

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

SANDRA SUELY MAGALHÃES

**O OLHAR MASCULINO SOBRE O ATENDIMENTO NOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE E A COMPREENSÃO  
DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Goiânia  
2018

SANDRA SUELY MAGALHÃES

**O OLHAR MASCULINO SOBRE O ATENDIMENTO NOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE E A COMPREENSÃO  
DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila

Goiânia

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

M188o

Magalhães, Sandra Suely

O olhar masculino sobre o atendimento nos serviços de saúde e a compreensão do processo saúde-doença[ recurso eletrônico]/ Sandra Suely Magalhães.-- 2018. 65f.;

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Goiânia, 2018

“Orientadora: Profª Drª Vanessa da Silva Carvalho Vila”.

1. Homem. 2. Cuidados pessoais com a saúde. 3. Política de saúde. 4. Serviços de saúde. 5. Serviços de saúde. I.Vila, Vanessa da Silva Carvalho. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 613.97-055.1(043)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

SANDRA SUELY MAGALHÃES

### O OLHAR MASCULINO SOBRE O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

#### BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila  
Presidente da banca – PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe  
Membro Efetivo, Interno ao Programa – PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claci Fátima Weirich Rosso  
Membro Efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza  
Membro Suplente, Interno ao Programa – PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Heliny Carneiro Cunha Neves  
Membro Suplente, Externo ao Programa FEN/UFG

Dedico este trabalho à minha **família**, por acreditar no meu potencial e sempre me oportunizar crescimento profissional.

À minha amada mãe **Alaide** e ao meu irmão **Wendell**. Obrigada pela dedicação e bons exemplos que me incentivaram a ter esperança e força para seguir adiante nos desafios cotidianos.

Aos meus queridos avós, **Adélia** e **Gentil**, exemplos de vida e dedicação, que sempre me apoiaram e ensinaram o caminho da verdade e do amor.

Ao meu esposo **Leandro**, por compreender minhas ausências e grande ansiedade diante das dificuldades. Obrigada pela paciência, pelo amor, pela amizade e cumplicidade.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pois, sem Ele, não teria forças para esta jornada. Seu fôlego de vida é meu sustento e me encorajou a questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

À minha **família**, que sempre me apoiou, incentivou e proporcionou o melhor, em especial, à minha amada mãe, ao meu irmão e meu querido tio Carlos. Ao meu marido, meu companheiro, uma de minhas melhores escolhas, obrigada pela compreensão. Seu amor e equilíbrio me fazem sentir que posso almejar voos mais altos e alcançá-los. Sem você, nada disso seria possível.

À minha orientadora **Prof<sup>a</sup> Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila**, profissional de idoneidade moral indescritível. Obrigada por acreditar na minha capacidade, quando nem eu mesma acreditava, pelo carinho e cumplicidade.

A todos os meus **amigos** da Secretaria Municipal de Saúde de Araçu que foram fundamentais nesta conquista, em especial à equipe da Estratégia de Saúde da Família e as agentes de saúde comunitárias **Cássia e Pauliane**.

Aos **participantes do estudo**, pelo carinho com que me receberam em seus lares e pelo compartilhamento de suas experiências.

Aos demais **professores e professoras do Programa de Mestrado em Atenção à Saúde** da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Aos **meus alunos**, que me incentivam a ser melhor e contribuir para uma enfermagem mais justa e humanizada.

## RESUMO

MAGALHÃES, S.S. **O olhar masculino sobre o atendimento nos serviços de saúde e a compreensão do processo saúde-doença.** 2017. 66p. Dissertação (Mestrado Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2017.

Estudos comprovam que a expectativa de vida dos homens comparando às mulheres é menor em praticamente todas as faixas etárias, e o risco para mortalidade precoce é maior. Os homens são menos interessados e preocupados com sua saúde, tem mais resistência para buscar os serviços de saúde. Eles quase sempre, acessam esses serviços na fase aguda dos agravos. O objetivo do estudo foi compreender a vivência masculina relacionada ao atendimento ofertado nos serviços de saúde e o significado do processo saúde-doença. Trata-se de um estudo descritivo interpretativo, no qual foram entrevistados vinte homens, com idade entre 20 e 59 anos, no período de fevereiro a julho de 2017, em um município localizado na região central do Estado de Goiás, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, nos domicílios e o método de análise de dados foi a análise temática interpretativa segundo Braun e Clarke. Em termos da vivência do atendimento os homens descreveram aspectos positivos e negativos que marcaram os fatores relacionados a busca por atendimento e as dificuldades estruturais desses serviços. Ficou evidente que a busca pelo serviço depende fortemente de aspectos relacionados ao horário de atendimento (de modo que não interfira no horário de trabalho), do acolhimento, da comunicação com os profissionais de saúde. Para a maioria dos homens a saúde é fundamental, traz independência, força, vida, riqueza e tranquilidade. Alguns qualificaram a saúde como bem-estar, como algo que traz ânimo para vida, condição essencial para o trabalhar. Embora mencionem a saúde como a dimensão mais importante da sua vida, essa representação na verdade mostra que o trabalho é o mais importante e a saúde é o elemento que traz para esse homem o seu melhor potencial para o trabalho. A doença foi mencionada como uma sensação muito ruim de que algo não vai bem, que traz dependência, medo de ficar inválido, de não conseguir trabalhar e prover recursos financeiros suficientes para cuidar da família, foi identificada como limitante, e que atrapalha o lazer e, principalmente, no trabalho. Ao descreverem sobre o cuidado com sua própria saúde, verificou-se que a maioria dos homens, apesar de reconhecerem a importância de realizar o check-up anual e cuidar da saúde, justificaram que em função do cansaço do trabalho, da rotina e da vida corrida não o fazem de modo rotineiro. Outros demonstraram preocupação apenas com família e destacaram que o homem gosta de adquirir bens de valores. Os resultados apresentam indicadores para que profissionais, gestores municipais, estaduais e federais conheçam a perspectiva masculina sobre o processo de saúde, doença e cuidado em saúde e, com isso, possam avaliar a adequação das intervenções que tem sido implementadas, assim como, planejar outras intervenções mais eficazes em especial nas ações promovidas pela atenção primária em saúde para a promoção da saúde do homem.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem, Atenção à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Política de Saúde, Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

MAGALHÃES, S.S. **The male perspective on care in health services and the understanding of the health-disease process.** 2017. 66p. Thesis (Master's in Health Care) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2017.

Studies have shown that the life expectancy of men compared to women is lower in practically all age groups, and that the risk for early mortality is higher. Men are less interested and concerned about their health, they are more resistant to seeking health services. They almost always access these services in the acute phase of the injuries. The objective of the study was to understand the male experience related to the care offered in health services and the meaning of the health-disease process. This is an interpretative, descriptive study, in which twenty men, aged between 20 and 59 years, were interviewed in the period from February to July 2017, in a city located in the central region of the State of Goiás, Brazil. The data were collected through a semi-structured home-based interview and the data analysis method was interpretative thematic analysis according to Braun and Clarke. In terms of the care experience, the men described positive and negative aspects that marked the factors related to the search for care and the structural difficulties of these services. It became evident that the search for the service depends heavily on aspects related to the service hours (so that it does not interfere in office hours), the reception and the communication with the health professionals. For most men, health is fundamental, it brings independence, strength, life, wealth and tranquility. Some qualified health as wellbeing, as something that uplifts life, an essential condition for work. Although they mention health as the most important dimension of their lives, this representation actually shows that work is the most important and health is the element that brings to that man his best potential for work. The disease was mentioned as a very bad feeling that something is not going well, that brings about dependence, fear of being disabled, not being able to work and providing sufficient financial resources to care for the family. It was identified as limiting, hindering leisure and mainly work. When describing care for their own health, most men, despite acknowledging the importance of getting an annual check-up and health care, justified that due to fatigue at work, routine and busy life, they do not practice this routinely. Others showed concern only with family and highlighted out that man likes to acquire valuable items. The results present indicators for professionals, municipal, state and federal managers to know the male perspective on the health process, disease and health care and, with that, to evaluate the appropriateness of the interventions that have been implemented, as well as to plan other more effective interventions, especially in primary health care actions for the promotion of human health.

**Key words:** Men's Health, Health Care, Health Services Accessibility, Health Policy, Qualitative Research.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma seleção dos participantes	27
<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas. Araçu, Goiás, 2017 (n=20)	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNAISH</b>	Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
<b>PNAND</b>	Pesquisa Nacional por Amostra a Domicilio
<b>PUC Goiás</b>	Pontifca Universidade Católica de Goiás
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>Aspectos históricos das políticas de saúde do homem no mundo</b>	<b>15</b>
<b>3.2</b>	<b>Aspectos históricos das políticas públicas de saúde do homem no Brasil</b>	<b>18</b>
<b>3.3</b>	<b>Atendimento e cuidado à saúde do homem nos sistemas de saúde</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>23</b>
<b>4.2</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>23</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes</b>	<b>25</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>27</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>29</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise de dados</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>Descrição das características socioeconômicas</b>	<b>30</b>
<b>5.2</b>	<b>O olhar masculino sobre o atendimento nos serviços de saúde e a compreensão do processo saúde-doença</b>	<b>30</b>
<b>5.2.1</b>	<b>A vivência masculina sobre o atendimento nos serviços de saúde</b>	<b>30</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Concepções masculinas sobre o processo saúde-doença</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNCICES</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNCICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada</b>	<b>65</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a minha vida profissional, como enfermeira atuando em uma Unidade Básica de Saúde – UBS e integrante de uma Equipe da Estratégia de Saúde da Família - ESF pude vivenciar e observar no cotidiano de trabalho, a baixa frequência dos homens nos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde - APS. Em nossas ações (equipe ESF) os homens estavam sempre mais ausentes quando comparado às mulheres, esse acontecimento sempre me chamou muito a atenção e me incomodou. Me inquietava também o fato de muitos homens adentrar à UBS e receber em seguida um grave diagnóstico com uma pequena expectativa de vida.

Sempre me perguntava: Por que eles não participam? Será que a postura da equipe tem falhas que os afastam da UBS? Para responder essas perguntas resolvi então a aprofundar a compreensão da ausência dos homens nos serviços de saúde de modo a desvendar quais influências e fatores que contribuem para a ausência destes nos serviços de saúde.

A busca pela qualidade da atenção à saúde do homem na rede de cuidados em saúde, em especial na atenção primária, tem sido objeto de discussão mundial e um desafio, tanto para países desenvolvidos quanto para aqueles em desenvolvimento (GOMES et al., 2011; GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Muitos estudos comparativos entre homens e mulheres têm demonstrado que eles são mais vulneráveis às doenças e morrem mais precocemente, em praticamente todas as faixas etárias (LANDIN, 2013; NUNES et al., 2013; VIERIA et al., 2013; NUNES; BARRADA; ROUQUAYROL, 2006;). No Brasil, em 2010, a taxa de mortalidade na faixa etária de 20 a 59 anos foi 2,3 vezes maior na população masculina, chegando a ser quatro vezes superior entre os mais jovens (MOURA, 2012). Essa diferença sugere que aspectos sociais e comportamentais podem estar relacionados a uma maior probabilidade de homens morrerem nessa faixa etária e representa um importante indicativo para introduzir precocemente ações educativas preventivas na formação da identidade masculina (ROUQUAYROL, 2006).

Para o Ministério da Saúde (2008), os agravos de morbimortalidade dos homens constituem um relevante problema de saúde pública no Brasil, uma vez que a busca pelos serviços de saúde, quando ocorre, está associada a um quadro clínico de morbidade considerado crônico-degenerativo, com repercussões biopsicossociais já presentes na qualidade de vida, além de onerarem significativamente o Sistema Único de Saúde.

Segundo Figueiredo e Scharaiber (2011), os homens relegam suas necessidades de saúde e têm dificuldades para expressá-las, o que faz com que procurem os serviços de saúde com menor frequência em relação às mulheres. Acresce-se o fato das unidades básicas de saúde (UBS) serem espaços destinados, sobretudo, ao atendimento de mulheres, crianças e idosos.

Em geral, os homens apresentam uma situação de saúde desfavorável, que precisa ser reconhecida e enfrentada pelos serviços de saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO; 2012). Para Jesus e Silva (2014), eles propagam a ideia de invulnerabilidade masculina ligada aos processos de adoecimento e não reconhecem suas necessidades em saúde. Esse comportamento faz com que cuidem menos de si, exponham-se mais a situações de risco/violência e adotem comportamentos que comprometem a própria qualidade de vida.

No entanto, a Secretaria Municipal de saúde do município pesquisado reconhece que, apesar da política de saúde do homem ter sido implementada há algum tempo, não há registros de atividades assistenciais de promoção e prevenção à saúde e os projetos direcionados à atenção à saúde do homem encontram-se incipientes. Afirma, ainda, ter ciência da necessidade de debater com profissionais a reorganização das estratégias de planejamento e gestão, a fim de identificar as reais necessidades masculinas e articular, com os diversos atores envolvidos, a implantação das ações de atenção à saúde do homem (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

Assim, é importante compreender a realidade singular masculina no contexto sociocultural para que estratégias de cuidado possam ser desenvolvidas e implementadas, no intuito de aumentar a expectativa de vida dos homens e reduzir as taxas de morbimortalidade por causas previsíveis ou evitáveis nessa população (ESPINDOLA, 2010).

Paralelamente, faz-se necessário ampliar e fortalecer os debates acerca da saúde do homem na fase adulta. Para Ribeiro et al. (2013), há um padrão social hegemônico masculino que influencia comportamentos e dificulta que incorporem medidas preventivas de saúde, o que lhes impõe sérias consequências.

Esse aspecto também foi observado na pesquisa de Arruda e Marcon (2016) a respeito da utilização dos serviços de saúde por parte dos homens. O estudo revelou que eles os procuram apenas diante da necessidade de atenção curativa, o que denota a necessidade de melhor compreender esse comportamento

em distintas regiões geográficas, a fim de contribuir para uma análise desse fenômeno e favorecer o estabelecimento de intervenções mais eficazes de atenção à saúde do homem.

Entender o olhar masculino sobre as práticas de cuidados à saúde poderá evidenciar aspectos que interferem na baixa procura dos homens por esses serviços. Além disso, este conhecimento será uma ferramenta indispensável para identificar as dificuldades e limitações que contribuem para este comportamento e, então, propor medidas que os motivem a procurar por assistência mais precoce e frequente promovendo uma melhor assistência a essas pessoas.

