelo usuário deve ser considerado como uma oportunidade para que a equipe da ESF possa implementar ações de captação do homem para as atividades de prevenção, promoção, proteção.

O acesso dos homens ao serviço de saúde, na perspectiva do cuidado ampliado em seus diversos sentidos, pode aparecer como secundário e de apoio logístico. O homem se vê como aquele que leva a esposa, filho e/ou mãe enferma para os serviços de saúde oficiais.<sup>17</sup>

Nesse sentido, assume relevância a perspectiva de gênero sobre as relações do sujeito e sua influência para compreensão do cuidado. Enfatiza-se a importância da transversalidade dessa abordagem nas ações de cuidado, como também, através da reflexão crítica junto a gestores e profissionais<sup>8</sup> para o delineamento de estratégias de promoção à saúde do homem.

No contexto das concepções tradicionais de gênero, noções hegemônicas do masculino e feminino delineiam as concepções, atitudes e práticas dos sujeitos quanto aos processos de saúde e adoecimento e na determinação do cuidado, percebe-se a associação do cuidado e do adoecimento como posições inatingíveis aos homens.

O imaginário que associa, em um polo, o feminino ao cuidado à saúde e, no outro, o masculino ao não-cuidado, se reflete de forma negativa na procura por serviços de saúde. De acordo com esse imaginário, produz-se a expectativa dos indivíduos e da sociedade de que os homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de forma menos autênticas.<sup>8,18</sup>

Baseadas nessa premissa, as ações dos homens e dos profissionais de saúde podem, no dia a dia da assistência, reforçar esta dimensão da invisibilidade masculina na procura pelos serviços<sup>8</sup>. Portanto, há uma necessidade emergente da transversalidade das ações para compreensão da construção social de gênero, tanto para os profissionais, algo que é reforçado na PNAISH<sup>6</sup>, como também, nas ações de educação em saúde voltadas a população, que podem levar ao

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

empoderamento dos homens sobre sua condição de vida, de saúde e de adoecimento.

O empoderamento masculino está vinculado à autonomia dos sujeitos e constitui-se parte essencial para a integralidade do cuidado em saúde e aponta para uma dimensão de saúde como um projeto, que envolve a autodeterminação com interdependência na construção de processos de tomada de decisão, na comunicação dialógica e elaboração de projetos terapêuticos dos indivíduos na gestão do cuidado.

Esta gestão do cuidado é compreendida por alguns autores como o grau de ajustamento necessário para a reforma da saúde e da sociedade, que depende dos encontros e desencontros entre projetos dos profissionais de saúde, dos formuladores de políticas públicas, dos gestores e dos usuários.<sup>11</sup>

Nesta dimensão, compreende-se que para atingir a integralidade na atenção à saúde da população masculina, devem ser considerados outros aspectos relacionais, para além das relações de gênero, como: idade, condição socioeconômica, os determinantes sociais de saúde, os contextos culturais e as formas de vida, entendendo-se a saúde como uma produção social múltipla e complexa<sup>6</sup>, sendo uma parcela da vida das pessoas, e partindo-se do posicionamento de que as masculinidades são construídas historicamente, em um processo constante de transformação.

#### ◆ O enfoque biológico do autocuidado

Ao serem questionados sobre a procura da unidade de saúde da família do bairro, uma parte considerável dos entrevistados relatou, que a busca aos serviços de saúde ocorreu para a realização de procedimentos.

*Uma vez só. Fui pra tirar os pontos de uma cirurgia. (M, 45 anos)*

*Faz um bom tempo que eu procurei um serviço de saúde, só para tomar vacinas ano passado [exigência de trabalho]. (G, 36 anos)*

*Fui só uma vez ao centro de saúde por causa de uma mordida de cachorro. (P, 48 anos)*

Alguns estudos apontam que a procura de homens é maior para a realização de procedimentos, como nos atendimentos em odontologia e em serviços relacionados à vacinação, curativos e farmácia.<sup>8</sup>

Esta perspectiva é ressaltada na busca frequente ao serviço de odontologia como uma das formas prioritárias de acesso a UBSF do bairro:

*Já, procurei várias vezes. Só pra dentista. (F, 32 anos)*

A motivação para acessar o serviço encontra-se ainda fortemente atrelada a uma abordagem a saúde do ponto de vista intervencionista e não voltada para um cuidado integral e preventivo.

Neste caminho, deve-se incentivar a abordagem interdisciplinar da assistência, que pode ser valorizada pela busca de interação e integração dos homens que são captados através da realização de procedimentos e na oferta da atenção em saúde bucal no serviço com demais membros da equipe. Dessa forma, é possível ofertá-lo o cardápio de serviços disponibilizado, por meio da assistência multiprofissional.

Esse acesso, mesmo que inicialmente focado nesta abordagem, pode através da escuta e do acolhimento, redimensionar novas formas de cuidado e gerar maior vinculação do homem aos profissionais da equipe, além de fortalecer a procura por cuidados de prevenção, promoção, proteção e tratamento em saúde.

Contudo, percebe-se nas falas de alguns entrevistados que há uma fragilidade na compreensão sobre as motivações para a procura pela ESF, o que, por sua vez, reflete a fragilidade do serviço.

*Sim, mas marca quando a gente não tá mais doente, não tem condição. (L, 40 anos)*

*Uma vez só. Já precisei de exame urgente, de atendimento médico urgente, aí a gente tem que marcar e passa 3, 4 dias pra ser atendido, aí no meu caso não dá, vou pra particular. (M, 45 anos)*

*Já. Quando levei um tiro, foi à única vez que precisei, só vou quando preciso, mas como não precisei mais não fui. (C, 32 anos)*

A compreensão do serviço como espaço para atendimento de estados de adoecimento, nestes se incluindo os quadros agudos, denota a valorização da equipe para o cuidado e a vinculação da comunidade com a mesma, mas também ressalta o incipiente conhecimento do usuário sobre a organização da rede de serviços oferecida, especialmente sobre ações que precisam ter seu caráter de resolução em cada nível da atenção.

Quando o usuário refere à busca da unidade quando foi vítima de arma de fogo, denota este desconhecimento, pois o espectro de atuação dos profissionais da UBS a estas situações é restrito, cabendo à assistência às pequenas urgências.<sup>18</sup> Ao mesmo tempo, leva a reflexão sobre a importância de acolher o indivíduo em casos de adoecimento e sensibilizá-lo quanto ao limite de resolubilidade das ações da equipe na garantia do seu cuidado.

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

A ESF consiste em um dos componentes da rede de atenção à saúde deste usuário e cabe, ao restante desta rede, a continuidade deste cuidado, de forma a garantir a integralidade e a universalidade do acesso às diversas esferas de cuidado em sua complexidade, em todos os níveis de atenção.<sup>19</sup>

Deve-se ressignificar o cuidado, proporcionando uma melhor compreensão sobre a atuação na ESF, entendendo-a como colaboradora do cuidado partilhado entre a equipe e o homem, cabendo a ambos o estímulo a estas práticas.

Sobre a demanda por serviços de saúde, alguns estudos apontam que os homens jovens são aqueles que apresentam maiores índices de internação e morte por causas externas, como homicídios, violência e uso abusivo de drogas.<sup>6</sup> Tais agravos à saúde estão diretamente relacionados aos processos de socialização, que, em geral, estimulam comportamentos de risco em detrimento do cuidado de si e dos outros. Um desdobramento dessa prática social é a maior presença de homens nos serviços de urgência e emergência em relação aos serviços de atenção básica em saúde no Brasil, segundo dados do próprio Ministério da Saúde do Brasil.<sup>20</sup>

No contexto analisado, percebe-se a frequência de acesso de homens portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

*Há várias vezes já. Pressão alta, diabetes e dor de cabeça. (J, 59 anos)*

*Já. Problema de coração, cansaço, gastrite e sobre uma receita que eu venho pegar porque algum tempo atrás eu tava tomando remédio controlado pra dormir. (D, 26 anos)*

