



PESQUISA

ACCESS OF THE MALE POPULATION TO THE HEALTH SERVICES: PERCEPTION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS

ACESSO DA POPULAÇÃO MASCULINA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ACCESO DE LA POPULACIÓN MASCULINA A LOS SERVICIOS DE SALUD: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Mércio Gabriel de Araújo¹, Alessandra do Nascimento Cassiano², Gleyce Any Freire de Lima³, Cristyanne Samara Miranda de Holanda⁴, Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho⁵

ABSTRACT

Objective: To know the perception of the Family Health Strategy professionals (FHS) about the men's access to the basic health services. **Method:** It is an exploratory and qualitative study developed with 16 FHS professionals, with the approval of the Research Ethics Committee from the State University of Rio Grande do Norte (REC/UERN - n° 052/11). The data were discussed through the thematic analysis technique of MINAYO. **Results:** The labor is considered a barrier for the access of this population to the health services or for giving continuity to already established therapeutic procedures. The health professionals blame the male population for its absence in the service at stake. The non-participation of men is related to the lack of planning and organization in the FHS scope, lack of intersectoriality, as well as assistance exclusively guided on outpatient care shares. **Conclusion:** it is possible to identify the lack of strategies to attract men to the BHU scope. The challenges become evident before the invisibility of practices that foster the demand for health services. **Descriptors:** Men's health; Access to the health services; Family's health.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca do acesso do homem aos serviços básicos de saúde. **Método:** Pesquisa exploratória e qualitativa desenvolvida com 16 profissionais da ESF, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN - n°052/11). Os dados foram discutidos através da análise temática de Minayo. **Resultados:** O trabalho é considerado uma barreira para o acesso dessa população aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos já estabelecidos. Os profissionais responsabilizam o homem pela sua ausência no serviço em questão. A não participação do homem está relacionada à ausência de planejamento e organização na ESF, falta de intersectorialidade e assistência pautada exclusivamente em ações ambulatoriais. **Conclusão:** identifica-se a ausência de estratégias que atraíam o homem a UBS. Os desafios tornam-se evidentes diante da invisibilidade de práticas que favoreçam a procura pelos serviços de saúde. **Descritores:** Saúde do homem, Acesso aos Serviços de Saúde, Saúde da Família.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia acerca del acceso del hombre a los servicios básicos de salud. **Método:** Investigación exploratoria y cualitativa desarrollada con 16 profesionales de la ESF, con aprobación en el Comité de Ética (CEP/UERN - n°052/11). Los datos fueron discutidos a través de análisis temático de Minayo. **Resultados:** El trabajo es considerado una barrera para el acceso de esa población a los servicios de salud o la continuidad de tratamientos ya establecidos. Los profesionales responsabilizan al hombre por su ausencia en el servicio. La no participación del hombre está relacionada a la ausencia de planeamiento y organización en la ESF, falta de intersectorialidad y asistencia pautada exclusivamente en acciones ambulatorias. **Conclusión:** se identifica la ausencia de estrategias que atraigan al hombre al UBS. Luego, los desafíos se tornan evidentes delante de la invisibilidad de prácticas que favorezcan la búsqueda por los servicios de salud. **Descriptor:** Salud del hombre, Acceso a los Servicios de Salud, Salud de la Familia.

¹Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó. Endereço: Rua João Raimundo Pereira, 110, Centro, CEP: 59.378-000. São José do Seridó/RN. Brasil. Email: mercio_gabriel@hotmail.com. ²Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó. Email: alexia.enf@hotmail.com. ³Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó. Email: gleyceany_freire@hotmail.com. ⁴Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde (DINTER UERN/UFRN), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó. Email: csmhn@hotmail.com. ⁵Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN. Email: jovankablac@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A necessidade da inclusão do homem nas políticas públicas de saúde emergiu da disseminação das discussões de gênero nas ciências da saúde. Sendo o principal alvo de mortes por causas externas, torna-se imperiosa a busca pela sua melhoria de vida através de inserção nas ações de saúde reprodutiva e sexual, assim como proporcionar a sua participação em práticas de promoção à saúde.¹