É possível afirmar que muitas foram as transformações ocorridas desde o início da industrialização, o advento da urbanização, a abolição da escravidão e a organização da população provocam alterações nas feições familiares e sociais. O crescimento da economia acelerou o processo de remoção da produção de casa para o mercado, e a influência pelo consumo de bens e serviços, características inerentes ao capitalismo, anteriormente produzidos no espaço doméstico, passa a apertar os orçamentos familiares, e o trabalho assalariado passa a ser um instrumento também utilizado pelas mulheres (OLIVEIRA, 2009).

Bandura e Kohlberg em suas muitas pesquisas estudaram aspectos variados quanto à aprendizagem de papéis masculino e feminino, e ambos descreveram que as diferenças psicossociais entre meninos e meninas são de certo modo absorvidas, desde tenra idade, porque os agentes socializadores influenciam, através de expectativas, atitudes e comportamentos típicos para cada sexo, o que é ser homem ou ser mulher, e do que é esperado, permitido, e consentido para tal. A dicotomia homem-mulher com características e particularidades próprias e mutuamente exclusivas - assumida por pais, familiares, escola, meios de comunicação e sociedade em geral, é incorporada como uma forte formação, através do desenvolvimento humano. Assim, como alertou Biaggio (1976), os desempenhos esperados culturalmente - que os meninos sejam, fortes, competentes, independentes e dominantes, e as meninas dependentes, sensíveis, afetuosas e que suprimam seus impulsos agressivos e sexuais, de algum modo, formam conjuntos de disposições diferentes a serem seguidos (NEGREIROS, CARNEIRO, 2004).

Homens e mulheres inserem-se na vida familiar segundo referenciais de gênero, apreendidos ao longo da vida e que determinam funções socialmente legitimadas (FREITAS, 2009).

Nessa lógica, os papéis masculino e feminino configurariam tipificações do que seria pertinente ao homem e a mulher num dado contexto. Englobam aprovações, restrições e proibições que seriam apreendidas e transmitidas ao longo de gerações e durante o percurso da vida, do bebê ao idoso.

Diante do exposto, o presente estudo intencionou ampliar o conhecimento sobre o olhar masculino em relação ao atendimento nos serviços de saúde e a compreensão dos homens acerca do processo saúde doença. Para tanto, os seguintes questionamentos foram realizados. Qual a visão de homens adultos, de 20 a 59 anos, sobre o atendimento nos serviços de saúde? Qual a compreensão masculina sobre o processo saúde doença?

Os resultados poderão contribuir para que profissionais e gestores municipais, conheçam a opinião masculina acerca do atendimento ofertado nos serviços de saúde e analisem a forma que isso impacta sua procura no serviço de saúde e o entendimento do processo saúde-doença como forma de autocuidado. Essa visão possibilitará a esses profissionais a reflexão seguida de tomada de decisão na áreas apontadas.

Os gestores estaduais e federais também se beneficiarão dos resultados como forma de avaliar a adequação das intervenções implementadas e planejar outras ações mais eficazes para a promoção da saúde do homem. Além disso, evidenciarão desafios assistenciais e organizacionais que demandam a atenção dos serviços de saúde, no sentido de promover práticas integralizadoras do cuidado com foco no fortalecimento da atenção primária à saúde como porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde.

## 2. OBJETIVO

- Compreender a vivência masculina relacionada ao atendimento nos serviços de saúde e o significado do processo saúde-doença.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

Esta seção foi construída por meio da revisão narrativa da literatura científica identificada nas bases de informações científicas e de documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), que descrevem aspectos, políticas públicas mundiais e nacionais relacionadas à saúde do homem, assim como fatores relacionados ao atendimento e cuidado à saúde do homem nos serviços de saúde.

#### **3.1 Aspectos históricos das políticas públicas de saúde do homem no mundo**

Os estudos exploratórios relacionados à temática “homem e saúde” tiveram início na década de 70, nos Estados Unidos. Já na década de 90, essas pesquisas passaram a ser desenvolvidas com ênfase no modelo do ser saudável e do ser doente, levando à reflexão sobre a necessidade de melhor compreender a masculinidade para implementar ações em saúde que abordassem esta parcela da população de forma integral (CARRARA, 2009; BRASIL, 2008; GOMES, 2006; SHARAIBER, 2005).

A Declaração Universal das Nações Unidas afirma, como princípio central, o direito internacional do homem e a sua igualdade em relação às mulheres (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2015). A OMS reconhece haver diferenças entre os fatores que determinam a saúde e o ônus da doença para mulheres e homens e alerta para as especificidades da saúde masculina, bem como para o seu comprometimento em distintas fases do curso da vida (GOMES; NASCIMENTO, 2005; WHO, 2002).

A temática da saúde masculina vem sendo discutida no sentido de compreender os fatores relacionados com as elevadas taxas de morbimortalidade entre homens mundialmente (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011). Em geral, elas decorrem do processo de socialização, em que poder, força e sucesso, considerados atributos notadamente masculinos, favorecem comportamentos que predispõem a doenças e mortes (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; FONTES et al., 2011).

Outros autores assinalam que, sob a perspectiva dos homens, o cuidado com a saúde não é concebido como algo importante (SOUZA et al., 2014; FIGUEIREDO, 2011). Destaca-se que a disparidade de gênero na saúde tem sido pouco reconhecida nacional, regional ou globalmente e recebido pouca atenção daqueles

que elaboram as políticas de saúde. (BAKER et al.,2014). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016 p.01):

para responder às desigualdades de gênero em saúde, o estado de saúde e o comportamento dos homens devem ser reconhecidos como resultante da construção social do gênero e a violência, o contato sexual inseguro, o tabagismo, o consumo de álcool e drogas e as altas taxas de suicídio contribuem para a morte prematura dos mesmos.

Estratégias para envolver os homens nos cuidados à saúde e promover a igualdade de gênero têm sido discutidas internacionalmente no decorrer das últimas décadas. A conferência sobre população no Cairo, Egito, realizada em setembro de 1994, afirmou a necessidade de encorajar os homens a assumirem a responsabilidade em termos de educação, trabalho doméstico, vida familiares, bem como no que se refere à paternidade e ao comportamento sexual e reprodutivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Em 1995, a "Declaração de Pequim" definiu ações para estimulá-los a participar plenamente de todas as atividades em prol da igualdade de gênero. Em 2004, uma importante Conferência das Nações Unidas sobre "O papel dos homens e dos rapazes na consecução da igualdade de gênero" abriu espaço para a discussão de uma série de temas, entre eles: promover a educação baseada na igualdade de gênero; estimular o envolvimento dos homens, na condição de pais, no que se refere à socialização e aos cuidados com as crianças; e incluir homens e rapazes nas políticas de igualdade de gênero e de integração da perspectiva de gênero (HEARN, 2009).

Em relação à instituição das políticas públicas direcionadas à saúde do homem, desde 2008 os governos da Irlanda, Austrália e do Brasil instituíram estratégias com o intuito de amenizar essa dificuldade de acesso e atendimento de homens nos serviços de saúde, tais como: Política Nacional de Saúde do Homem irlandesa (RICHARDSON et al., 2008), Política Nacional de Saúde do Homem brasileira (BRASIL, 2009) e Política Nacional de Saúde do Homem australiana (GARRAN, 2010). Com essas medidas, intencionaram consolidar os homens como um grupo populacional para o planejamento estratégico da saúde (RICHARDSON; SMITH, 2011).

Em 1990, apoiados nas estatísticas sobre a expectativa de vida e morbimortalidade, gestores de saúde pública irlandeses iniciaram e impulsionaram debates para que os homens fossem focalizados, pela primeira vez, como um grupo

específico da população no planejamento estratégico da saúde (DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN, 2008). Este foi, portanto, o primeiro país no mundo a aprovar e implantar uma estratégia nacional voltada à saúde dos homens. Mais tarde, em 2008, o governo irlandês lançou a política de saúde do homem e adotou estratégias para promover o engajamento de toda a comunidade na condução das ações, o que requereu o comprometimento de todos os setores do governo.

Tal política fundamenta-se em uma abordagem psicossocial e busca desenvolver ações direcionadas à saúde dos homens em sinergia com outros departamentos governamentais e diferentes setores. O cuidado em saúde é promovido conforme a abordagem adotada e contempla as relações de gênero. Essa abordagem considera que o estado de saúde dos homens irlandeses é mais do que mera consequência do funcionamento biológico, fisiológico ou genético, mas, também, codeterminado por fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais muito mais amplos, que interferem na forma como os homens se percebem e vivenciam o gênero masculino em uma determinada cultura (RICHARDSON; SMITH, 2011).

A política irlandesa recomenda desenvolver a educação continuada e fornecer suporte aos prestadores de serviços de saúde com vistas à oferta das melhores práticas em saúde aos homens. Recomenda também que a integração entre gênero e saúde masculina seja incentivada por meio de cursos relevantes de graduação e pós-graduação e da provisão de treinamento profissional em saúde masculina para os profissionais de saúde (RICHARDSON; CARROLL, 2009; 2008).

Em 1996, o governo australiano apresentou um rascunho da Política Nacional de Saúde do Homem, a qual, embora inicialmente bem recebida pelas partes interessadas, nunca foi implementada sob algumas justificativas, sobretudo ausência de uma rede de saúde masculina coesa. No entanto, em 2010, após amplas discussões e debates, esta política foi instituída (HOLDEN; LIN, 2012).

Já o governo brasileiro criou a Rede Nacional de Saúde e Hospitais, com base na qual foi desenvolvida a política pública direcionada à saúde do homem. Trata-se de uma medida elogiada por seu foco nos determinantes sociais e em virtude do reconhecimento dos papéis dos homens na sociedade. Obteve apoio por meio de financiamento significativo para áreas de trabalho, incluindo pesquisas na temática saúde masculina (BAKER, 2015).

Entre os aspectos importantes contemplados por esta política estão o reconhecimento dos desafios específicos de saúde enfrentados no país como barreiras

de acesso e a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde. O foco reside em engajá-los no cuidado com a própria saúde, sensibilizá-los para problemas de saúde evitáveis e divulgar documentos de apoio/informações sobre diversos aspectos da saúde masculina, como rotinas e comportamentos reprodutivos saudáveis, bem como dicas e estímulos ao autocuidado. A política direciona-se para homens de todas as idades e preconiza que o cuidado com a saúde seja iniciado precocemente (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE; 2010). Para formular e implementar tal política, que também defende a equidade de gênero, foram consideradas as singularidades entre homens de diversas origens ocupacionais, socioeconômicas, culturais, idades, assim como as percepções de indivíduos inseridos em distintos grupos populacionais, marginalizados e vulneráveis (MISAN, 2013).

### **3.2 Aspectos históricos das políticas públicas de saúde do homem no Brasil**

No Brasil, as primeiras iniciativas para discutir relações sócio-históricas entre homens e mulheres decorrentes das desigualdades de gênero datam dos anos 80. A proposta de uma Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem ganhou destaque no cenário nacional durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 2007. Em 2009, tal política foi publicada, e o processo de elaboração e implantação ocorreu de maneira contrária às políticas de saúde das mulheres, que resultam da mobilização histórica de grupos feministas, ou seja, a referida política foi desenvolvida mediante uma decisão política governamental (COUTO; GOMES, 2012; MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

O país foi o primeiro da América Latina e o segundo do mundo a implantar uma política pública direcionada para as questões masculinas (DALLARI, 2014). Os objetivos centrais residiam em melhorar o acesso e a relação dos serviços de saúde pública com os homens, de modo a reduzir a morbidade e mortalidade por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação do acesso, sobretudo para aqueles na faixa etária dos 20 a 59 anos (BRASIL, 2009). No entanto, com esta medida, objetiva-se também: cuidar de uma parcela populacional que representa metade da força de trabalho do Brasil, reduzir gastos no setor saúde, uma vez que os homens procuram os serviços de saúde quando já se encontram com a doença instalada e, portanto, quando necessitam de serviços mais complexos e mais caros, e encorajar que desenvolvam o autocuidado (ANDRADE; MONTEIRO, 2013).

Portanto, compreender as barreiras socioculturais e institucionais é importante para propor estratégias capazes de favorecer o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção, o que torna essa política de grande importância no contexto da saúde masculina.

Para efetivar a PNSH, o Ministério da Saúde lançou, em 2009, o plano de ação nacional, com o objetivo de subsidiar gestores e profissionais de saúde nesse processo. Esse plano recomenda estratégias, ações e metas correspondentes que permitem priorizar a cobertura ao grupo populacional composto por homens de 20 a 59 anos de idade, em um contingente de 52 milhões de brasileiros (BRASIL, 2009).

O plano busca estimular o autocuidado e o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os brasileiros. Nessa lógica, reafirma o papel da paternidade e intenciona engajar homens nas ações de planejamento reprodutivo e no acompanhamento do pré-natal de suas parceiras, assim como nos cuidados necessários ao crescimento e desenvolvimento da criança. Com isso, possibilita a todos melhor qualidade de vida, vínculos afetivos saudáveis e medidas de cuidado específicas para a prevenção de doenças (BRASIL, 2017; PINHO; SOUZA, 2016).

Após três anos da implantação da política nacional de saúde do homem no Brasil, estudo apresentou os resultados de uma investigação desenvolvida em dez municípios selecionados aleatoriamente. Essa pesquisa mostrou que o compromisso dos municípios com o fortalecimento da PNAISH ainda é bastante tímido, embora algumas ações já estejam sendo desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde dirigidas às reais necessidades dessa parcela populacional (BRASIL, 2013).

Estudo desenvolvido por Pereira e Nery (2014) com gestores de sete UBS na Bahia também demonstrou que a implementação da PNSH é muito tímida, ou seja, ainda não há uma estratégia bem formulada, um plano de ação consolidado, para estruturar a atenção integral à saúde do homem no município.

Observa-se que, apesar do pioneirismo brasileiro na implementação da PNAISH, a falta de participação dos homens nos debates e nas decisões para sua formulação comprometem o êxito das ações (ANDRADE; MONTEIRO, 2013).

Leal, Figueiredo e Silva (2012) reconhecem que sempre haverá uma distância entre a formulação e a implementação de qualquer política ou programa. Em um estudo realizado pelos referidos autores foi identificado que quanto à implementação

da PNSH houve ênfase em abordagens na integralidade do cuidado em algumas regiões, enquanto em outras foram feitos esforços no sentido de ampliar apenas a realização de exames de câncer de próstata.

Apesar do caráter inovador, a PNAISH ainda se apresenta como um projeto em construção. A análise de alguns dos discursos que se afirmam em seu texto e a compreensão do contexto histórico-social em que ela foi gerida aponta para lacunas e pontos de silenciamento que parecem esconder interesses e objetivos, ainda não explicitados. Observa-se que a nova política foi implantada vem abrindo pouco espaço para participação dos homens nos processos decisórios e deliberativos (MARTINS, MALAMUT, 2013).

### **3.3 Atendimento e cuidado à saúde do homem nos sistemas de saúde**

Encontra-se bastante disseminada a ideia que as UBS oferecem serviços destinados quase que exclusivamente a mulheres, idosos, crianças e adolescentes, o que evidencia uma lacuna de assistência que priorize a prevenção de agravos à saúde masculina (FIGUEIREDO, 2011; BRITO, 2010).

Alexandre e colaboradores (2011) identificaram que, apesar da instituição da PNSH, os homens ainda estão muito distantes dos serviços de saúde, em especial da atenção básica. Segundo esses autores, a União, os Estados e os municípios brasileiros são os responsáveis pela não efetivação desta política.

As relações entre modelos de masculinidade e cuidados de saúde vêm ganhando destaque cada vez maior no âmbito da saúde pública (GOMES et al., 2008; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; COSTA, 2003). Válido mencionar que o modelo hegemônico de ser homem, além de influenciar no seu autocuidado e dos outros, traz implicações diretas para a saúde masculina. Nesse sentido, este modelo tem se estruturado como uma barreira cultural entre o homem e o cuidar de si nas medidas preventivas (GOMES, 2003).

A resistência do homem em se cuidar decorre das variáveis culturais interligadas aos estereótipos de gênero que permanecem presentes em nossa cultura. Ser homem estaria relacionado à ideia de invulnerabilidade, força e virilidade (GOMES, 2008) e, portando, cuidar de si não é visto como uma atribuição masculina, mas sim feminina (CUNHA; REBELLO; GOMES, 2011). Esse pensamento pode, entre outros aspectos, fazer com que eles se coloquem em situação de vulnerabilidade.

O cuidar de si é a atividade do indivíduo orientada para um objetivo. Trata-se de uma ação executada em situações nas quais ele desenvolve, para si mesmo ou com o intuito de regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, da saúde e do bem-estar. Essa ação tem como propósito e fundamenta-se em um cuidado à saúde segundo um modelo compreensivo e abrangente, que contribui para o desenvolvimento humano (BIBIANO, 2016).

Sob tal lógica, deve-se tornar o mais próxima possível a relação entre o usuário e profissional, a fim de possibilitar ações terapêuticas horizontalizadas, mais compartilhadas, e promover a autonomia e a corresponsabilização do usuário no que diz respeito ao seu estilo de vida (CONCEIÇÃO, 2016).

Segundo Schraiber et al., (2010), os profissionais de saúde precisam reconhecer que os homens apresentam necessidades específicas, pois, em geral, procuram por assistência somente em condição curativa, dor aguda ou doença já instalada. Albano e colaboradores (2010) também enfatizam a necessidade de rever o modelo de assistência e sugerem que os profissionais de saúde utilizem abordagens acolhedoras e atrativas para ampliar a presença de homens nos serviços de saúde.

Para Gomes e colaboradores (2012), os serviços e os profissionais necessitam incluir a saúde do homem em suas práticas cotidianas, para que se promova uma atenção integral, sob uma perspectiva relacional de gênero.

Os fóruns de discussões sobre a saúde e o autocuidado de homens tanto nos meios acadêmicos quanto nos espaços de gestão dos serviços de saúde destacam, entre outros aspectos, a necessidade de investigar fatores que, em maior ou grau, os distanciam de tais serviços e implementar medidas para acolhê-los. Além disso, reiteram a importância da instrumentalização dos profissionais da área (MEDEIROS; 2013) e da criação de estratégias para a implementação da política nacional de atenção à saúde do homem, definida em 2008 pelo Ministério da Saúde, cujos objetivos perpassam pela promoção da saúde e prevenção de doenças na clientela masculina (BRASIL, 2008).

Estudo realizado por Cavalcanti (2014) concluiu que a ESF não avançou como deveria no que diz respeito à eficiência do acolhimento de homens e ainda não conseguiu oferecer um atendimento humanizado e integral, capaz de contribuir para a captação e adesão da população masculina nos serviços de saúde. Acredita-

se que a capacitação permanente dos profissionais seja uma via para alcançar essa mudança e melhorar o acolhimento a esse público tão singular, por meio de um atendimento humanizado. Com isso, busca-se a resolutividade na assistência, o que, certamente, trará resultados positivos e possibilitará maior inserção da população masculina nos serviços de saúde e mais estímulos às práticas de autocuidado.

## **4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Para descrever e compreender a perspectiva masculina sobre o atendimento nos serviços de saúde, o processo saúde-doença e os cuidados com a própria saúde, optou-se por desenvolver um estudo descritivo-interpretativo (THORNE, 2008; THORNE, KIRKHAM, O'FLYNN-MAGEE, 2004). Esse tipo de investigação permitiu explorar a realidade e identificar similaridades entre as experiências vivenciadas pelos homens acerca do tema. Além disso, possibilitou apreender características e padrões, bem como especificidades do fenômeno estudado, o que poderá subsidiar o planejamento do processo de gestão do cuidado em saúde do homem (THORNE, 2008; KIRKHAM, O'FLYNN-MAGEE, 2004).

### **4.2 Local da pesquisa**

Participaram deste estudo usuários cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde de um município localizado na região central do estado de Goiás, Brasil.

Há, no referido município, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que desenvolvem ações com o objetivo de organizar a rede de cuidados do SUS e assegurar o acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde.

No ano de 2010, a população masculina deste local foi estimada em 1.052 homens, os quais têm acesso aos serviços assistenciais de saúde por meio da atenção básica, em especial nas unidades básicas de saúde em nível primário, e hospital municipal.

Quando necessitam de assistência no nível terciário, a porta de entrada é o hospital municipal, onde os pacientes são estabilizados e referenciados para uma unidade de maior complexidade, conforme preconizado pela hierarquia do SUS. O município disponibiliza também um posto de coleta de exames laboratoriais de baixo custo e uma sala de raio X, ambos em funcionamento restrito, exclusivamente em horário comercial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

As consultas especializadas e os exames complementares de alto custo seguem um sistema de regulação de vagas coordenado pelo Departamento administrativo da Secretaria Municipal de Saúde e são pactuados com outros municípios. A cidade oferta

100% de cobertura no âmbito da estratégia saúde da família, em todo seu território geográfico (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Em 2011, as duas UBS existentes no município implantaram a Política Nacional de Saúde do Homem, com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina. Para tanto, fortaleceram ações para que os homens acessassem os serviços de saúde do município com maior frequência por meio das unidades básicas de saúde e participassem dos programas de prevenção e promoção ofertados, tais como grupo vida saudável, grupo de apoio ao cessamento do tabagismo, grupo Hiperdia, atenção à saúde bucal, imunizações, entre outros. No entanto, o município enfrenta dificuldades para operacionalizar a política em decorrência do déficit de recursos materiais e humanos, para realização dessas atividades (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município está distribuída em três unidades assistenciais de saúde: hospital municipal, estruturado para o atendimento de emergências e internações de menor complexidade durante 24 horas, e duas UBS que, conforme mencionado anteriormente, funcionam em horário comercial.

As unidades são individualizadas, ou seja, não compartilham estrutura física com outros serviços de saúde e funcionam em diferentes endereços. Ambas possuem equipes compostas por enfermeiro, odontólogo, médico, técnico de enfermagem, nutricionista, profissional de educação física, fisioterapeuta e agente comunitário de saúde. Essas equipes se subdividem em 11 microáreas para ofertar 100% de cobertura aos munícipes residentes tanto na zona urbana quanto rural. As unidades têm como objetivo acompanhar a população, por meio do agente comunitário de saúde (ACS), um importante elo entre a comunidade e a unidade básica de saúde, responsável por promover a integração entre famílias e profissionais que compõem a equipe.

Importante ressaltar que as equipes trabalham com uma população adscrita, ou seja, vinculada à UBS, conforme recomendação da Política Nacional de Atenção Básica. Atualmente, cada equipe atende, em média, 2.500 pessoas (BRASIL, 2017).

Na unidade básica de saúde onde eram assistidos, acompanhados, os participantes deste estudo estavam implementadas as seguintes medidas direcionadas à saúde masculina: consulta agendada e demanda espontânea (pacientes que não estão agendados, mas necessitam de atendimento médico, de enfermagem ou odontológico), grupos que atuam na promoção de saúde, grupo vida

saudável, que incentiva mudanças de hábitos alimentares e prática regular de atividade física, grupo de apoio ao cessamento do tabagismo e grupo de acompanhamento a hipertensos e diabéticos.

Das 11 microáreas existentes no município, cinco estavam sob responsabilidade da UBS onde eram atendidos os participantes deste estudo. Dessas, três localizam-se na zona urbana e duas na rural. A população assistida nessa unidade é composta, predominantemente, por adultos-jovens, com renda familiar mensal entre dois e três salários mínimos, residentes em casas construídas com tijolos, onde há abastecimento de água tratada, energia elétrica, ruas pavimentadas, coleta de lixo, mas não existe rede de esgoto. O Índice de Desenvolvimento Humano do município (IDHM) foi, em 2010, de 0,693. Já o PIB per capita chegou a R\$11.779,61 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Atualmente, estão cadastrados nesta UBS 674 homens na faixa etária de 20 a 59 anos (e-SUS AB/ SMS, 2018).

A escolha do campo deu-se na visita na Secretaria Municipal de Saúde, quando se identificou estrutura física que permitisse ao pesquisador compartilhar, ao mesmo tempo, o espaço físico com os ACS que dariam suporte à pesquisa. Após seleção da unidade a ser estudada, solicitou-se o acesso ao campo de investigação, formalizando o pedido de autorização para o início dos trabalhos na Municipal de Saúde. Foi entregue ao referido departamento cópia do projeto de pesquisa para análise e deliberação. Dias após, obteve-se o consentimento para a realização da pesquisa.

Optou-se por desenvolver o estudo nessa unidade, por estar localizada na periferia e atender pessoas de menor nível socioeconômico, a grande maioria usuários exclusivos do SUS.

### **4.3 Participantes**

Os participantes do estudo foram homens que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade entre 20 e 59 anos, usuários do Sistema Único de Saúde, cadastrados na Equipe de Saúde da Família e residentes na área urbana. Justifica-se a decisão de investigar a perspectiva de homens nesta faixa etária por representarem a parcela mais significativa da força produtiva no país, com alto índice de mortalidade e comprovada baixa procura pelos serviços da Atenção Primária à Saúde - APS (CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Foram excluídos os homens que mudaram de cidade e que não apresentavam condições clínicas, físicas e/ou mentais para participar da entrevista.

A estratégia para recrutamento dos participantes teve início a partir de um contato inicial entre a secretária municipal de saúde do município e pesquisadora na sede da SMS para informá-la sobre o objetivo da pesquisa e importância de seu apoio como fator fundamental para coleta de dados. A mesma emitiu uma carta de autorizando a pesquisa no município. Daí a pesquisadora contatou a enfermeira da UBS informando-a sobre o interesse em desenvolver a pesquisa na área onde a UBS está situada.

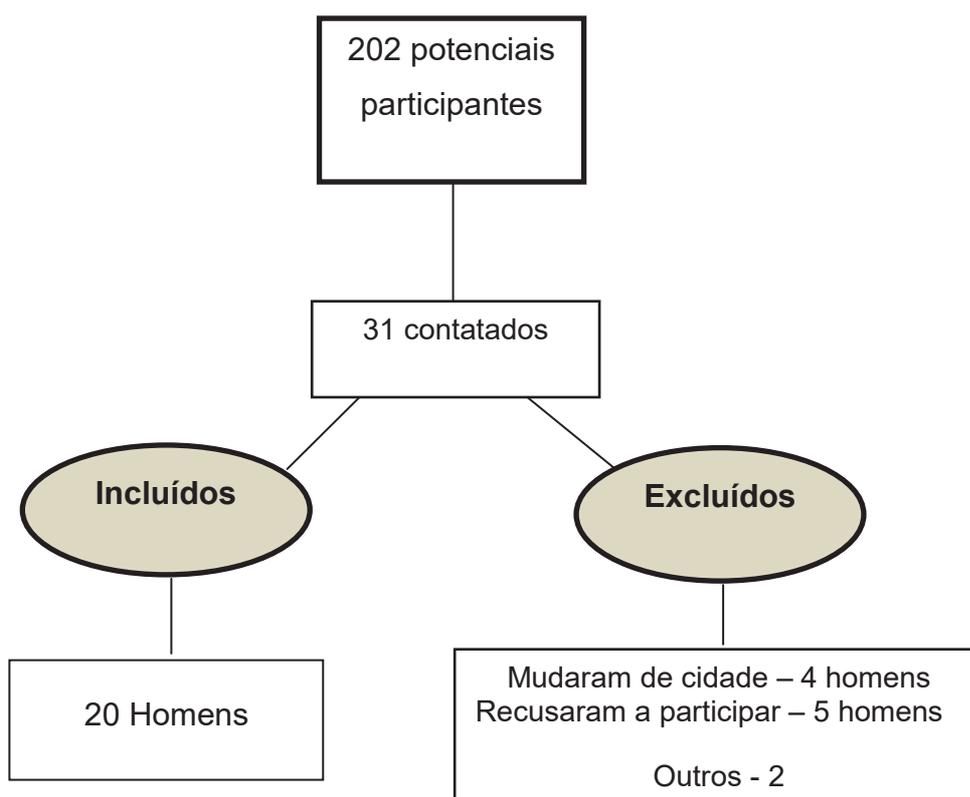
Posteriormente foi feito um contato entre pesquisadora/enfermeira/agente comunitária de saúde. Após esse momento as três ACS elaboraram uma lista contendo os nomes de todos os usuários homens cadastradas no sistema de informação em saúde E-sus da UBS em estudo. Elas identificaram 202 homens que atendiam aos critérios predefinidos. A lista foi entregue a pesquisadora que a digitou no programa *Microsoft Excel* e, em seguida, construiu-se um banco de dados organizado com os nomes completos e as datas de nascimento dos potenciais participantes. Para estabelecer a ordem sequencial de contato, uma segunda lista foi gerada pelo programa, utilizando o recurso de definição de uma sequência aleatória, que passou, então, a ser a lista de contato sequencial numérica.

A partir daí iniciou-se o contato com os possíveis participantes. As ACS informavam a pesquisadora acerca do melhor horário para visitar estes homens. A abordagem do participante era feita somente pelo pesquisador sem a presença do ACS. Caso ele aceitasse o convite para participar do estudo era aplicado o TCLE e a entrevista era realizada naquele momento ou agendado um horário disponível para tal. Caso houvesse recusa, a pesquisadora realizava o contato com o próximo participante da lista.

Adotou-se o procedimento de amostragem por conveniência e saturação teórica das informações. Essa etapa foi conduzida de modo processual, mediante o processo simultâneo de coleta e análise preliminar dos dados (O'REILL; PARKER, 2012). Na pesquisa qualitativa, a suficiência da amostra é definida pela profundidade dos dados, em vez de frequência, e, portanto, as amostras devem ser compostas pelo número de participantes que melhor represente o tema da pesquisa (MORSE et al., 2002). Assim, definiu-se o tamanho da amostra deste estudo de modo coletivo, com base nas avaliações dos pesquisadores envolvidos no processo de coleta e análise preliminar dos dados qualitativos.

A pesquisadora fez contato com 31 homens, dos quais seis foram excluídos pelos seguintes motivos: quatro haviam mudado de cidade, um estava preso e outro não apresentava condições psicológicas para participar do estudo. Outros cinco indivíduos se recusaram a participar, alegando, por exemplo, timidez. Ao final, participaram do estudo 20 homens (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxograma seleção dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

#### 4.4 Coleta de dados

O período de investigação/observação de campo deu-se entre os meses de fevereiro e julho de 2017. As atividades foram registradas diariamente em diário de campo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas, face a face e em profundidade. Elas foram conduzidas pela investigadora principal, após treinamento e sob supervisão da orientadora.

Essas entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes, conforme suas preferências, no horário entre 17h30 e 20h30, de segunda a sexta-feira, após seus horários de trabalho. Para desenvolvê-las, foram elaboradas as questões

norteadoras que investigavam a experiência masculina acerca do atendimento nos serviços de saúde, do processo saúde-doença e do cuidado com a própria saúde, são elas: *Conte-me como você percebe o atendimento aos homens nos serviços de saúde dessa cidade? Para você, o que significa saúde? Para você, o que significa adoecer? Como você cuida de sua própria saúde?*

As entrevistas foram registradas com auxílio de um gravador digital, mediante autorização dos participantes, posteriormente convertidas para o formato MP3 e transcritas pela pesquisadora. O tempo de duração variou de 25 minutos a 1h05 minutos.

Um dos principais desafios para coletar os dados foi a restrição de horários dos participantes que, em sua maioria, estavam disponíveis apenas após as 17h.

Além disso, apesar da experiência da pesquisadora em lidar com essa população, por ter atuado durante 11 anos na ESF, verificou-se, ao longo do processo de coleta, a necessidade de estabelecer um diálogo claro, objetivo e direcionado para os homens, para que se sentissem acolhidos. Nesse sentido, observou-se o comportamento apreensivo e tímido de alguns, assim como relevante dificuldade para expressar opiniões e se comunicar com a pesquisadora, o que demandou a realização de, pelo menos, uma segunda entrevista com cinco participantes. Por este motivo, foram realizadas 25 entrevistas no total.

#### **4.5 Aspectos éticos**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob o protocolo de apreciação nº 1.345.313 (ANEXO A). Para preservar a identidade dos participantes, foram utilizados códigos indicativos, representados pela letra P seguida do número do participante e da respectiva idade (ex: P1, 57 anos). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) no momento em que aceitaram o convite para participar do estudo.

#### **4.6 Análise de dados**

Realizou-se a análise temática interpretativa mediante um processo contínuo

e simultâneo à coleta de dados, por meio das seis etapas descritas por Braun e Clarke (2006): familiarização com os dados, identificação dos códigos, agrupamento dos códigos em núcleos temáticos, revisão dos núcleos temáticos, definição e nomeação final dos núcleos temáticos, elaboração da descrição e interpretação dos significados expressos pelos participantes em cada núcleo.

As transcrições foram manualmente codificadas e reduzidas ao menor número possível de códigos. Os membros da equipe de pesquisa realizaram, em conjunto, a verificação e a definição dos códigos finais, que foram agrupados em núcleos temáticos e possibilitaram apreender a perspectiva masculina sobre o atendimento e cuidado em saúde.

As ferramentas principais foram a interpretação e comparação, que permitiram destacar as semelhanças e diferenças e, assim, obter conclusões que foram contrastadas e contextualizadas com outros estudos e com a experiência dos pesquisadores.

Foram utilizados dois critérios para assegurar a confiabilidade da análise dos dados: (1) gravação das entrevistas e checagem das transcrições pela mestranda e orientadora (2) conferência dos códigos e núcleos temáticos pelos membros da equipe de pesquisa, ao longo de todo o processo de análise dos dados.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta seção serão apresentadas as características socioeconômicas e os respectivos núcleos temáticos relacionados ao olhar masculino sobre o atendimento no serviço de saúde e a respeito do processo saúde-doença.

### **5.1 Descrição das características socioeconômicas**

Participaram do estudo 20 homens, entre 20 e 59 anos. Nove tinham entre 50 e 59 anos de idade (45%), 14 se declararam casados (70%), 19 afirmaram possuir emprego (95%) e 15 residiam em moradia própria (75%). Dez pessoas tinham tempo de escolaridade entre um e quatro anos (50%) que, no Brasil, corresponde ao ensino fundamental incompleto. Dez informaram serem evangélicos (50%). A renda mensal familiar variou de um a três salários mínimos (conforme Tabela 1, a seguir).

### **5.2. O olhar masculino sobre o atendimento nos serviços de saúde e a compreensão do processo saúde-doença**

Por meio da análise temática interpretativa foram identificados dois núcleos temáticos que possibilitaram compreender a vivência dos homens em relação ao atendimento nos serviços de saúde e suas concepções sobre o processo saúde-doença. Tratam-se de núcleos que, apesar de descritos separadamente, evidenciam uma complexa inter-relação entre os significados expressos por homens em termos da vivência dessa experiência.

#### **5.2.1 A vivência masculina sobre o atendimento nos serviços de saúde**

Neste núcleo temático foram descritos aspectos relacionados às percepções dos homens sobre o atendimento, os fatores relacionados ao distanciamento dos homens e as dificuldades estruturais dos serviços de saúde.

Verificou-se que os homens, ao descreverem a experiência de atendimento no serviço de saúde, citaram os espaços assistenciais da UBS e do hospital. Embora a maioria tenha afirmado não frequentar regularmente esses serviços, muitos foram capazes de relatar a experiência e pontuar algumas observações sobre o atendimento prestado a familiares e amigos.

**Tabela 1** – Distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas. Araçu, Goiás, 2017 (n=20)

<b>Características socioeconômicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 29	07	35
30 a 39	04	20
50 a 59	09	45
<b>Situação conjugal</b>		
Casado	14	70
União estável	01	5
Solteiro	05	25
<b>Ocupação</b>		
Trabalhador de serviços de limpeza	16	80
Servente	02	5
Cabeleireiro	01	10
Desempregado	1	5
<b>Renda Mensal Familiar (em salários mínimos)</b>		
Menor que 1 salário mínimo*	01	5
Entre 1 a 2 salários mínimos*	16	80
Entre 3 a 4 salários mínimos*	03	15
<b>Escolaridade (em anos)</b>		
1 a 4	10	50
5 a 8	04	15
>8	06	35
<b>Crença Religiosa</b>		
Católico	07	35
Evangélico	10	50
Nenhum	03	15
<b>Moradia</b>		
Própria	15	75
Alugada	04	20
Cedida	01	5

\*Base: salário mínimo referente aos meses de fevereiro a julho de 2017, correspondente a R\$ 937,00

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Alguns qualificaram o atendimento como resolutivo, rápido e com boa estrutura. Descreveram os profissionais como atenciosos, que escutam, conversam, tratam com atenção, carinho e dão liberdade para que o paciente se sinta à vontade para relatar suas queixas. Destacaram a postura respeitosa, atenta e o atendimento igualitário entre homens e mulheres. As falas a seguir expressam essa percepção:

[...] não vou muito lá [na unidade de saúde] [...] quando fui, o atendimento era bom! O médico me recebeu bem eu achei bacana! [...] eles tratam a gente com carinho! O médico que me atendeu conversa com a gente! Dá atenção! Ouve! [...] A gente chega, os funcionários tratam a gente bem, com carinho [...] toda vez que que minhas netas vão [na unidade de saúde] elas são bem atendidas! **(P3, 53 anos)**.

[...] eu acho o atendimento bom, normal [...] não achei nada de diferente! [...] o dia que eu consultei, a gente entra lá e eles tratam a gente bem! Faz o necessário! Pesa na balança, mede a pressão! [...] eu não vou muito lá!! [...] quando eu vou lá pra atendimento, nunca tive problema! O atendimento tanto das meninas [...] da recepção como o dos médicos, toda equipe da área de saúde sempre me atenderam bem! **(P4, 43 anos)**.

[...] todos tratam a gente bem! [...] são bem atenciosos, conversam! Quando vê que a gente não tá bem, já passam logo para o médico! Quando fui lá [hospital] com a pressão alta de madrugada, cheguei lá bem mal, e me atenderam bem rápido. **(P12, 41 anos)**.

Sempre fui bem atendido! Os funcionários são atenciosos comigo! Eles conversam riem... às vezes, até contam piada! Eles trabalham bem!!! Tem cuidado com as pessoas! [...] foram na casa do meu pai vacinar ele da gripe porque ele não podia ir lá! Isso é preocupação com a saúde das pessoas. Eu vejo que aqui (no município), a equipe da saúde tenta trabalhar certinho! Isso é bom pra todo mundo! **(P18, 36 anos)**.

Avaliar a satisfação dos usuários é estratégico para melhor adequação dos serviços às suas demandas, pois um serviço de saúde acolhedor permite que os pacientes exponham suas angústias e atua para amenizá-las. Essa satisfação verbalizada pelos entrevistados no presente estudo também foi descrita em pesquisa desenvolvida em oito capitais brasileiras, a qual identificou satisfação da população masculina com o atendimento recebido nos serviços de saúde do SUS (CASTRO et al., 2008), entretanto a partir das falas descritas é possível inferir que estes fizeram uma avaliação subjetiva de serviço que não frequenta ou seja, desconhece.

Os entrevistados apontaram elementos que consideram essenciais para a satisfação com relação aos serviços de saúde, tais como atenção, paciência, carinho, disponibilidade e prontidão por parte dos profissionais, o que também contribui para fortalecer o vínculo entre serviço/usuário.

Pesquisas têm demonstrado que, entre usuários do SUS, os fatores que contribuem para uma percepção positiva a respeito da assistência envolvem: atendimento humanizado, pautado na comunicação; capacidade de prontidão; confiança, atenção e resolução do problema por parte da equipe (BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2015; GOMES et al., 2011).

Na percepção dos homens, o acolhimento é considerado importante para que se sintam bem atendidos em suas necessidades tanto específicas, relacionadas a uma doença já instalada, quanto de suporte à sua família (BERTOLINI; SIMONETTI; 2014).

Acolher é admitir, aceitar, dar ouvidos, conferir crédito a, oferecer acolhida, agasalhar, receber, atender. Acolhimento, como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, estar com e estar perto de, isto é, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010). As ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho dos profissionais que atuam nas UBS e são essenciais para a construção de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário (GARUZI, et al. 2014).

Com o intuito de oferecer um atendimento mais acolhedor e resolutivo aos usuários do SUS, o Ministério da Saúde publicou, em 2003, a Política Nacional de Humanização do SUS – PNH, cujos dispositivos muito têm contribuído para melhorar o acesso, o acolhimento e a ambiência nas unidades assistenciais de saúde. A referida política produziu mudanças nos modos de gerir e cuidar, pois fortaleceu a relação entre profissionais/usuário e trouxe o conceito do usuário como sujeito ativo do seu plano de cuidados, em um processo de corresponsabilização e autonomia para o autocuidado (PASCHE; PASSOS; AZEVEDO, 2011).

Para Carvalho et al. (2008), a postura de acolhimento aos usuários do SUS deve existir desde a porta de entrada aos serviços assistenciais de saúde até os distintos níveis de complexidade, de acordo com as necessidades de cada paciente. A proposta de acolhimento é um fator desencadeante de transformações no processo de trabalho em saúde e da construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso com a identificação e satisfação das necessidades de saúde.

Merhy (1994) propõe que os profissionais de saúde reflitam sobre a forma como exercem suas práticas nos diferentes momentos com os usuários. Segundo o autor, o acolhimento traduz-se, entre outros pontos, em uma relação humanizada e acolhedora dos trabalhadores e do serviço para com os diversos tipos de usuários.

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando destaque no campo médico-sanitário e, sobretudo, tem requalificado a discussão a respeito da vinculação dos usuários aos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2003). Ele precisa ser visto como um dispositivo capaz de ampliar a acessibilidade aos serviços de saúde, estruturar o processo de trabalho centrado nas necessidades da população e com potencial para introduzir novas maneiras de oferecer o cuidado. Por meio dele, será possível criar um ambiente em que o usuário efetivamente participe da construção de planos terapêuticos e os profissionais integrem distintos saberes e tecnologias em benefício do cuidado (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

No entanto, apesar deste modelo ideal, ficou evidente no presente estudo que, embora os participantes tenham mencionado satisfação com o atendimento, ainda há um distanciamento da população masculina em relação aos serviços de saúde, pois muitos afirmaram não frequentar regularmente esses locais. Aspecto que chamou a atenção foi a narrativa de dois participantes que destacaram a importância da visita do ACS para a saúde da família em termos do cuidado prestado e da atenção conferida. No entanto, ambos os participantes nem sempre estavam em casa nos momentos das visitas:

É ótima! [visita do agente comunitário de saúde] Sempre é uma menina que vem, mas não é toda vez que ela vem que eu estou aqui! Mas ela vem, conversa com a gente, mede a pressão, eu acho ótimo. [...] abre a mente da gente mais e alerta [...] então, a gente já fica mais tranquilo. **(P3, 53 anos)**.  
É sempre bom ter alguém da saúde visitando a casa da gente (visita do agente de saúde) **(P15, 20 anos)**.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estão incluídas nas atividades do ACS: integração da equipe de saúde com a população, desenvolvimento de ações educativas com as famílias, trabalho com a adscrição das famílias em território predefinido, realização e atualização de cadastros, orientação das famílias quanto à utilização dos serviços ofertados pela UBS e das redes de atenção à saúde, participação como membro da equipe de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e vigilância à saúde (BRASIL, 2017).

Em 2016, o Ministério da Saúde lançou o Guia de Saúde do Homem para o Agente Comunitário de Saúde, com o objetivo de qualificá-lo para as visitas domiciliares (BRASIL, 2016). No entanto, apesar desta preocupação, os resultados do presente estudo mostram que essas visitas conseguem alcançar apenas um

reduzido número de homens, pois, em geral, ocorrem no horário em que eles estão fora de casa trabalhando.

O horário de funcionamento das unidades não atende, portanto, às necessidades daqueles que trabalham e, para esses, perder dias de trabalho acarreta muitos prejuízos, pois consideram esta a sua maior prioridade. Nesse sentido, é importante considerar a importância do emprego para essa população e, sobretudo, o fato da identidade masculina ser focada no trabalho que, segundo eles, promove reconhecimento e respeito social. Para os homens, exercer uma atividade remunerada permite o cumprimento de deveres e obrigações, bem como proteger e cuidar da família. É algo que consideram uma prerrogativa de ser homem (GASPARINO, 2015).

Estudo realizado por Ferraz e Aerts (2005) evidenciou que a visita do ACS não é totalmente efetiva, pois os horários destinados para tanto são, com frequência, incompatíveis com a realidade local. Assim, inúmeras oportunidades são perdidas considerando a significativa capacidade do ACS contribuir para as práticas de saúde direcionadas para melhorar e garantir o acesso e acolhimento dos homens no SUS (BRASIL, 2016).

A PNAB sugere a realização de ações e serviços ampliados nas UBS, com base nas necessidades e demandas de saúde das populações locais. Preconiza também a implementação de estratégias capazes de minimizar desigualdades/ iniquidades, que impactem no exercício da autonomia e na situação de saúde dos cidadãos (BRASIL, 2017).

Atualmente, existe uma tendência mundial para ampliar os horários de funcionamento dos serviços de saúde no Reino Unido, na Holanda, Austrália, Irlanda e nos EUA, onde as unidades assistenciais de saúde já funcionam em horários especiais (O'MALLEY, 2013).

No Brasil, ainda são escassos os estudos que forneçam informações acerca dessa realidade, mas, o que se sabe, é que alguns municípios, nas diversas regiões do país, vêm implantando individualmente essas modalidades de oferta por serviços, a saber: Boa Vista (RR), Curitiba (PR), Mogi das Cruzes (SP). Cada cidade estabelece como organizar esta oferta, os dias de funcionamento dos serviços e de atuação da equipe que atenderá as demandas espontâneas (PESSOA; GOUVEIA; CORREIRA, 2017). Ribeiro (2016) reconhece que organizar as UBS para garantir a ampliação do acesso e fortalecer a continuidade do cuidado constitui um desafio (RODRIGUES; RIBEIRO, 2016).

Entretanto, apesar de medidas legais e iniciativas isoladas no contexto brasileiro, nota-se, em geral, distanciamento dos homens dos serviços de saúde. Neste estudo, a maioria dos participantes mencionou buscar atendimento somente para resolver problemas agudos, já com complicações instaladas, quando se sentem ameaçados, com medo de morrer, ou nos casos em que a enfermidade os impede de realizar suas atividades laborais. Alguns, no entanto, mencionaram fazer o *check up* anual recomendado.

Observa-se, entre eles, a percepção de que buscar o serviço de saúde atrasa o trabalho e causa temor sobre a possibilidade de descobrirem alguma doença, o que expressa a negligência do homem para com a sua própria saúde.

Alguns participantes referiram frequentar o serviço de saúde apenas para acompanhar os filhos, outros afirmaram gozar de uma boa saúde e, portanto, consideravam desnecessário acessar o serviço de saúde:

[...] às vezes, quanto eu sinto assim muitas dores [procura o serviço de saúde] [...] [...]homem é turrão demais! [...], se ele tiver sadio [...] não procura nada! A hora que ele cuida da saúde já tá tarde! [...] [...] faço um *check-up* todos os anos de cima para baixo tudo! **(P6, 51 anos)**.

[...] nos preocupamos mais com dinheiro, trabalho [...] em parte de saúde, não tanto [...] vai ao médico só quanto tá passando mal! [...] quando está sentindo alguma coisa, está doente, tem que ter alguma coisa pra ir [...] Quando eu estou ruim mesmo [vai ao médico], assim na cama pra ir ao médico [...] Quando meus filhos adoecem eu vou [...] **(P5, 22 anos)**.

Só procuro o serviço quando estou doente! [...] se está sentindo dor, vai tratar! Melhorou, não quer saber mais! Eu penso assim, não vou fazer exame! Vai que eu descubro que tenho alguma coisa! Deixa acontecer primeiro! [...] Tem muitas coisas que dá para prevenir! [...] Penso não estou sentindo dor nenhuma, está tudo tranquilo, eu não vou caçar nada! Por isso eu não faço exames de rotina, [...] não tenho essa preocupação **(P1, 30 anos)**.

[...] procuro de vez em quando, só quando sente alguma coisa! [...] às vezes, a gente acha que está fora do normal e vai procurar [...] mas se, [...] não sentir não vai! [...] às vezes, a gente vai, eles pensam que a gente tá é com servegonhagem, não está sentindo nada, mas nem sabe o problema que a gente está sentindo! [...]. **(P7, 42 anos)**.

Raramente, muito difícil eu ir (serviço de saúde) [...] quando me dá febre, quando vejo que é alguma coisa mais séria [...] [...] quando eu vou, [...] sempre vou ao hospital, às vezes eu resolvo lá, às vezes eu vou no postinho, mas só se eles (funcionários) mandarem **(P15, 20 anos)**.

Dos diversos argumentos utilizados para justificar esse distanciamento dos serviços de saúde, prevaleceram: medo de descobrir uma doença, vergonha e,

principalmente, trabalho. Para muitos, a atividade ocupacional impede que busquem por assistência nos serviços de saúde:

[...] não vou, de vez em quando, quando dá uma febre [...], só vou quando [...] um dos motivos [os homens não procuram o serviço de saúde] é a pessoa que trabalha muito, [...] tem medo de ir e o médico falar que tem que ficar em repouso um ou dois dias [...] outro motivo é a cultura de não ir, de não procurar médico, o defeito que as pessoas têm de se automedicar [...] **(P9, 38 anos)**.

(procura o serviço de saúde) estou passando mal mesmo, trabalho todo dia, quando dá uma febre, [...] tem que ir, para passar um remédio. [...] muito difícil eu ir. Minha mãe fala para ir, mas penso que vou tomar a vaga de outro que precisa mais [...] **(P8, 29 anos)**.

[...] *check-up* eu não faço, nunca fiz, acho que é da natureza do homem não ir ao médico, não sei porque, se é machismo, vergonha! [...] não tenho tempo de fazer exercício se tivesse seria bom [...] o trabalho não deixa, chego muito cansado e não tenho ânimo **(P17, 53 anos)**.

[...] eu tinha medo de ir ao cardiologista e descobrir [...] problema do coração [...] não gosto de médico é medo de criança, não sei ao certo [...] eu vou ao médico pra quê? Para caçar doença, eu não estou sentindo nada, [...] **(P14, 38 anos)**.

Eu quase não tenho o costume de ir ao postinho [...] [...] trabalho o dia inteiro então, quando preciso, vou ao hospital [...] minha mulher fica falando para eu ir [...] **(P 17,53 anos)**.

Eu vou lá muito de vez em quando, meu serviço é muito cansativo (só procura o serviço de saúde) quando atrapalha eu trabalhar **(P18, 36 anos)**.

A relutância dos homens em acessar os serviços de saúde os torna menos dispostos a superar barreiras relacionadas, especialmente, ao acesso a esses espaços. Sabe-se que a masculinidade, em geral, inibe a busca por ajuda para tratar problemas de saúde. Os homens são culturalmente "incentivados" a serem independentes, invulneráveis, fortes, silenciosos e autossuficientes, de modo que muitos não se sentem confortáveis em admitir um problema físico ou emocional (próprio, de um parceiro ou amigo) a um profissional de saúde (SNOWDON, 2010).

Nesse sentido, faz-se pertinente refletir se a reduzida presença de homens nestes espaços está associada a uma ausência efetiva ou ao não reconhecimento da sua singularidade, que pode ser interpretada como uma invisibilidade não do usuário, mas das políticas de saúde em reconhecê-lo e, portanto, incorporá-lo também como um protagonista de seu comportamento (GOMES et al., 2011).

Outra questão que reforça a ausência dos homens nos serviços de saúde é o medo da descoberta de uma doença, assim, não saber pode ser considerado por

eles, um fator de proteção. Outra dificuldade para o acesso é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde.

Estudo desenvolvido no Reino Unido apontou que, nas consultas na rede de atenção básica, a taxa de homens foi 32% menor na comparação com as mulheres (WANG et al., 2013). Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelou que, no Brasil, a utilização de serviços públicos e privados por homens com idade entre 20 e 64 anos chegou a 21,8% nos três meses que antecederam a pesquisa enquanto entre as mulheres alcançou 37,7% (BRASIL, 2008).

Em 2016, na UBS onde atuavam os participantes do presente estudo, a taxa de consulta masculina foi 22% menor que a feminina (e-SUS-AB/SMS 2018). Os homens não procuram os serviços de saúde como forma preventiva, mas para fins de diagnóstico e tratamento. Kulik, Cardoso e Castro (2015) concluíram que muitos não buscam atendimento médico com medo de descobrirem alguma doença, pois acreditam que, uma vez detectada, a morte pode ser antecipada.

O fato da demanda masculina ser inferior à feminina nos serviços de saúde precisa ser mudado e, para tanto, o passo inicial deve ser dado pelos profissionais de saúde, os quais parecem conformados com a resistência masculina em comparecer a esses serviços, em especial nas ações preventivas, e mantêm uma atitude de conformismo e acomodação. Essa postura dificulta a interação dos homens com o serviço e demonstra que profissionais e gestores, em geral, ainda não atentaram para a importância de planejar e implementar ações voltadas integralmente para esta população, na perspectiva de gênero (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

As jornadas extensas de trabalho, a impossibilidade de se ausentar das atividades, a falta de tempo e o cansaço atuam como elementos dificultadores da busca por serviços de saúde (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; BRASIL, 2008) e contribuem para a concepção do trabalho ser sempre prioritário no cotidiano dos homens.

O papel de provedor desempenhado pelo homem também precisa ser visto como algo que gera dificuldades para que este tenha condições de praticar o autocuidado. A questão de horário de oferta de serviço das unidades assistenciais de saúde é outro fator que merece atenção e configura a necessidade de mudanças nas estratégias, em particular nas educativas, para uma maior adesão dos homens,

e da capacitação/qualificação contínua de equipes de profissionais para o atendimento mais acolhedor dos mesmos. Bem como, a compreensão da lógica de atendimento quanto à esfera estrutural nos quais esses serviços estão disponíveis como um todo (OLIVEIRA et al, 2015).

Neste estudo, observou-se receio/medo dos homens em comunicar a necessidade de afastamento do emprego, sobretudo por insegurança quanto ao risco de demissão após a descoberta da enfermidade. Tal fenômeno atua negativamente sobre a conduta masculina na procura pelos serviços de saúde e culmina na ocultação dos casos de dor.

O apoio social da família, em especial da mãe e companheira, emergiu como fator essencial para buscar atendimento no serviço de saúde. Estudo canadense concluiu que 80% dos homens precisam ser convencidos pelo (a) companheiro (a) da necessidade de atendimento à saúde (GOLDENBERG, 2014). É mais comum que os casados dependam de suas esposas no cuidado à saúde, de modo que, para eles, o casamento constitui fator de proteção a uma variedade de doenças (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2008).

Outro estudo realizado com 112 homens na região norte de Portugal concluiu que o cônjuge desempenha papel importante na vida do homem nos momentos de dificuldades inerentes à doença, constituindo a sua principal rede de apoio (REIS et al., 2014).

Pesquisa desenvolvida com 264 homens sobreviventes ao câncer na cidade de Pelotas/RS concluiu que a família é um importante apoio social na construção da sobrevivência e fundamental para que possam vivenciar esse processo com mais segurança e tranquilidade (PINTO et al., 2017).

Outro aspecto que emergiu em termos do atendimento nos serviços de saúde foram as lacunas assistenciais relacionadas ao atendimento hospitalar. Para alguns, o atendimento no contexto emergencial e hospitalar caracteriza-se como demorado, com pouca ou nenhuma avaliação do paciente para ouvir suas prioridades, o que demanda um longo tempo de espera até conseguir atendimento.

Os participantes ressaltaram a falta de cordialidade de alguns profissionais na relação com os usuários, o que atribuíram ao descuido dos governantes com a saúde pública, em termos de investimento financeiro e capacitação profissional. Outros mencionaram a falta de acolhimento e a postura intransigente de alguns em relação ao paciente. Pontuaram ainda falhas na comunicação, falta de acolhimento, exposição do paciente e preconceito decorrente da condição socioeconômica:

[...] É assim mais ou menos! Não é igual um particular! Eu já fui no particular [...] te atende bem melhor, é 50% de diferença a mais! Aqui é 50% lá é 100%, o povo te atende direito! [...] demora muito, eu acho que [...] tinha que ser mais rápido [...] porque tem muita gente que chega passando mal, com dor. **(P5, 22 anos)**.

[...] acho que eles têm que atender a gente melhor, [...] tens uns que são assim tímidos, não têm coragem de falar o que estão sentindo! [...] chega lá, a secretária [...] quer saber primeiro que o médico o que a gente tem [...] às vezes, a pessoa fica meio constrangido de falar pro médico, vai falar pra uma pessoa... é difícil! **(P7, 42 anos)**.

Aquele hospital eu já não gosto porque é muito demorado [...] eu não acho muito bom o atendimento lá [...] acho que primeiramente tinha que melhorar a educação dos funcionários, tem umas pessoas lá que é muito estressado, depois o atendimento ser mais rápido **(P13, 23 anos)**.

[...] o atendimento lá é mais ou menos! [...] tem uns funcionários que não são [...] educados, eu acho que se a gente tá lá é porque precisa, ninguém vai lá à toa, vai? Eu não vou **(P17, 53 anos)**.

Essa insatisfação com a demora no atendimento é uma queixa comum de diversos usuários dos serviços públicos de saúde. O contexto acima descrito denota aspectos relacionados à superlotação dos serviços de saúde que trazem, para homens e mulheres, a perspectiva da demora, do descaso, da falta de humanização do cuidado. A vivência dessas pessoas expressa um serviço de saúde onde a equipe se mantém distante do paciente, e isso repercute na percepção dessas pessoas sobre a qualidade e segurança do cuidado.

A Pesquisa Mundial de Saúde realizada no Brasil no ano de 2003 demonstrou que o tempo de espera foi o item que obteve maior insatisfação entre os participantes (GOUVEIA et al., 2009).

Para Guerreiro et al. (2013), o acolhimento nos serviços de saúde precisa ser diferente, singular, de acordo com os sujeitos e as práticas de cuidado, e contemplar as seguintes dimensões: acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços. Quando o usuário é acolhido de forma humanizada, esse processo desencadeia transformações nas relações estabelecidas nos espaços de cuidado e no âmbito organizacional dos serviços.

A dimensão relacional do cuidado é um fator essencial para que as pessoas se sintam acolhidas e vinculadas ao serviço. O diálogo franco e permanente dos profissionais com os usuários é elemento fundamental para que identifiquem os serviços de saúde como referência para a busca de cuidados.

Estudo desenvolvido por Moreira, Gomes e Ribeiro (2016) mostrou que as estratégias com melhores resultados para vincular homens a esses serviços

incluem: fortalecer a dimensão de troca mediante estímulos materiais (kits de higiene pessoal e preservativos), os quais são vistos pelos homens como símbolos promotores de vínculo; investir na qualificação dos profissionais para imprimir maior agilidade no atendimento, considerando que os homens são impacientes para esperar; e implementar estratégias objetivas para agendar a consulta de retorno, sempre com um profissional de referência.

Sob a perspectiva dos usuários, o compromisso e o estabelecimento de vínculos podem ser compreendidos como um atendimento atencioso e respeitoso ou, ainda, como elemento de satisfação com os serviços prestados.

Em termos de dificuldades estruturais, os homens mencionaram aspectos relacionados com falta de equipamentos, superlotação dos serviços e carência de recursos humanos (em especial médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), o que gera a necessidade de deslocamento para outro município, em busca de exames e consultas especializadas. Os participantes atribuíram essas dificuldades ao descuido dos governantes com a saúde pública, principalmente em termos de investimento financeiro e capacitação dos profissionais:

[...] acho que o pessoal que trabalha na área da saúde tá em falta! Porque tem poucos enfermeiros, poucos médicos! [...] aqui só tem dois médicos e a população é grande! [...] deveria ter mais gente formando, [...] do jeito que tá indo, daqui uns dias não tem gente formando. [...] eu acho que tinha que ter mais bolsa, eu acho que é nessa área da saúde que o Brasil mais precisa [...] [...] tinha que colocar gente mais prestativa lá pra atender a população! Gente que quer trabalhar! [...] Tem que melhorar esses funcionários! Mais equipamento pra cidade! Tudo que a gente precisa tem que sair para fora, é ruim! [...] raio X, exames mais avançados [...] por exemplo! [...] deveria ter mais postinho, mais gente competente pra trabalhar [...] [...] tem pouco médico pra muita gente, às vezes tá cheinho e demora [...] **(P3, 53 anos)**.

Eu acho que as pessoas tinham que melhorar no jeito de atender! [...] serem mais rápidos! [...] tinha que ter um médico que fizesse cirurgia! [...] muitas vezes, sai gente machucado aqui e tem que levar pra Goiânia, uma sala de parto, por exemplo [...] **(P5, 22 anos)**.

[...] acho que, no momento, ter mais profissionais, médicos, [...] tem muitas pessoas que morrem através da fila! [...] chega num hospital não tem atendimento e fica a noite todinha numa maca esperando pra ser consultado pelo médico! [...] muita gente morre por descuido dos nossos governantes. **(P7, 42 anos)**.

[...] alguns serviços que não oferece [...] tem que se deslocar pra Inhumas! O maquinário, dizem que até é projeto, de ter! Radiografia, exames mais básicos, equipamentos tecnológicos! [...] Seria, tanta comodidade para os profissionais daqui, como os próprios, pacientes! Muitas das vezes ele tem que pegar a van, ou ambulância, pra ir pra lá pra poder fazer e depois voltar! [...] o gasto que leva e traz, seria quase que o mesmo da manutenção de ser feito aqui se tivesse as máquinas! Eu acho que é isso,

fora daqui que eu vejo em Goiânia, realmente é a falta de profissionais mesmo. **(P9, 38 anos)**.

[...] deveria ter médicos em outras especialidades, cardiologista, gastroenterologista, [...] tem muita especialidade que as pessoas têm que buscar fora [...] mais aparelho pra exames também, o centro cirúrgico do hospital funcionar também, ele faz muita falta. **(P14, 38 anos)**.

[...]. A estrutura do hospital poderia ser melhorada, ter mais equipamento pra atender alguma pessoa que tá grave, raio-X, um atendimento mais profundo, resolver o problema aqui mesmo. **(P15, 20 anos)**.

[...] a gente vê que falta gente! Médico [...] só tem dois, ouço gente falar que não consegue fisioterapia porque tá cheio! Então tem que ter mais! **(P20, 43 anos)**.

A saúde enfrenta um grande problema de financiamento, que atinge inclusive países mais ricos. Esse problema pode justificar, em parte, a grande carência de recursos humanos nos serviços de saúde, a falta de equipamentos, e a pouca atenção conferida ao preparo desses profissionais para acolher de forma humanizada os usuários (LIMA et al., 2015).

Outras barreiras institucionais que dificultam a procura dos homens por serviços de saúde incluem as longas filas de espera em busca de atendimento (GOMES et al., 2007; KALCKMANN; BATISTA; SOUZA, 2005; SCHRAIBER, 2005); a escassez de profissionais (CAMPANUCCI; LANZA, 2011; KULIK; CARDOS; CASTRO, 2015) e o déficit de especialistas (VIEIRA et al., 2013). Essas barreiras são apontadas como elementos que contribuem para distanciá-los destes serviços.

Nos últimos anos, após a implementação e ampliação de outros serviços nas UBS, houve aumento da oferta, sem, no entanto, haver ampliação compatível do número de profissionais, o que torna o atendimento lento, precariza o trabalho na saúde, sobrecarrega os profissionais e compromete a qualidade dos serviços.

Além disso, a necessidade de referenciar pacientes para outros locais e a demanda por deslocamento para outros municípios alertam para uma preocupação já apontada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada no Brasil nos anos de 1998, 2003 e 2008. Segundo a Pesquisa, a causa mais comum que impediu os participantes de receberem atendimento foi a falta de verba para custear o transporte até locais distantes geograficamente (OSÓRIO; SERVO; PIOLA, 2011).

Diante do exposto, é necessário discutir desafios e formas de transpor as barreiras existentes e, para tanto, torna-se essencial investir na reorganização dos serviços de saúde e em projetos de educação continuada dos profissionais, com

vistas a ofertar ações e atrair homens, especialmente aqueles em idade ativa, possibilitando-lhes melhores condições de saúde (COSTA, 2003).

### 5.2.2 Concepções masculinas sobre o processo saúde-doença

Neste núcleo temático foram agrupados os sentidos e significados de saúde, doença e as dificuldades enfrentadas pelos homens para o cuidado com a própria saúde, em seu contexto de vida cotidiana.

Para a maioria deles, a saúde é fundamental, traz independência, força, vida, riqueza e tranquilidade. Alguns a qualificaram como sinônimo de bem-estar, algo que confere ânimo para vida, condição essencial para o trabalho. Ter saúde é, na opinião dos entrevistados, o mais importante. Alguns citaram que, sem ela, o ser humano não é ninguém. Nas falas a seguir, o conceito de saúde emerge fortemente relacionado com a capacidade de independência para o trabalho:

[...] Na minha cabeça [saúde] é a pessoa estar se sentindo bem! Ter uma boa alimentação! Ter vontade de trabalhar, ter disposição, acho que a pessoa estar com a saúde normal! [...] acho que é por isso que eu tenho uma saúde boa! [...] não sinto nada, às vezes, o cansaço! Cansaço do trabalho mesmo! [...] a gente trabalha em serviço pesado o dia todo [...]. **(P3, 53 anos).**

[...] saúde é em primeiro lugar! Sem a saúde, não tem como você fazer nada, trabalhar! A melhor coisa que a gente tem na vida! Sem ela [...] a gente não trabalha! Não vive! A vida não tem graça! **(P5, 22 anos).**

[...] saúde é cuidar, tratar! Tratar do corpo, pra ver o que a gente tem, fazer um exame [...] vez em quando, de quatro em quatro meses. **(P8, 29 anos).** [saúde] vem além da saúde do corpo, além de ter tudo funcionando ter qualidade de vida, através da alimentação, até os próprios *check up* uma vez no ano ou a cada dois em dois anos [...] [...] alimentação adequada e vida ativa, sempre estar movimentando, fora do comodismo [...] **(P9, 38 anos)**

Pra mim [...] a coisa que vem em primeiro lugar é a saúde! [...] A gente sem saúde não é nada! É ninguém! A pessoa que tem uma saúde boa, tem tudo! A gente tem uma vida bem melhor quando [...] tem saúde [...] pode ir pra onde quiser, trabalhar, passear, aproveitar a família. **(P12, 41 anos).**

Saúde pra mim é tudo! [...] Se ela tiver saúde ela tem tudo, mas se ela não tiver ela, não é nada! [...] Tendo saúde você tem disposição pra trabalhar, de fazer alguma coisa, se não tiver saúde, não vai ter disposição de fazer nada! [...] **(P14, 38 anos).**

Saúde é a gente se sentir bem! O corpo da gente bem, sem dor, sem qualquer tipo de dano físico! Que impossibilita a gente de fazer algo, que a gente faz quando tá cem por cento, [...] uma simples dor no dedo já te atrapalha a fazer muita coisa! [...] eu fiquei internado uma vez [...] é horrível, aí que a gente vê o tanto que a saúde é importante! **(P15, 20 anos).**

É a maior tranquilidade da vida da gente! Sem saúde a gente faz o que? Tem que ter saúde, pra trabalhar, ir à luta, trazer o pão pra dentro de casa! [...] fico vendo as pessoas doentes na televisão e dou graças a Deus pela minha saúde [...]. (P19, 41 anos).

Há, desde a Grécia antiga, uma dificuldade de definir saúde. O filósofo americano Christopher Boorse enfrentou este desafio e, baseado em uma epistemologia naturalista, propôs um conceito: “A saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte” (ALMEIDA, 2002).

Bastitella (2007) elaborou um novo conceito, no qual a saúde é concebida como o contínuo agir do ser humano ante o universo físico, mental e social em que vive, sem esforço para transformar e recriar aquilo que deve ser mudado. Vianna (2011) atribui ao conceito de saúde uma dimensão dinâmica, valorizando o papel do ser humano na manutenção e na transformação da saúde tanto individual quanto coletiva, situando-o como ator social do processo da própria vida.

Os padrões de gênero predominantes tornam o homem mais forte, mais responsável, mais inteligente e, portanto, mais capacitado e habilitado para o desempenho de funções ditas superiores, que se justificam pela condição e posição social que ocupam (SANTOS, 2017).

No que se refere às percepções sobre saúde, no presente estudo todos os participantes relataram percepções positivas acerca deste conceito e a enalteceram como algo primordial no cotidiano, que promove qualidade de vida e tranquilidade. Apesar de reconhecerem a saúde como elemento essencial para a vida do homem, em especial para sua capacidade de trabalhar, muitos não conferem a devida atenção em termos de monitoramento e acompanhamento.

Isso permite inferir que, embora mencionem a saúde como a dimensão mais importante, na prática, o trabalho emerge como o aspecto primordial, sendo que a saúde atua apenas como uma via para manter esta atividade e melhorar o potencial para exercê-la. Assim, o significado de saúde para o homem está mais associado a ter capacidade para trabalhar, desempenhar o seu papel social, atuar como o provedor da família e ser independente.

Sob tal lógica, é necessário que os profissionais de saúde incorporem novas formas de pensar a abordagem desses usuários e transcendam crenças e valores para incorporar conceitos mais atuais, no sentido de adequar as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação e, paralelamente, desenvolvê-las nos períodos opostos ao de trabalho da maioria dos homens. Isso, por sua vez, pode implicar em ações que os envolvam em seu ambiente de trabalho.

Entre os participantes, a doença foi mencionada como uma sensação muito ruim de que algo não vai bem. Para eles, trata-se de algo prejudicial, que gera dependência, medo de ficarem inválidos, não conseguirem trabalhar e prover recursos financeiros suficientes para a família. A doença é identificada como limitante, uma situação oposta à saúde, que afeta a vida no sentido de privação do lazer e, principalmente, do trabalho.

[...] começa adoecer na mente! Essa muvuca que a gente vive no dia a dia, estresse, sem exercício físico, má alimentação! [...] acho que o sentimento é cultivável o cérebro conta muito a parte do corpo! Quando você fala que tá com um trem acaba tendo mesmo [...] adoecer começa na alimentação, aí você não alimenta bem! Passa a não fazer exercício físico e vai, cada degrau, vai juntando no final acaba que adoece **(P2, 26 anos)**.

[...] A gente fica sem trabalhar, a gente fica numa preocupação com as coisas! [...] [...] pensa em ficar dependente das pessoas! É difícil! [...] eu passei uma crise difícil porque eu fiquei uns quatro meses sem trabalhar! [...] passa muita coisa na cabeça da gente, [...] [...] medo de ficar inválido! Não ter condições mais de trabalhar! **(P3, 53 anos)**.

[...] quando o corpo da pessoa não vai bem! Alguma coisa não vai bem! Alguma coisa está errada! Vai da dor até a mudança de humor! [...] sintomas indicando que alguma coisa está prejudicada [...] acho que pode ficar incapaz, ou ter que conviver com alguma coisa que vai incomodar ele para o resto da vida [...] **(P9, 38 anos)**.

A doença é um ponto da pessoa não conseguir fazer mais nada [...] não é ninguém! Não pode trabalhar! [...] Ficar doente não presta! Acaba com a pessoa, prende demais! Não tem como a pessoa fazer mais nada! É triste demais! **(P12, 41 anos)**.

(Sofri um acidente no olho) não dava conta de fazer nada, deitado estava ruim, trabalhando não tinha como [...] (pensava) se eu ficar cego o que vai acontecer? [...] se eu não puder trabalhar, o que eu vou fazer da vida? Eu ficava (preocupado) com minha família [...] **(P5, 22 anos)**.

Doença, pra mim, é uma coisa que prejudica a vida da gente, impede de fazer as coisas, mas acho que todo mundo está sujeito a ter [...] não é fácil ficar doente e nem ver os outros doente [...] eu tenho medo da doença, porque ela não te deixa viver, trabalhar, passear [...] quando eu adoeci, foi ruim demais, [...] tem muita gente boa no mundo, pessoas que trabalha no hospital, cuida bem da gente, gosta do que faz **(P17, 53 anos)**.

O cuidado com a saúde, historicamente para o homem, remete à ideia de fragilidade. Assim, seu baixo envolvimento nas ações de saúde representa um importante desafio no Brasil e no mundo, pois o cuidado com o corpo, quando se refere à saúde, não é um assunto presente no seu processo de socialização (QUANDT et al., 2015).

O imaginário de ser homem pode aprisioná-los em amarras culturais e, conseqüentemente, dificultar a adoção de práticas de autocuidado, reforçando a

ausência desta população nos serviços de saúde (GOMES, 2007). Figueiredo e Schraiber (2011) ressaltam que os homens apresentam um modo particular de relatar e reconhecer questões ligadas ao processo saúde-doença nos serviços, até mesmo quando deixam de qualificar determinadas situações vividas como atinentes à sua saúde ou ao seu adoecimento. A percepção de que procurar por doença “atrapalha o trabalho” os afasta do serviço de saúde, dificulta ainda mais a adoção de um comportamento esperado para promoção do autocuidado e contribui para a manutenção dos altos índices de mortalidade precoce na população masculina.

Kimmel (2006) destaca que masculinidade se refere a uma ideia socialmente construída, que se relaciona a aspectos espaço-temporais e culturais. Para o autor, o significado de ser homem depende, em cada contexto, também da classe, etnia, geração e sexualidade.

Nos relatos sobre o cuidado com a própria saúde, verificou-se que a maioria, apesar de reconhecer a importância de realizar o *check-up* anual e cuidar da saúde, alegou não adotar cuidados rotineiros por motivo de cansaço, rotina e vida corrida. Alguns demonstraram preocupação apenas com família e outros destacaram que o homem gosta de adquirir bens de valores e que a saúde não é vista como algo importante para uma vida plena:

Todos os homens quer é ganhar dinheiro, não dá muito moral pra saúde, tenta mais só trabalhar, ter dinheiro, ter as coisas, com saúde [...], só quando está em última hora pra procurar [...] homem não pensa nisso [...], só pensa em trabalhar, não preocupa muito com a saúde [...]. **(P5, 22 anos)**.

A gente tinha que fazer alguma coisa pra cuidar da saúde! [...] e a gente não procura isso! Não faz! Chega em casa cansado! Devido sair muito cedo [...] [...] o cansaço chega, né... risos, aí não vai [...] hora que chega em casa quer tomar um banho e descansar, e ficar quieto. **(P7, 42 anos)**.

Eu não faço nada pra cuidar da minha saúde! [...] quando eu descobri que tinha pressão alta o médico falou pra mim... você tem que emagrecer 30 quilos, eu nunca procurei emagrecer! Fico naquela dieta do amanhã, amanhã eu começo, e nunca começo [...] isso é lerdeza, a gente acomoda [...] homem não é preocupado igual mulher! [...] homem fica esperando, se o trem vir mesmo eu corro! Ele é despreocupado! [...] Eu acho que é do instinto [...] não tenho aquela preocupação de pensar que eu tenho que ir lá fazer um *check-up* geral para ver se está tudo ok! **(P14, 38 anos)**.

[...] o homem é mais fechado, não gosta de expor, não gosta de contar muito, se abrir [...] pra outra pessoa [...]! Ele é mais na dele, [...] tem mais dificuldade em se expor pra outras pessoas, diferente das mulheres que falam mais, são mais abertas, mais preocupadas, gostam de se cuidar mais! [...] os profissionais poderiam mostrar os riscos que podem acontecer, [...] incentivando ele a ir mais ao médico, eu acho que ajudaria bastante, poderia imprimir uns cartazes, panfletos, entregar na rua, dando exemplo do

que é risco demais, o que pode causar a ausência dele assim... fazer exames, para ele saber dos riscos que ele corre **(P15, 20 anos)**.

Eu faço muito pouca coisa pra cuidar da minha saúde! [...] o médico pede exame você não faz força de fazer, eu sei que deveria ter mais cautela com minha saúde, ir sempre ao médico pra ver como está! Eu tenho que fazer um *check-up*, não estou sentindo bem [...] na minha família já morreu muitos de infarto **(P16, 58 anos)**.

Eu não faço é nada, é até vergonha! Mas eu sou despreocupado, não penso em cuidar da saúde [...] preocupo com minha família, mas eu me acho forte, minha saúde é das melhores [...] penso que está muito bom, não sinto nada. **(P18, 36 anos)**.

[...] tento ir mais para o lado da alimentação, comer mais verdura, gosto de alface, tomate... [...] mas não faço exames pra ver como está a saúde, nem caminhada, já ando o dia inteiro, acho que está bom. [...] tenho vontade fazer algum esporte, sei lá, mas a coragem não dá, é difícil trabalhar o dia todo e [...] ir caminhar, as pernas tá cansada, a gente não aguenta **(P19, 41 anos)**.

Nessa lógica, é importante pontuar que gestores e profissionais têm pela frente um grande desafio, considerando que uma das prerrogativas da PNAISH é adequar os serviços para que possam atrair um público diferenciado, inclusive homens em idade ativa (BRASIL, 2008). Considera-se que os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou até mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e prejudicar que recorram aos serviços de saúde (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

De acordo com Barata e colaboradores (2011), algumas barreiras impedem o homem de cuidar de si, a saber: as culturais, que se referem ao conceito de masculinidade que considera o homem como invulnerável às doenças; as institucionais, caracterizadas pelo fato dos homens não conferirem credibilidade às orientações dos profissionais de saúde e, por último, as barreiras médicas, referentes à postura inadequada dos profissionais de saúde que priorizam consultas de curta duração.

Os valores da cultura masculina envolvem tendências à exposição a riscos, associação da masculinidade à invulnerabilidade e também a própria educação familiar, que orienta o homem para um papel social de provedor e protetor. Esta cultura tende a gerar modelos masculinos pouco aderentes às práticas de autocuidado e também pode estimular o comportamento agressivo, violento e de descuido consigo mesmo (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Alguns participantes, ao mencionarem o cuidado com a própria saúde, descreveram a necessidade de mudança no estilo de vida e na alimentação para a

prevenção de doenças, por meio de ações como diminuir o consumo de alimentos e bebidas que, sabidamente, predisõem a doenças, praticar exercícios físicos e manter hábitos de vida saudáveis:

[evita] inclusive comida que tem semente miúda que pode prejudicar [...] [...] comer assim mais pro lado de verdura, carne, comer a tempo e a hora, não passar da hora de comer, uma alimentação bem rica em vitamina, porque verdura, eu acredito, que tem mais vitamina que carne, acho que bastante verdura faz bem na alimentação **(p3, 53 anos)**.

Eu faço mais é esporte, porque exercício é muito bom pra saúde né, de segunda até sábado [...] jogo futebol [...] é uma duas horas de treino [...] nunca bebi, nunca fumei, só faço isso [...] **(p13, 23 anos)**.

Eu pratico esporte, treino, faço exercício físico, jogo bola e corro, umas três vezes por semana, às vezes faço até mais, eu fazia por lazer, aí depois eu fui interessando em áreas militares [...] aí eu tô focando no exercício físico pra isso [...] **(p15, 20 anos)**.

Eu tento evitar fritura e refrigerante, sei que a alimentação saudável faz bem para saúde **(p17, 53 anos)**.

Eu faço caminhada [...] de segunda a sexta [...] [...] mas eu fumo e bebo todo fim de semana. **(p12, 41 anos)**.

Eu tento cuidar da minha saúde o máximo que eu posso, eu procuro deixar as comidas gordurosas de lado, não misturo massa com massa [...] pratico esportes na quarta sábado e domingo **(p11, 21 anos)**.

[...] eu preocupo, ter uma alimentação saudável [...] uma alimentação balanceada! [...] corro atrás do futebol [...] tem vezes que eu jogo três ou quatro vezes por semana [...] tem vez que eu não jogo por causa do problema da coluna. [...] quando eu estou jogando [...] me sinto magro, vou emagrecendo, aí eu paro de jogar vou engordando [...] **(p6, 51 anos)**.

No entanto, a maioria dos participantes relatou não adotar qualquer medida para cuidar da própria saúde, o que demonstra a concepção de uma masculinidade marcada por força, controle e não vulnerabilidade. Esta masculinidade, entretanto, foi objeto tanto de afirmação quanto de crítica por parte dos entrevistados, vista como própria dos homens ou como resultado de atitudes pouco inteligentes. Ao contrário do autocuidado, os homens, em geral, adotam um estilo de vida autodestrutivo, como demonstrado pelas taxas de mortalidade, sempre muito maiores entre homens quando comparadas às das mulheres (KULIK; CARDOSO; CASTRO, 2015).

Os homens de diferentes faixas etárias apresentaram opiniões divergentes quanto à vivência no atendimento do serviço de saúde, houve certa ambiguidade entre o atendimento na UBS e hospital: ora utilizavam ideias positivas construir

os seus discursos sobre o atendimento recebido e, ora criticavam tais as ideias positivas aconteceram quando perguntado acerca do atendimento recebido na UBS e negativa no Hospital. Alguns entrevistados foram capazes de problematizar com uma maior propriedade sobre o tema, além de apresentar propostas de intervenções sugestivas para resolução do problema.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos da vivência masculina relacionada por homens, foram evidenciados aspectos positivos e negativos que marcaram suas percepções e ações de autocuidado. Ficou evidente que a busca pelo serviço depende, sobretudo, do horário de atendimento (desejável que não interfira no horário de trabalho), do acolhimento e da comunicação com os profissionais de saúde. Entretanto, todas essas ações são, em geral, desenvolvidas apenas em horário comercial, o que dificulta a participação dos homens que trabalham.

Considerando que, para os homens, o local de trabalho representa o *locus* de vida, de expressão maior de sua identidade, urge uma transformação na abordagem do cuidado, no sentido de aproximar os serviços de saúde desses espaços, com o objetivo de gerar mecanismos para garantir o acesso, bem como o atendimento a essas pessoas. Além disso, deve-se fazer cumprir as recomendações para ampliar o horário de funcionamento das unidades, com vistas a garantir o acesso em diferentes turnos e, assim, atingir a meta de saúde para todos.

No entanto, apesar dos amparos legais, de algumas iniciativas isoladas e de diversas medidas para favorecer que os homens cuidem mais da própria saúde, os resultados evidenciam que o município, mesmo após a instituição da política de atenção à saúde do homem, não conseguiu sensibilizar os gestores para adequar as unidades assistenciais de saúde e, assim, efetivar as diretrizes nela contidas. Entretanto, o município não pode ser responsabilizado, exclusivamente, por essa problemática, pois o financiamento da saúde ocorre de forma tripartite – Estado, União e municípios, todos corresponsáveis. O que se sabe é que a União e o Estado não disponibilizaram recursos suficientes para investimento e implementação de importante política pública.

Faz-se pertinente ressaltar que o atraso no reconhecimento do Estado em relação às condições de saúde dos homens brasileiros manteve essa população afastada dos cuidados primários de saúde, justamente daqueles que oferecem ações de prevenção e promoção, e isso implica uma dificuldade dos serviços em trabalhar com este público e vinculá-lo aos serviços de saúde.

Os sentidos e significados atribuídos pelos participantes mostraram-se permeados pela interpretação intersubjetiva que fazem do sistema de saúde, de sua operacionalização e refletem a perspectiva sociocultural construída ao longo da vida

dessas pessoas. Nesse sentido, a interpretação desse significado é balizada pela lógica intersubjetiva entre pesquisador e sujeitos pesquisados e expressa significados fundamentais para a compreensão dos desafios inerentes à operacionalização das políticas de saúde do homem.

Essa análise da vivência masculina relacionada ao atendimento nos serviços de saúde e as concepções acerca do processo saúde-doença contribuem para que profissionais, gestores e formuladores das políticas públicas relacionadas à saúde do homem identifiquem pontos importantes a serem considerados para o aprimoramento e busca de ações coletivas mais eficientes no sentido de vincular o homem aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C. NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 554-63, 2010.
- ALEXANDRE, J. F. et al. A problemática do homem para a não procura do serviço de saúde na atenção primária. **Revista Saúde Saúde-UNG**, v.10, n.1, p. 124, 2016.
- ALMEIDA, F.; NAOMAR, J. V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.
- ANDRADE, R. F.; MONTEIRO, A. B. Fatores determinantes para criação da Política Nacional de Saúde do Homem. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 5, n. 5, p. 71-86, 2013.
- ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2685, p. 2-9, 2016.
- AUSTRÁLIA. Department of Health and Ageing. **National Male Health Policy**. ISBN: 978-1-74241-204-7. 2010.
- BAKER P. et al. The men`s health gap: men must be included in the global health equity agenda. **Bull World Health Organ**, v. 92, n. 9, p. 618-620, 2015.
- BAKER P. National men`s health policies: can they help? **Triends in urology & men`s health**, p. 24-26, 2014.
- BARATA, J. M. L et al. Saúde do homem: vencendo barreiras para o autocuidado. **Percurso Acadêmico**, v. 1, n. 184-185, 2011.
- BARRETO, M. S; OLIVEIRA, G. A; MARCON, S. S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2015.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. **O território e o processo saúde-doença**, p. 1-266, 2007.
- BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**, p. 722-727, 2014.
- BIBIANO, A. M. B et al. Ações de promoção à saúde de uma equipe interdisciplinar em um grupo de homens: o despertar para o autocuidado. **Interfaces-Revista de Extensão da UFMG**, v. 4, n. 1, p. 246-259, 2016.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.1-46, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Cartas dos direitos dos Usuários da Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, p 1-9, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-38, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **II Relatório da Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil**. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral a Saúde do Homem: Plano de Ação**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-33, 2009.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 135-142, 2010.

CAMPANUCCI, S. F.; LANZA, B. M. L. **A atenção primária e a saúde do homem**. IN: Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2011, Londrina.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FAROL, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p.659-678, 2009.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciência e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-95, 2008.

CASTRO, L. et al. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 215-217, 2011.

COMITÊ DE REDAÇÃO E DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, v. 13, 2015. Disponível em: <[http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)>. Acesso: 15 mai. 2017.

CONCEIÇÃO, M. C. Acessibilidade e acesso do homem na atenção básica de saúde e suas percepções sobre saúde e autocuidado. 2016. 65 **Trabalho de conclusão de curso (Graduação)** - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 1, p. 79-92, 2013.

COUTO, M.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 10, p.2569-2578,2012.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, 2010.