O acesso é apresentado como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos processos de trabalho, que se refere não apenas à entrada, mas a continuidade do cuidado, como é o caso da assistência prestada aos indivíduos com DCNT. O modelo de cuidados desse grupo de agravos ancora-se na melhoria na qualidade do atendimento aos sujeitos, por meio de uma abordagem pró-ativa, capaz de prever e antecipar possíveis complicações e exacerbações da doença e apresentar o envolvimento dos pacientes, de sua família e da comunidade.<sup>21</sup>

A fala dos homens entrevistados revela a facilidade do acesso, ao menos com um fluxo mais organizado, em virtude de estarem inseridos em uma lógica de cuidados continuados como nos programas de atenção aos hipertensos, diabéticos e de saúde mental, programas que possuem uma história de construção, de organização do serviço e

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

direcionamento de cuidados anterior a PNAISH.

Outra perspectiva predominante na procura dos homens ao serviço deu-se por meio da busca de atendimento para estados de adoecimento, como verificado nas falas a seguir:

*Já. Só uma consulta normal mesmo, foi gripe mesmo, só na garganta. (L, 40 anos)*

*É eu já venho já. Assim, eu sinto umas dores por aqui por dentro, como se fosse queimando. (R, 48 anos)*

Esta compreensão reforça a busca aos serviços ocorrendo predominantemente através do modelo curativo, centrado na doença e não no indivíduo, com um reforço para um enfoque biológico do autocuidado.

Percebe-se o enfoque biológico do cuidado de modo transversal nas diversas falas, uma vez que os motivos de busca do serviço ancoram-se principalmente em procedimentos e na doença. O foco da medicina curativa, ultrapassada em termos de políticas, encontra-se cristalizada na compreensão dos sujeitos, no arranjo dos serviços e nas práticas profissionais. No entanto, a reorientação do modelo de atenção à saúde com a implantação do SUS, demanda a ampliação do enfoque do cuidado, para que se garanta a universalização do acesso e a integralidade da assistência.

#### ♦ A organização do serviço como obstáculo à saúde

A organização do serviço de saúde deve proporcionar escuta qualificada e atendimento humanizado, de forma a acolher às demandas da população. Nas falas de alguns entrevistados vê-se que esta dimensão apresenta-se fragilizada:

*A dificuldade é de marcar uma consulta, né? Já faz mais de um mês que eu não consigo marcar uma consulta, quando chega não tem mais vaga. A única coisa que eu tenho pra dizer é isso porque aqui os médicos são bons demais. (J, 68 anos)*

*Dificuldade é grande, por causa do atendimento que é ruim, o atendimento daí é ruim, muito ruim. Você chega lá de 5hs da manhã, quando a minha esposa foi ficou na fila, na hora de pegar a ficha a recepcionista diz que acabou as senhas. Dá duas, três senhas a uma pessoa só, aí fica os outros povo sem senha, aí ela diz é tanta gente com uma quantidade de ficha, aí dá 3 fichas a uma pessoa só, quer dizer fica três pessoas lá atrás que não recebeu aí volta, aí eu não procuro esse posto por isso. (M, 45 anos)*

Alguns autores citam a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, como um dos grandes entraves para gerar a

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

assistência<sup>22</sup> e as barreiras organizacionais como influenciadoras e/ ou geradoras destes entraves.<sup>23</sup> Sendo assim, deve-se investir em uma compreensão multidimensional do acesso, com a atenção aos aspectos sociais e culturais necessariamente presente, na formulação e execução de políticas de saúde.

As fragilidades de acesso são reforçadas na fala de dois usuários, quando ressaltam as dificuldades na resolutividade do serviço, na estruturação da rede de serviços, como também, na gestão do trabalho dos profissionais que compõem esta rede:

*A dificuldade é se não tiver o produto [medicamento, preservativo] para dá a gente, porque aí a gente sai com as mãos abanando. A dificuldade é se tiver uma greve, porque ninguém trabalha sem receber. (G, 36 anos)*

*Tem hora que têm muitas dificuldades, em algumas horas eles dificultam. (A, 36 anos)*

*Agora tem uns exames aí que é pra fazer, sabe, mas já faz 2 meses que eu pejo pra pegar os resultados e cobrar meus exames que não chegou até agora. Se você tem condições de fazer particular e puder levar é melhor. (G. S. 53 anos)*

O caráter multidimensional deve ser motivador para organização dos serviços de modo a possibilitar maior acessibilidade e adequação conforme as necessidades da população, por meio de um acolhimento de qualidade, de forma a legitimar a aceitação desta população.<sup>3</sup>

A fala de G.S (53 anos) remete a uma vertente da acessibilidade, que é a resolutividade das ações dentro da Atenção Primária a Saúde (APS), compreendendo a ESF como um componente importante, dentro da Rede de Atenção a Saúde (RAS). Garantir a realização de exames e procedimentos, dentro da rede, faz parte da garantia de acessibilidade, o qual remete a necessidade de uma organização de todo o sistema, de forma a possibilitar a universalidade do acesso.

As discussões relativas aos avanços e limites são necessárias para a garantia deste acesso dentro da rede SUS, uma vez que os limites estão associados, principalmente, a fatores socioeconômicos e a ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde, que ainda é restrita.<sup>3</sup>

No que se refere à valorização do setor privado em detrimento a rede SUS, o setor privado autônomo, genericamente conhecido como o setor vinculado aos planos de saúde, aparece, em contrapartida, representado no imaginário social, como referência assistencial de melhor qualidade frente aos riscos e

imprevistos dos agravos à saúde. Estratégias de marketing veiculadas através da mídia, sem dúvida, contribuem diretamente para a divulgação da concepção de maior eficiência da atenção médica supletiva, enfatizando sua rapidez e resolutividade.<sup>24</sup>

Um aspecto importante relatado pelos homens refere-se aos motivos das dificuldades de acesso considerando o horário de atendimento no serviço.

*Eu trabalho, tenho que chegar de uma hora, hoje à tarde tá perdida. Se fosse mais rápido o atendimento era melhor. (G.S, 53 anos)*

Uma das perspectivas desta fala remete às formas de trabalho que os homens se inserem que, de certo modo, podem fragilizar esta compreensão do cuidado. Para alguns autores<sup>20,25</sup>, o trabalho é um elemento constituinte das masculinidades. Assim, considerar essa variável na organização e funcionamento dos estabelecimentos de atenção básica em saúde se faz necessário. No entanto, essa ponderação não está relacionada apenas aos homens e, sim, a todas as pessoas inseridas no mercado de trabalho.<sup>17</sup>

Sendo assim, para melhor direcionamento e fortalecimento do cuidado à saúde é necessária à compreensão dos diferentes significados do ser homem e de quais dispositivos do rol de serviços oferecidos pela ESF o indivíduo necessita utilizar.<sup>23</sup>

A organização do serviço e a postura acolhedora dos profissionais são indispensáveis para a estruturação de um serviço adequado às necessidades da população. Ressalta-se a importância da análise sobre os serviços ofertados pela UBSF, verificando se os mesmos estão de acordo com as necessidades da população masculina, uma vez que os entraves de acesso organizacional podem estar presentes por falta de estudo da demanda, do tipo de serviço ofertado, do tempo de espera e das necessidades de agendamento.

Um aspecto relevante quanto ao processo de trabalho nos serviços de saúde, na perspectiva do acesso, relaciona-se à questão de que alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente, se essas forem expressas de formas diferentes daquelas já consagradas no contexto da assistência tradicionalmente femininas.<sup>24,25</sup>

A baixa frequência dos homens no serviço habitualmente é atribuída pelos profissionais como relacionada à resistência dos homens de vir aos serviços. Porém geralmente não se reconhece a baixa inclusão dos mesmos nas propostas assistenciais.<sup>17</sup>