A promoção da saúde deve ser compreendida como conceito norteador fundamental da Estratégia de Saúde da Família (ESF), favorecendo a valorização das microculturas locais, caminhando em direção à autonomia dos sujeitos, sendo empregada como instrumento condutor de indivíduos que assumem independentemente a responsabilidade por sua saúde.²

Estudos sobre homem, masculinidade e sua inserção nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, revelam a preocupação dos serviços citados com esse grupo, haja vista a dificuldade que estes encontram para adentrar nesses espaços.³⁻⁴

As discussões de gênero identificam valores e ideias contidas no imaginário social desse indivíduo que impedem seu autocuidado nas questões relacionadas à saúde. Ser homem ainda é sinônimo de não ter medo, não chorar, não ter sentimentos, arriscar-se diante dos perigos, demonstrar coragem e ser ativo, situações essas que interferem veemente no processo de saúde-doença.⁴

Frente a isso, percebe-se que os homens consideram as unidades básicas de saúde como ambientes feminilizados, predominando ações direcionadas às mulheres, crianças e idosos. Outro entrave é a equipe de saúde que se constitui por profissionais em sua maioria do sexo feminino,

tornando o homem invisível dentro desses espaços.⁵

Para minimizar essa fragilidade o homem foi trazido para o campo de discussão da saúde reprodutiva, tornando-se corresponsável pelo planejamento familiar e paternidade responsável. No entanto, a participação masculina no ciclo gravídico-puerperal ainda é tímida. O acesso da mulher durante esse período ocorre de forma isolada, ou seja, na maioria das vezes sem a participação do cônjuge. Este se considera provedor e não coparticipe desse processo. Diante desse entendimento, o homem passa a ser um desafio para os serviços de saúde, pois os valores e conceitos intrínsecos inseridos na construção da identidade masculina são entraves na formulação de ações que assegurem seus direitos de cidadão.

Todavia, a elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, a discussão acerca dos espaços que contribuam para a entrada do homem, assim como a sua permanência nos serviços, são eixos facilitadores para a resolução dessa problemática. Nesse sentido, a atenção primária é um instrumento eficiente que fortalece os vínculos entre serviço e população, além de contribuir para a universalização do acesso e para a garantia da integralidade e equidade da assistência. É entendida como um conjunto articulado de ações e serviços que permitem acesso direto do usuário com o campo da saúde.⁶

Contrapondo os direitos dos homens com os conquistados pelas mulheres, se percebe uma grande lacuna quando se remete aos relacionados à saúde, já que a mulher ao longo dos anos conseguiu ter acesso às políticas e programas que a atendessem de forma especial, sendo considerado atualmente o grupo predominante nas ações da atenção básica - enquanto que o homem permaneceu intocável e invisível passando

despercebido pelas políticas públicas de saúde até o ano de 2008.

Partindo desses pressupostos, o presente trabalho objetivou conhecer a percepção dos profissionais da ESF a cerca do acesso do homem aos serviços básicos de saúde.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) que compõem a atenção primária do município de São José do Seridó, interior do estado do Rio Grande do Norte, Brasil. A população arrolada neste estudo foram 16 (dezesseis) profissionais de saúde que fazem parte da equipe mínima da ESF do município, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Foram incluídos profissionais cadastrados na ESF que estavam desenvolvendo suas atividades laborais. Não fizeram parte da amostra os trabalhadores que se encontravam de férias ou estavam afastados de suas atividades, além dos que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada no período de Novembro de 2011 a Janeiro de 2012 a partir de entrevista semiestruturada composta por um roteiro organizado em duas partes, contendo questões relacionadas à caracterização dos participantes e questionamentos direcionados ao alcance dos objetivos propostos. As informações obtidas foram analisadas e discutidas através da técnica de análise temática de Minayo.⁷

O parecer ético foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP-UERN) sob o número de protocolo 052/11. O estudo foi pautado nas considerações éticas e legais propostas pela Resolução nº 196/96, a qual regulamenta pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os sujeitos do estudo foram caracterizados quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, anos de atuação profissional, anos de experiência na ESF, tempo de atuação na UBSF e capacitação na ESF ou área afim. Os resultados objetivaram revelar o perfil dos participantes inseridos na pesquisa.

Referente à faixa etária, percebe-se que 68,75% dos entrevistados possuíam entre 20 a 50 anos. O que representa a presença de profissionais jovens na ESF. