



ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: ADESÃO DA POLÍCIA MILITAR
INTEGRAL HEALTH CARE FOR MEN'S HEALTH: MILITARY POLICE ADHERENCE
ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL HOMBRE: ADHESIÓN DE LA POLICÍA MILITAR

Thaís Cristina Alves de Abreu¹, Geane Silva Oliveira², Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa³, Macerlane de Lira Silva⁴, Renata Livia Silva Fonseca Moreira de Medeiros⁵.

RESUMO

Objetivo: Identificar os motivos que conduzem os policiais militares à não adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, de campo, exploratório, descritivo, com 181 policiais militares. Utilizou-se um questionário para a coleta de dados e se realizou a análise estatística pelo SPSS, versão 21, apresentados em tabelas valores absolutos e relativos. **Resultados:** casados (73,5%), com filhos (79%), a maioria com ensino médio (59,1%). Desses, 70,7% relataram, também, que as informações ofertadas pelo Serviço de Saúde não são suficientes; 77,9% relataram dificuldade com o atendimento no Serviço de Saúde; 92,3% não conhecem um Serviço de Saúde que oferte um dia na semana ao atendimento dos homens. **Conclusão:** as inferências deste estudo mostraram que o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais dificultando a adoção de práticas de autocuidado. **Descritores:** Atenção Básica; Polícia; Prevenção Primária; Promoção de Saúde; Programa Nacionais de Saúde; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Objective: to identify the reasons that lead military police officers to non-adherence to the National Policy of Integral Attention to Human Health. **Method:** this is a quantitative, field, exploratory, descriptive study with 181 military policemen. A questionnaire was used to collect data and statistical analysis was performed by SPSS, version 21, presented in absolute and relative tables. **Results:** married (73.5%), with children (79%), most with high school (59.1%). Of these, 70.7% also reported that the information offered by the Health Service is not sufficient; 77.9% reported difficulty with care at the Health Service; 92.3% do not know a Health Service that offers one day a week to the care of men. **Conclusion:** the inferences of this study showed that the imaginary of being a man can imprison the masculine in cultural ties making difficult the adoption of practices of self-care. **Descriptors:** Primary Care; Police; Primary Prevention; Health Promotion; National Health Program; Men's Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar los motivos que conducen a los policías militares a la no adhesión a la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, de campo, exploratorio, descriptivo, con 181 policías militares. Se utilizó un cuestionario para la recolección de datos y se realizó el análisis estadístico por el SPSS, versión 21, presentados en tablas valores absolutos y relativos. **Resultados:** casados (73,5%), con hijos (79%), la mayoría con enseñanza media (59,1%). De ellos, el 70,7% relató, también, que las informaciones ofrecidas por el Servicio de Salud no son suficientes; El 77,9% relató dificultad con la atención en el Servicio de Salud; 92,3% no conocen un Servicio de Salud que ofrezca un día en la semana a la atención de los hombres. **Conclusión:** las inferencias de este estudio mostraron que el imaginario de ser hombre puede aprisionar al masculino en amarras culturales dificultando la adopción de prácticas de autocuidado. **Descritores:** Atención Básica; la Policía; Prevención Primaria; Promoción de Salud; Programa Nacional de Salud; Salud del Hombre.

¹Enfermeira (egressa), Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: thaiscristinacz@hotmail.com; ²Mestra, Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: geane1.silva@hotmail.com; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9500-2863>; ³Doutora, Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: ankilmar@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4751-2404>; ⁴Mestra, Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: macerlane@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9231-5477>; ⁵Mestra (doutoranda), Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: renaliviamoreira@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9913-4863>

INTRODUÇÃO

Revela-se que as temáticas relativas ao processo de saúde e adoecimento da população masculina vêm se configurando como um importante e emergente campo de estudos subsidiando debates e reflexões no âmbito da Saúde Coletiva.¹⁻²

Considera-se a doença como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. Acresce-se a isso o fato de que o indivíduo tem medo de que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco a sua crença de invulnerabilidade.³

Aponta-se que o Brasil é o primeiro país da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).⁴ A política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover um novo padrão de desenvolvimento focado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro.⁵

Lançou-se, em 27 de agosto de 2009, a PNAISH, que tem por objetivo 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 por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.⁶

Destaca-se: “Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer”.⁴ O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis, além do tratamento e da recuperação das enfermidades masculinas.⁶⁻⁷

Percebe-se que, na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Assim, em vez de serem atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas de sua casa, eles precisam procurar um especialista, o que gera maior custo para o

Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, sofrimento físico e emocional ao paciente e à sua família.⁸

Alega-se que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho⁹ e uma questão bastante apontada pelos homens, para a não procura pelos serviços de atenção primária, está ligada à sua posição de provedor. É um grande desafio para os profissionais por se tratar de um grupo de indivíduos que raramente procura o serviço de saúde da atenção primária por diversas questões culturais, sociais e pessoais que se embasam na ideia de que o homem é forte e inabalável e a doença não se encaixa nesses padrões estabelecidos pela sociedade.⁶

Sabe-se que a população masculina, em geral, necessita ser inserida dentro das ações de promoção da saúde, porém, a classe dos policiais militares (PM's) merece destaque, uma vez que esses profissionais são responsáveis por manter o bem-estar de toda a população colocando em risco suas próprias vidas, lutando contra a criminalidade, garantindo a segurança e o cumprimento das leis. O trabalho dos PM's exige grande esforço físico e uma boa saúde por terem sempre que manter uma postura íntegra e firme diante das situações que vão surgindo no cotidiano da profissão havendo, então, uma maior probabilidade de doenças ocupacionais.

Expõe-se o policial militar, devido à natureza de sua função, a todo tipo de perigo e ele lida, muitas vezes sob tensão,¹⁰ atendendo às mais diversas formas de ocorrência, com a submissão e o enfrentamento de: vias de fato, violência doméstica, ameaças, furtos, acidente de trânsito com vítima, assaltos à mão armada, tráfico de entorpecentes, conflitos, arrastões, entre outros. Portanto, o policial, no seu dia a dia, está exposto a todo tipo de violência e perigo até mesmo arriscando a sua própria vida. O policial deve estar sempre motivado e com boas condições de trabalho para empenhar suas funções operacionais e administrativas, pois, assim, produzirá mais.

Revela-se que a sociedade exige e necessita de policiais competentes, honestos e comprometidos com os ideários da organização a qual pertencem. Esses profissionais precisam, também, ser acompanhados e melhor avaliados no que tange às suas condições de saúde, principalmente aos aspectos psicossomáticos, onde a variável estresse tem um enorme poder de destruição da capacidade de trabalho dos indivíduos.¹¹

Pretende-se contribuir, pela relevância desta pesquisa, para um melhor entendimento dos militares acerca da PNAISH, seus direitos, a importância da busca dos serviços e que sejam contemplados na atenção básica com ações de promoção da saúde. Isso fará com que haja a adequação dos cuidados com as novas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos agravos evitáveis. Sendo assim, com a busca dos homens aos serviços de saúde, a evolução no atendimento acabará por promover mudanças na postura dessa população.

OBJETIVO

- Identificar os motivos que conduzem os policiais militares à não adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, de campo, exploratório, descritivo, realizado no Alto Sertão Paraibano, Brasil, no período de maio a junho de 2015 com policiais militares incorporados à Polícia Militar do Estado da Paraíba que, atualmente, com 369 militares, destes, 354 são do sexo masculino.

Levantou-se uma amostra por conveniência composta por militares estaduais lotados no Alto Sertão Paraibano.

Constituiu-se, como instrumento de coleta de dados, de um questionário, desenvolvido pelos pesquisadores, baseado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e no perfil sociodemográfico. Tal instrumento foi formulado com 16 questões que respondem, coerentemente, ao objetivo do estudo.

Definiu-se a seleção amostral de forma aleatória simples, na qual se obteve uma amostra de 181 participantes, com confiança de 95% e margem de erro de 5%, por meio de sorteio.

Elencaram-se como critérios de inclusão: profissionais efetivos, que trabalham há mais de um ano e que aceitaram participar da pesquisa. Fizeram parte dos critérios de exclusão: todos os profissionais que trabalham em distritos e cidades vizinhas devido à dificuldade do pesquisador em encontrá-los e os que se encontravam de férias, licença-paternidade ou que, por qualquer outro motivo, não estiveram presentes no momento da coleta.

Criou-se um banco de dados no *Excel* analisando-os no *SPSS* (versão 21). Realizaram-se análises descritivas de frequência, porcentagem, tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Como técnica inferencial, utilizaram-se o Qui-quadrado de aderência (χ^2), o Teste t de *Student* e a ANOVA *one way*. Aceitou-se como estatisticamente significativo um p menor ou igual a 0,05, sendo os dados apresentados em gráficos.

Analisaram-se os dados por meio de uma análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis foram compiladas e analisadas por meio do Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, e apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos.

Aprovou-se a pesquisa pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade Santa Maria sob o número 42497715.7.0000.5180.

RESULTADOS

Apresenta-se, na tabela 1, a descrição dos dados demográficos da amostra.

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos. Cajazeiras (PB), Brasil, 2017.

Variáveis	P
Estado civil	0,01
Solteiro	
Com companheira	
Casado	
Separado	
Filhos	0,01
Sim	
Não	
Escolaridade	0,01
Ensino médio	
Curso técnico	
Graduação	
Especialização	
IDADE	0,01
Entre 24 a 34 anos	
Entre 35 a 44 anos	
Entre 45 a 55 anos	

Média de idade 40,61 (DP = 8,23)

Tabela 2. Descrição dos dados relativos ao trabalho. Cajazeiras (PB), Brasil, 2015.

Variáveis		n	%	P
Tempo de serviço	De 1 a 5 anos	08	4,4	0,05
	De 6 a 10 anos	42	23,2	
	De 11 a 15 anos	28	15,5	
	De 16 a 20 anos	19	10,5	
	Mais de 20 anos	84	46,4	
Carga horária semanal	24 horas	29	16,0	0,05
	36 horas	14	7,7	
	48 horas	74	40,9	
	Mais de 48 horas	64	35,4	
Carga horária de outra atividade	30 a 35 horas	20	11,2	0,01
	36 a 40 horas	04	2,2	
Total		18	100	

Tabela 3. Descrição dos dados relativos ao acesso aos cuidados de saúde. Cajazeiras (PB), Brasil, 2015.

Variáveis		n	%	P
Cuida da saúde	Não	9	5,0	0,01
	Um pouco	46	25,4	
	Razoável	89	49,2	
	Muito	47	20,4	
Afastado por problemas de saúde	Sim	67	37,0	0,05
	Não	114	63,0	
Conhece a política de saúde do homem	Sim	17	9,4	0,01
	Não	96	53,0	
	Já ouvi falar	68	37,6	
	Frequenta serviço de saúde (ss)	Sim	44	24,3
Não		41	22,7	
Às vezes		96	53,0	
Última vez que frequentou serviço de saúde	Menos de 1 ano	98	54,1	0,01
	De 1 a 2 anos	44	24,3	
	De 2 a 4 anos	15	8,3	
	De 4 a 5 anos	4	2,2	
	Mais de 5 anos	9	5,0	
	Não lembra	11	6,1	
Informações ofertadas pelo ss são suficientes	Sim	53	29,3	0,01
	Não	128	70,7	
Dificuldade de atendimento no ss	Sim	141	77,9	0,01
	Não	40	22,1	
Conhece um ss que oferte atendimento para homens em um dia da semana	Sim	14	7,7	0,01
	Não	17	9,3	
Se sim, indicaria o ss para outro homem	Sim	49	27,1	0,01
		44	24,3	
		88	48,6	

Compara-se, na tabela 4, a idade entre as categorias relativas ao acesso aos cuidados de saúde. Verificou-se diferença estatisticamente significativa de média de idade apenas entre aqueles que não conhecem a política de saúde do homem (M = 39,25 anos; DP = 8,14).

Tabela 4. Comparação de idade entre as categorias relativas ao acesso aos cuidados de saúde. Cajazeiras (PB), Brasil, 2015.