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

Pode-se perceber relativa mudança no padrão de comunicação do Ministério da Saúde, pela inclusão de referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais de educação em saúde produzidos. Contudo, ainda apresenta fragilidades junto ao processo de trabalho das equipes da ESF, em suas produções locais, em virtude de possuir pouca amplitude em termos de ambiência e de promoção a saúde. Percebe-se muito forte marcas pessoais influenciadas pelo imaginário de gênero que são transpostas para o ambiente público/ institucional da saúde, com reforço da feminilização, como no uso de figuras decorativas.<sup>8</sup>

Em razão destes aspectos, os serviços de saúde possuem pouca capacidade de construir uma cultura de acolhimento ao homem e necessitam ainda rever, a ditadura da heteronormatividade na construção da atenção profissional.<sup>26</sup>

O distanciamento do serviço no cotidiano das práticas em saúde do homem evidencia-se nas entrevistas, quando a maior parte dos homens relata que a principal via de acesso às informações é proveniente da mídia, de materiais impressos que lêem e de outros setores.

*Já recebi, pela televisão, cartazes na parede, agente sempre vê e assim vai aprendendo. Pelos profissionais de saúde não. (G, 36 anos).*

A organização do serviço deve contemplar o acesso às ações de educação popular em saúde, a fim de que a população, nesta se inserindo o homem, possa se perceber como integrante do processo de cuidado e que este cuidado denote sentido para a mesma.

#### ◆ Uma proposta para mudança nas práticas em saúde do homem

O cenário de estudo composto por duas equipes, apresentavam formas de trabalho próprias. Em ambas praticamente inexistia o atendimento aos homens, estes sendo registrados apenas no atendimento a pessoas portadoras de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus e os transtornos mentais. Em maioria, o perfil de atendimentos era voltado predominantemente às mulheres em seus diversos ciclos de vida e às crianças.

Os casos esporádicos de homens que vinham ao serviço objetivavam atendimento de demanda espontânea e os agendamos da população masculina, a exceção dos homens com acompanhamento sistemático de DCNT, eram feitos por suas esposas, filhas ou mães que vinham ao serviço realiza-los e na maior parte das vezes, estes não compareciam.

A procura por insumos para esta população também acontecia por meio das mulheres, sejam elas parceiras ou mães, como a procura por preservativos e medicamentos. Poucos acessavam o serviço em busca de imunização e se restringiam aos que tinham obrigatoriedade de atualização do esquema vacinal para admissão em empregos, concursos públicos, estágios ou porque iriam viajar para outros estados. Havia procura mais acentuada de homens para retiradas de pontos e realização de curativos.

A agenda da equipe respaldava o reflexo da predominância feminina na unidade, não havendo horário específico reservado para o homem, nem tampouco flexibilização de receptividade de demanda imediata, em caso de aparecimento dos mesmos, sem agendamento.

A aparência da unidade não a tornava um ambiente neutro para aceção de qualquer indivíduo, mas era sobrecarregado de imagens de flores ou objetos infantis, o que direcionava uma conotação mais feminina e infantil ao ambiente. Havia poucas informações sobre as formas de acesso, horário de atendimento e canais para reclamação de demandas, como disponibilização dos contatos da ouvidoria local e nacional, além de caixa de sugestões.

No processo de trabalho dos profissionais não havia uma escuta ativa e uma compreensão sobre o processo sócio histórico de construção do homem sobre cuidado à saúde e por isso, a fala dos profissionais não valorizava o momento ouro de alguns poucos homens que procuravam o serviço, não os valorizava como sujeitos de direito de sua saúde, de modo que os associava a designação de esposo de alguém, filho de alguém e pai de alguém e não o ser único, com direito de acesso e individualidade.

A invisibilidade do homem também se estendia às visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de saúde que abordavam de forma predominante as mulheres do domicílio, mesmo para saber informações da saúde do homem, mesmo o homem estando no domicílio e sendo a pessoa que abre a porta.

Quanto à busca ativa para a avaliação do estado de saúde, este era camuflado, quando se falava na saúde do homem, uma vez que os profissionais se resignavam em falas de que os homens não gostavam destas coisas, quando na verdade os profissionais não se permitiam refletir sobre os motivos do pouco acesso dos homens aos serviços disponibilizados pela UBSF e acabavam reproduzindo uma barreira, construída de modo social, histórico e

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

cultural, ao processo de trabalho da quase totalidade de profissionais.

A partir desse contexto, algumas estratégias foram pensadas pela equipe e desenvolvidas, entre elas: A criação de um horário específico para o homem no agendamento das equipes, a flexibilização de vagas para atendimentos de demanda espontânea, caso os mesmos viessem à unidade por situações emergenciais, a integração de toda equipe no intuito de melhorar a captação deste homem em momentos-ouro na unidade, como na imunização, na odontologia, na realização de procedimentos ou para informações na recepção, de modo a captá-lo e realizar seu agendamento para consultas posteriores ou para outros serviços disponíveis no cardápio da ESF.

Pensou-se também na disponibilização de preservativos de forma mais fácil e sem necessidade de identificação, como acontecia anteriormente, estando os mesmos disponíveis em todos os corredores da unidade, na recepção, sala de espera e auditório, em sacolas, facilitando assim o acesso aos mesmos.

Como forma de melhorar a ambiência, foram retiradas imagens que direcionavam a grupos específicos. As equipes decidiram tornar o ambiente acolhedor sem infantilismos e feminilização, mas com orientações instrutivas para qualquer indivíduo que procure o serviço.

Como forma de melhorar o acolhimento foram realizadas diversas oficinas que abordaram temáticas como classificação de risco, autocuidado, ética profissional, escuta ativa e trabalho em equipe. A partir de toda esta resignificação, algumas sugestões surgiram para além do estabelecimento da postura acolhedora de todos os profissionais. Foi pensado na responsabilização partilhada e mais direta de todos, através da criação da figura do acolhedor do turno, onde todos os profissionais da ESF se revezam para realizar a escuta e ajudar com orientações os indivíduos que procurassem o serviço.

Cabia ao acolhedor oferecer informações claras, direcionar os indivíduos aos diversos setores da unidade, recepção, imunização, triagem, farmácia. Para tanto também foi pensada na identificação dos mesmos, com uma bata com a inscrição de *posso ajudar?* Como também foi realizada a confecção de um manual de apoio com informações de serviços de referencia, contatos, fluxos por linhas de cuidado e observações gerais. Devido a posturas profissionais, a proposta do

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

acolhedor do turno não se concretizou e o manual não conseguiu ser implementado.

Nas idas e vindas de construção e reconstrução destes caminhos, elaborou-se um folder educativo explicitando aspectos importantes relativos à prevenção e a importância do autocuidado que foram entregues aos ACS a fim de serem distribuídos nas visitas domiciliares aos homens, como forma de captá-los.

A partir de todas estas ações, o acesso dos homens ao serviço aumentou de forma significativa. Anteriormente a média de atendimento a população masculina, via dados da Ficha de registro dos Atos Veiculados a Atendimentos Médicos e não Médicos (AVEIAM) era da ordem de oito semanais, excetuando-se os homens com DCNT, esta média elevou-se para cerca de 20 atendimentos semanais. Ademais, foram implementadas as orientações sobre imunização, cuidados de prevenção e participação em atividades educativas, transversalmente nas salas de espera e demais momentos da atenção à saúde.

A partir da ideia de um dos médicos das equipes, junto aos demais profissionais, criou-se um projeto de saúde no território (PST) voltado a população masculina, durante a *copa de peladas*. Trata-se de um torneio de futebol, que em 2013 agregou homens de toda a zona leste da cidade, durante 15 domingos, dos meses de Setembro a Dezembro. A partir desse evento concretizou-se o projeto *Esporte é Saúde*, onde se realizou orientações de prevenção e cuidados com a saúde, entrega de preservativos, verificação de peso, pressão arterial, cintura e glicemia capilar. Os homens captados nessa ação de saúde eram encaminhados para consulta posterior na unidade, quando necessário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das iniciativas desenvolvidas os homens foram captados e se sensibilizaram para o cuidado com sua saúde, elevando a procura dos mesmos pelo serviço. A mudança das práticas dos homens reforçou a importância da postura acolhedora dos profissionais, através da escuta ativa, como determinante para a ruptura dos paradigmas relativos à baixa procura dos homens aos serviços de saúde ou seu pouco interesse.

A organização do processo de trabalho das equipes da ESF, com a realização de um acolhimento efetivo, compreendido como uma diretriz de trabalho facilitou a adesão dos homens aos cuidados com sua saúde. Associado a estes fatores, a compreensão pelos profissionais e pelos usuários, sobre a

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

influência das questões que envolvem os conceitos de masculinidade nas abordagens de gênero, contribuíram de forma considerável para tornar o acesso do homem tão prioritário quanto os demais grupos.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, Linha de Ação Saúde do Homem, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421/2010 do Ministério da Saúde do Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Silva NEK, Sancho LG. O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013 June [cited 2014 Sept 15];17(45):463-71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200018&lng=en).
2. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.
3. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Sept 15];17(11):2865-75. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en).
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* [Internet] 1995 Mar [cited 2014 Sept 15];36(1):1-10. Available from: [http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting\\_Behavioral\\_Model\\_and\\_Access.pdf](http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting_Behavioral_Model_and_Access.pdf)
5. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Santos FW, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Nov [cited 2014 Sept 15];16(11):4503-12. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en).
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2008 [cited 2014 June 01]. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf)
7. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

- [Internet] 1995 [cited 2014 Jun 01]; 20(2):71-99. Available from: [https://archive.org/details/scott\\_gende\\_r](https://archive.org/details/scott_gende_r)
8. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010 June [cited 2014 Sept 15];14(33):257-70. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en).
9. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Sept 15];19(2):429-38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=en).
10. Gomes R. Organizador. *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
11. Schraiber LB, Figueiredo WS. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: Gomes R. (Org.). *Saúde do Homem em Debate*. 1st ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, v. 1, p. 19-38.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11th ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: cáceres, CF, et al. (Eds.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p.137-52.
15. Valdez T, Olavaria J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: Flasco, 1998.
16. Machado MF, Ribeiro MAT. O discurso de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ* [Internet]. 2012 Apr/June [cited 2014 Sept 15];16(41):343-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2912.pdf>
17. Araújo MG, Lima GAF, Holanda CSM, Carvalho JBL, Câmara AG. Men's health: actions and services in family health strategy. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Oct 13]; 8(2):264-71, Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/5777/pdf\\_4525](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/5777/pdf_4525)

Siqueira FAA, Santos SMP dos.

Saúde do homem: reflexões sobre o acesso em...

18. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

19. Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: *Uma proposta de organização da rede de saúde*. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. [Internet]. [cited 2014 Feb 16]. Available from: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>

20. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 15];16(Suppl 1):935-44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en).

21. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Sept 15];17(11):2923-30. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en).

22. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta paul enferm* [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 Sept 15];20(1):12-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en).

23. Cunha ABO, Vieira LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 Sept 15];26(4):725-37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=en).

24. Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com "alta" cobertura do subsistema privado. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Sept 15];17(11):2913-21. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100008&lng=en).

25. Gomes R, Granja EMS, Honorato EJS, Riscado JLS. Corpos masculinos no campo da saúde: ancoragens na literatura. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Sept 15]; 19(1):165-72. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100165&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100165&lng=en).

26. Nascimento M, Segundo M, Baker G. Juventude, masculinidades e exclusão social: reflexões sobre a saúde dos homens jovens. In: Gomes R, organizador. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 11-128.

Submissão: 13/10/2014

Aceito: 27/07/2015

Publicado: 01/09/2015

#### Correspondência

Sheila Milena Pessoa dos Santos  
Universidade Federal de Campina Grande  
Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde  
Av. Juvêncio de Arruda, 795  
Bairro Bodocongó  
CEP 58100-000 – Campina Grande (PB), Brasil