CUNHA, R. B.. et al. Como nossos pais? Gerações, sexualidade masculina e autocuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1419-1437, 2012.

DALLARI, D. A. Regionalização caminho para o SUS universal. **Revista Radis**, n. 145, p. 2–35, 2014.

DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN. **National Men's Health Policy 2008 - 2013**. Dublin, p. 1–286, 2008.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University, 1973.

ECCEL, C. S.; GRISCI, C. L. I. Trabalho e gênero: a produção de masculinidades na perspectiva de homens e mulheres. **Cadernos EBAPE**, v. 9, n. 1, p. 57-78, 2011.

ESPINDOLA, W.P. Assistência à Saúde do homem: Uma prática a ser inserido no cotidiano das equipes de saúde da família. 2010. 39f. **Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)** Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

FALCÃO, M. T. C.; GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FREITAS, W. M. F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 85-90, 2009.

FIGUEIREDO, W; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, p. 935-944, 2011

FONTES, W. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

GASPARINO, R. F.; RAMOS, C. R. A compreensão dos homens jovens sobre os cuidados com sua saúde no interior paulista. **Saúde em Foco**, n. 7, 2015.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, p. 281-296, 2009.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GOLDENBERG, L. Status of men's health in Canada. **Canadian Urological Association Journal**, v. 8, n. 7, p. 1-3, 2014.

GOMES, R. et al. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. ARAÚJO F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOMES, R. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, 2011.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

HANDBERG, C. et al. Healthcare Professionals' Attitudes to Rehabilitation Programming for Male Cancer Survivors. **Rehabilitation Nursing**, 2016.

HEARN, J. **Man Made: Men, Masculinities and Equality in Public Policy**. Man and Boys Coalition, 2009, p.9-103.

HOLDEN, C. A.; LIN, V. Network structures and their relevance to the policy cycle: A case study of The National Male Health Policy of Australia. **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 2, p. 228-235, 2012.

BISPO JÚNIOR, J. P; MESSIAS, K. L. M. Sistemas de serviços de saúde: Principais tipos de suas relações com o sistemas de saúde brasileiro. **Revista de Saúde**, v.1, n.1, p.78-89, 2005.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. **Org: Adorno R.; Alvarenga A.; Vasconcelos M.P.** São Paulo: Edusp, p. 199-217, 2005.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

KIMMEL, M.S. A **produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas**. In: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre: ano 4, n.9, Outubro 1998.

KULIK, A. A. L.; CARDOSO, M. S.; CASTRO, V. C. Ação educativa na saúde do homem: promovendo uma aproximação com a atenção básica. In: IX EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar, 2015, Maringá, p. 4-8, 2015.

KOHN, K; MORAES, C. H. O impacto das novas tecnologias na sociedade: conceitos e características da Sociedade da Informação e da Sociedade Digital. In: **XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. 2007.

LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA S. G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

LIMA, A. N; SILVA, L; BOUSSO, R. S. A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 889-897, 2010.

LIMA, R. H. et al. O Impacto Orçamentário pela Judicialização da Saúde no município de Crato-CE em 2013 e 2014. In: **I Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas**. 2015.

MASCARENHAS, M. D. M; BARROS, M. B. A. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n.4, p.771-784, 2015.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Saúde e sociedade**, v. 22, p. 429-440, 2013.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Revista Psicologia Política**, v. 10, n. 20, p. 215–226, 2010.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MISAN, G. Male health and male health policy in Australia. **New Male Studies: An International Journal**, v. 2, n. 3, p. 104-119, 2013.

MITRE. M. S; ANDRADE, G. E. I; COTTA, M. R. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na

Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 2-10, 2016.

MORSE, J. M. Determining sample size. **Qualitative health research**, v. 10, n. 1, p. 3-5, 2000.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, p.1-128, 2012.

NEGREIROS, T. C. G. M.; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Masculino e feminino na família contemporânea. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 4, n. 1, 2004.

NUNES, G. B; BARRADA L. P; LANDIN, A. R. E. P. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 13-20, 2013.

O'MALLEY, A. S. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. **Health Affairs**, v. 32, n. 1, p. 175-183, 2013.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, N. H. D. Família contemporânea. Scielo Books. Editora Unesp. 2009.

O'REILLY, M.; PARKER, N. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. **Qualitative Research**, v. 13, n. 2, p. 190-197, 2012.

OSORIO, R. G.; SERVO, L. M. S; PIOLA, S. F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3741-3754, 2011.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; AZEVEDO H. E. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PESSOA, B. H. S.; GOUVEIA, E. A. H.; CORREIA, I. B. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as "Upinhas" do Recife. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

PINHO, P. S.; SOUZA, F. Os avanços da Imunização no Brasil. **Saúde coletiva em destaque**. Cruz das Almas/BA: UFRB, 340p. 2016.

PINTO, B. K. et al. Rede social de apoio do homem sobrevivente ao câncer: estudo de caso etnográfico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 776-785, 2017.

QUANDT, X. S. et al. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma unidade básica de saúde. **Enfermería Global**, v. 14, p.44-75, 2015.

REIS, F. F. et al. Percepção sobre o apoio social do homem colostomizado na região Norte de Portugal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 570-577, 2014.

RIBEIRO, D. V. et al. SAÚDE DO HOMEM: Dificuldades enfrentadas pelos homens na adesão ao atendimento em uma Unidade Básica de Saúde de Imperatriz- MA. **Revista Pesquisa em Saúde**, v.8, n. 3, p. 68-75, 2013.

RICHARDSON, N. et al. **National Men's Health Policy 2008-2013 working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing**. Department of Health and Children, 2008.

RICHARDSON, N.; CARROLL, P. C. Getting men's health onto a policy agenda-charting the development of a National Men's Health Policy in Ireland. **Journal of men's health**, v. 6, n. 2, p. 105-113, 2009.

RICHARDSON, N.; SMITH, J. A. National men's health policies in Ireland and Australia: What are the challenges associated with transitioning from development to implementation? **Public health**, v. 125, n. 7, p. 424-432, 2011.

RODRIGUES, J. F; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno de Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 74-86, 2012. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/caderno-saudedesenvolvimento/article/view/139/74>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Saúde do homem. **Cadernos Escola de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 13-14, 2006.

SANTOS, S. C. M. **“PROVE QUE VOCÊ É HOMEM”**: o modelo predominante de masculinidade em questão. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas – UFMA, 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 961-970, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 85-98. 2005.

SCHRAIBER, L.B., FIGUEIREDO, W.S. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R., org. **Saúde do homem em debate** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 19-38. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-02.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAÇU. Entrevista informal Secretária Municipal de Saúde. 2017.

SOUZA, L. P. et al. Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 291-304, 2014.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 3, p. 89-111, 2003.

THORNE, S.; KIRKHAM, S. R.; O'FLYNN-MAGEE, K.. The analytic challenge in interpretive description. **International journal of qualitative methods**, v. 3, n. 1, p. 1-11, 2004.

VIANNA, L. A. C. Processo saúde-doença. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP**, 2011.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

WANG, Y. H. et al. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. **BMJ OPEN**, v. 3, n. 3, p. 1-7, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Integrating gender perspectives in the work of WHO**: WHO gender policy. Who, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATON. **Health promotion evaluation**: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Evaluation, 1998.

## ANEXOS

## Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERSPECTIVAS MASCULINAS SOBRE O ACESSO E O CUIDADO A SAÚDE: ESTUDO DE CASO QUALITATIVO

**Pesquisador:** SANDRA SUELY MAGALHAES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59739716.2.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.745.313

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um trabalho de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da PUC-Goiás a ser executado pela enfermeira Sandra Suely Magalhães, sob a orientação da Profa. Dra Vanessa da Silva Carvalho Vila. O trabalho prevê aplicar entrevistas individuais semi-estruturadas a 20 participantes homens com idade entre 20-59 anos

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo principal do projeto é explorar a experiência masculina relacionada ao acesso e aos cuidados à saúde, assim como na compreensão do significado do processo saúde e doença e dos cuidados com a própria saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Dentre os riscos contemplados para os participantes incluem-se as reações emocionais, como o choro, a inibição, a vergonha, o receio no momento da entrevista, a impaciência relacionada ao processo de coleta de dados. Neste caso, a pesquisadora menciona que para minimizar esse risco a entrevista será interrompida e o participante encaminhado para atendimento integral e gratuito.

Entre os benefícios esperados estão um melhor entendimento acerca das opiniões dos homens a respeito à experiência relacionada ao acesso aos cuidados à saúde nos serviços de saúde e a compreensão do significado do processo saúde e doença e dos cuidados com a própria saúde.

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.745.313

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa muito bem redigida e pertinente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Constam todos os termos.

**Recomendações:**

Detalhar o orçamento do projeto no arquivo de informações básicas de acordo com o orçamento descrito no arquivo do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:**

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_778361.pdf	02/09/2016 09:05:22		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/09/2016 09:03:29	SANDRA SUELY MAGALHAES	Aceito
Outros	Curriculo_Sandra.pdf	02/09/2016 08:55:13	SANDRA SUELY MAGALHAES	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	02/09/2016 08:42:19	SANDRA SUELY MAGALHAES	Aceito

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS

Continuação do Parecer: 1.745.313

Outros	curriculo_lattes.pdf	02/09/2016 06:09:04	SANDRA SUELY MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/09/2016 05:59:12	SANDRA SUELY MAGALHAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao_coparticipante.pdf	01/09/2016 15:24:40	SANDRA SUELY MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_saude.pdf	01/09/2016 15:16:13	SANDRA SUELY MAGALHAES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 22 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

## APÊNDICES

### APENDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado Sr: Você está sendo convidado a participar, como voluntário, do projeto de pesquisa sob o título **“Perspectivas masculinas sobre o acesso e o cuidado a saúde: estudo de caso qualitativo”** que terá como objetivo explorar a experiência de homens relacionada ao acesso aos cuidados à saúde, e compreender o significado do processo saúde e doença e dos cuidados com a própria saúde. Meu nome é Sandra Suely Magalhães, sou enfermeira, pesquisadora responsável, sou mestranda em Atenção à Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Esse projeto está sob orientação da pesquisadora e professora Dr<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila. Suas informações serão importantes e poderão contribuir para que os profissionais e gestores municipais, estaduais e federais conheçam a perspectiva de homens sobre saúde, doença e cuidado com sua saúde, posteriormente avaliem a adequação das ações que tem sido implementadas, e planeje intervenções mais eficazes para a promoção da saúde. Precisaréi realizar uma entrevista e, caso necessite, retornarei com o seu consentimento para complementar, esclarecer dúvidas e confirmar com você o que entendi sobre as informações que você me der. Serão coletadas informações relacionadas à sua idade, religião, renda, escolaridade, situação do trabalho entre outros. Após isso, serão realizadas algumas perguntas sobre a sua experiência no atendimento aos homens nos serviços de saúde desse município, o significado de saúde e adoecimento pra você e também como você cuida da sua saúde. A entrevista poderá durar em torno de uma hora, podendo até ser realizada mais de uma entrevista. Agendaremos a entrevista no horário que for melhor para você, e no local que você escolher. Caso você autorize as entrevistas, as respostas serão gravadas para que possamos fazer o registro fidedigno da sua narrativa. No entanto se você não concordar com a gravação faremos o registro manuscrito da entrevista em seguida. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados e sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por um nome diferente do seu para garantir o caráter confidencial das suas informações. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízo algum para seu acesso e acompanhamento nas unidades de saúde do município. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação nesse estudo, mas caso tenha algum gasto relacionado ao projeto este será ressarcido pelos pesquisadores. Embora os desconfortos e riscos de sua participação sejam mínimos relacionados à possibilidade de desconfortos, e reações emocionais tais como: o choro, a inibição,

a vergonha, o receio no momento da entrevista, a impaciência relacionada ao processo de coleta de dados, entre outros. Caso você sinta a necessidade poderá ser encaminhado para atendimento integral, imediato e gratuito, na rede pública de atenção a saúde. Se você se sentir prejudicado com a pesquisa, será aplicado o que estabelece o ordenamento jurídico brasileiro. Você terá acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Em caso de dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato comigo, nos telefones (62) 99151-8454, 3597-4405 e com a Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo telefone: (62)3946-1261. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, nº 1060, Setor Universitário, Goiânia- Goiás.

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, discuti com a entrevistadora, Sandra Suely Magalhães sobre minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros pra mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo, rubrico e assino.

Araçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 201\_\_.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do participante

Data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

Data

**APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

Entrevista Nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora (Início): \_\_\_\_ (Término): \_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: (62) \_\_\_\_\_

1) Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2) Cor da pele:

- (1) Branca
- (2) Negra
- (4) Amarela
- (5) Parda
- (6) Indígena

3) Estado Civil:

- (1) Solteiro
- (2) Casado
- (3) União estável
- (3) Separação legal (judicial ou divórcio)
- (4) Viúvo

4) Escolaridade:

- (1) Sem escolaridade
- (2) Ensino fundamental (1º grau) incompleto
- (3) Ensino fundamental (1º grau) completo
- (4) Ensino médio (2º grau) incompleto
- (5) ensino médio (2º grau) completo
- (6) Superior incompleto
- (7) Superior completo
- (8) Mestrado ou doutorado
- (9) não sei informar

5) Atualmente você recebe algum rendimento?

- (1) sim
- (2) Não

6) Esse dinheiro provém de:

- (1) Trabalho
- (2) aposentadoria
- (3) pensão
- (4) outro: \_\_\_\_\_

- 7) Situação de trabalho:
- (1) Ativa
  - (2) Inativo aposentado
  - (3) Inativo por licença médica.
  - (4) Desempregado
- 8) Quem é o responsável pela renda familiar? \_\_\_\_\_
- 9) Qual é a renda da família? \_\_\_\_\_ em reais.
- 10) Moradia
- (1) Própria
  - (2) Alugada
  - (3) Outro: \_\_\_\_\_
- 11) Com quem mora:
- (1) cônjuge
  - (2) cônjuge e filhos
  - (3) sozinho
  - (5) com os pais
  - (6) outros: \_\_\_\_\_
- 12) Você tem alguma crença religiosa
- (1) sim. Qual? \_\_\_\_\_
  - (2) não
- 13) Tem algum problema de saúde?
- (1) Sim Qual? \_\_\_\_\_
  - (2) Não

Questões Norteadoras.
-----------------------

Conte-me como você percebe o atendimento aos homens nos serviços de saúde dessa cidade?

Para você o que significa saúde?

Para você o que significa adoecer?

Como você cuida de sua própria saúde?