		Média de idade		D	P
Cuida da saúde	Não	42,11	9,50	0,94	
	Um pouco	40,26	7,29		
	Razoavelmente	40,67	8,14		
	Muito	40,56	9,47		
Afastado por problemas de saúde	Sim	40,97	8,15	0,66	
	Não	40,41	8,30		
Conhece a política de saúde do homem	Sim	42,58 ^a	8,71	0,05	
	Não	39,25 ^b	8,14		
	Já ouvi falar	42,05 ^a	8,00		
Frequenta serviço de saúde (ss)	Sim	41,65	8,83	0,20	
	Não	38,65	7,98		
	Às vezes	40,97	7,99		
Última vez que frequentou serviço de saúde	Menos de 1 ano	41,92	8,60	0,16	
	De 1 a 2 anos	38,43	7,63		
	De 2 a 4 anos	41,40	5,42		
	De 4 a 5 anos	42,25	9,60		
	Mais de 5 anos	38,66	8,94		
	Não lembra	37,63	8,13		
Informações ofertadas pelo ss são suficientes	Sim	41,18	8,49	0,55	
	Não	40,38	8,14		
Dificuldade de atendimento no ss	Sim	40,65	8,19	0,90	
	Não	40,47	8,47		
Conhece um ss que oferte atendimento para homens em um dia da semana	Sim	44,21	7,99	0,09	
	Não	40,31	8,20		
Se sim, indicaria o ss para outro homem	Sim	43,32	8,00	<0,01	
		43,84	7,93		
		37,50	7,38		

DISCUSSÃO

Encontra-se a maioria dos entrevistados na faixa etária de 45 a 55 anos (42%). Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem estabeleceu, mediante um recorte estratégico da população de homens, foco em homens na faixa de 20 a 59 anos, que correspondem à parcela preponderante da força produtiva e, além do mais, exercem um significativo papel sociocultural e político.⁴

Pode-se observar, quando indagados sobre o nível de escolaridade, que 59% dos entrevistados possuem o ensino médio completo e 22% possuem o nível superior completo. Esses dados corroboram uma pesquisa realizada com policiais militares de dois batalhões do Estado de São Paulo-SP, que teve como objetivo avaliar a percepção de policiais militares da força tática e de rua acerca dos aspectos que permeiam a sua saúde mental, onde 54,2% dos participantes

do estudo apresentavam ensino médio completo e 41,7% tinham o ensino superior completo.⁴

Contribui-se, com o excesso da carga de trabalho, pelo alto contingente do público pesquisado com carga horária acima das 40 horas semanais que, por sua vez, sugere que o número de policiais ainda é reduzido, ou seja, insuficiente para atender à demanda, o que pressupõe a necessidade de novas contratações para sanar o problema de escassez de policiais e a consequente sobrecarga de trabalho para os existentes. Essa sobrecarga possivelmente irá propiciar o surgimento de novas alterações na saúde do homem militar.

Apona-se, quanto ao homem não cuidar da saúde, que uma das justificativas para que os homens cuidem menos de sua saúde diz respeito ao mundo do trabalho. A preocupação em ser o responsável por prover a família, diante de uma sociedade desigual

economicamente, indica que se manter ativo e produtivo nessa sociedade tem um alto preço, inclusive de autodestruição, pelos “altos índices de adoecimento masculino em decorrência do uso de drogas e ou problemas no trabalho”.¹²

Ressalta-se, de acordo com os dados obtidos, que 63% dos entrevistados já se afastaram por problemas de saúde e alguns relataram que o afastamento estava relacionado ao esforço físico no desempenho do trabalho. A dinâmica de produção e relação de atividades laborais tanto pode produzir saúde, bem-estar físico e emocional, como também o inverso. Em estudos realizados, comprovou-se que existe um maior risco pessoal e coletivo de problemas de saúde com policiais militares, pois se trata de uma atividade de cunho ostensivo e que está voltada para a preservação e a manutenção da ordem pública e que não são somente os fatores relacionados com o risco dessa atividade laboral que provocaram os problemas relatados.

Entende-se que a profissão PM contribui para o surgimento de complicações de saúde, como também os fatores físicos, a pressão e até mesmo as cobranças, por ser uma instituição que tem, como base, a hierarquia e a disciplina contribuindo, assim, para que alguns problemas de saúde possam se desencadear.¹³ As atividades desenvolvidas pelos do PM's são desgastantes, pois é uma profissão que lida constantemente com situações de violência e de risco iminentes, o horário de trabalho geralmente é noturno, há horários irregulares para a alimentação, exposição ao sol, ao vento, além da permanência prolongada em posição ortostática, fatores que podem acarretar problemas físicos e emocionais ao profissional, inclusive, com repercussão no convívio familiar e social interferindo na sua qualidade de vida e na sua saúde.¹⁴

Relata-se, quando interrogados sobre o conhecimento da Política de Atenção Integral à saúde do Homem, que 53% desconhecem a existência da mesma. Reportando-se à literatura da Saúde Coletiva e Saúde Pública, verifica-se que a dificuldade do acesso dos homens aos serviços de saúde é tema relevante^{9,16} como um dos objetivos principais da PNAISH.

Necessita-se que as equipes de saúde fortaleçam o vínculo para o atendimento dessa população, tendo em vista que a Atenção Primária à Saúde (APS) - porta de entrada principal aos serviços de saúde - é marcadamente dirigida aos problemas de saúde das mulheres, pois a prevenção e o

cuidado em saúde são socialmente caracterizados como tarefas essencialmente femininas. Essa mesma lógica estrutura os serviços, ações e interlocuções entre profissionais de saúde e usuários reproduzindo relações tradicionais de gênero.^{9,15-6}

Evidencia-se, sobre os militares frequentarem ou não os serviços de saúde, que 24% frequentam os serviços de saúde. Quando chamados a explicitar os motivos que os afastam dos serviços de saúde, além do cuidado ser representado como prática social feminina por excelência, vários homens destacam, como motivos principais, a dificuldade de se ausentar do trabalho nos horários comumente agendados para a consulta e a falta de unidades específicas voltadas ao atendimento dos problemas da saúde masculina.¹⁷ Buscando compreender o que se chama de “invisibilidade” dos homens no cotidiano da APS, partindo-se da perspectiva de gênero, faz-se necessário o conhecimento dos mecanismos do trabalho em saúde que promovem as desigualdades do acesso.²

Acrescenta-se, ainda sobre a última vez que os militares buscaram os serviços, que o estudo mostra que 54% procuraram os serviços de saúde em menos de um ano. Dessa forma, reiteram-se características de uma masculinidade tradicional, baseada na ideia de uma natureza que provê força física inabalável aos homens, predispondo-os naturalmente ao trabalho, de uma forma geral, e a certas atividades laborativas, em particular, as que demandam maior esforço físico.¹⁸ Esclarece-se que a “pouca procura” masculina pelos serviços de saúde não se refere necessariamente a um cálculo da relação oferta-demanda, mas, sim, aos hábitos preventivos que são práticas mais associadas ao mundo feminino.⁴

Expõe-se, no que se diz a respeito às informações ofertadas pelos serviços de saúde, que 70% dos militares afirmam que as informações são insuficientes para solucionar os problemas da saúde do homem. Em 2004, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde objetivando transformar as práticas profissionais, por meio da problematização do processo de trabalho, levando-se em consideração as necessidades de saúde das pessoas, das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.⁴ No entanto, estudo posterior à implantação dessa política revelou que o número de atividades educativas implementadas não é adequado, assim como a porcentagem significativa (31,7%) de profissionais da saúde que não

participaram de nenhuma atividade educativa.¹⁹

Observou-se, ainda, no estudo em questão, que a falta de aperfeiçoamento e capacitação da equipe de saúde deixa de atender às necessidades da população masculina seja ela militar ou comunidade. Esse público-alvo torna-se escasso devido à ausência de profissionais especializados e treinados, porém, é um dos motivos que levam os homens a não procurarem os serviços de saúde. Para além das questões de gênero, pesquisas apontam que podem coexistir outros fatores inerentes ao funcionamento dos serviços de saúde capazes de obstaculizar o acesso dos homens a esses serviços.²⁰ Os homens não se reconhecem como alvo do atendimento de programas de saúde devido às ações preventivas serem, quase que exclusivamente, voltadas para as mulheres e crianças. Esse sentimento provocaria, nos homens, a sensação de não pertencimento àquele espaço.²¹

Obteve-se, ainda sobre as dificuldades no atendimento em saúde enfrentadas pelo homem, o resultado de 70% dos militares que se soma às dificuldades dos homens em demonstrar as próprias necessidades de saúde, uma vez que, ao exporem seus problemas de saúde, revelam uma demonstração de fragilidade, associada à feminização, pondo em risco a sua virilidade e a condição de provedor, aspectos por demais valorizados na construção da masculinidade hegemônica ainda nos dias atuais.¹⁸

Revela-se, no que se diz a respeito aos militares conhecerem serviços de saúde específicos para a saúde do homem, que 92% relatam que não conhecem e 27% dos militares falam que, mesmo sem conhecer, indicariam. O homem percebe a unidade de saúde como um ambiente meramente feminino, embora isso tenha contribuído para a melhoria das condições de vida de boa parcela da população, pois a mulher é historicamente a responsável pela sua família quando se trata de assuntos como filhos, lar e cuidado dos familiares.¹⁹ Assim, a proposta de sensibilizar os homens com relação às suas necessidades de saúde perpassa pela fala do sujeito demonstrando que ações conjuntas com os diversos setores da sociedade pode ser um instrumento valioso para as conquistas de espaços de saúde para a população masculina.²⁰

CONCLUSÃO

Conclui-se que as inferências deste estudo mostraram que o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras

culturais dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois, à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, em uma perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, ao medo e à insegurança e, portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

REFERÊNCIAS

1. Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR. Masculinidades e saúde: produção científica e contexto. In: Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR, organizadores. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM, 2011. p. 11-25.
2. Couto MT, Gomes R. Men, health and public policies: gender equality in question. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2018 June 21];17(10):2569-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/02.pdf>
3. Carrara S, Russo JÁ, Faro LA. The Brazilian national policy for men's health: The paradoxical medicalization of masculinity. *Physis* (Rio J.). 2009;19(3):659-78. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2018 July 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
5. Julião GG, Weigelt LD. Attention to the men's health in family health strategy units. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(2):144-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/217976922400>
6. Leal AF, Figueiredo WDS, Silva GSND. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2607-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>
7. Silva PADS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NUDO, David HMSL. The man's health under the nurses perspective from a basic health unit. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012; 16(3):561-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300019>
8. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gender, morbidity, access and utilization

of health services in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687-707. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.

9. Martins AM, Malamut BS. Brazilian National Policy of Men's Health Integral Care: analysis of its discourse. *Saúde Soc*. 2013; 22(2):429-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>.

10. Nicolau AA. Ensaio sobre o sofrimento psicológico de policiais. FGR em revista, Belo Horizonte [Internet]. 2009 [cited 2018 Apr 18]; 3(4):45-57. Available from: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/20812004/ensaio-sobre-o-sofrimento-psicologico-de-policiais-fundacao>

11. Costa M, Accioly Junior HA, Oliveira J, Maia E. Stress: diagnosis of military police personnel in a Brazilian city. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 [cited 2018 June 21]; 21(4):217-22. Available from: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n4/217-222/pt/>

12. Oliveira KL, Santos LM. The perception of mental health in military police officers of the tactical force and street officers. *Sociologias*. 2010 Sept/Dec; 12 (25). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222010000300009>.

13. Rabasquinho C, Pereira H. Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Aná Psicológica* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 21]; 25(3):439-54. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a10.pdf>

14. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P. Perceived risks and victimization of military and civil police in the public (in)security domain. *Cad Saúde Pública*. 2007 Nov; 23(11):2767-79. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100024>.

15. Borges AA. Police and Health: interview with the Director-General of Health of the Military Police for the State of Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Mar; 18(3):677-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300013>

16. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs*. 2016; 25(23-24):3497-10. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13364>

17. Chapman R, Wardrop J, Freeman P, Zappia T, Watkins R, Shields L. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. *J Clin Nurs*. 2012; 21(7-8):1128-35. Doi:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03939.x>

18. Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AL. Diagnosis of the situation of health workers and the training process at a regional center for professional health education. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009 May/June; 17(3):314-20. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300006>

19. Medeiros RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Difficulties of the man in primary healthcare: the speech of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014; 18 (4):615-21.

<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140087>

20. Gomes R, Nascimento EF. Public health research output related to males and health: a bibliographical review. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5):901-11. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500003>.

21. Machin R, Couto MT, Rossi CCS. Representations of dock workers from Santos-SP concerning the relation between work and health. *Saúde Soc*. 2009 Oct/Dec; 18(4):639-51. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400008>.

22. Araújo MG, Lima GAF, Holanda CSM, Carvalho JBL, Sales LKO. Professional opinion on the effectiveness of the National Policy of Comprehensive Health Care for Men. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014 Oct/Dec;18(4):682-9.

Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140097>

Submissão: 24/07/2018

Aceito: 22/08/2018

Publicado: 01/10/2018

Correspondência

Macerlane de Lira Silva
Rua Ernesto de Sousa Diniz, 409
Bairro Jardim Oásis
CEP: 58900-000 – Cajazeiras (PB), Brasil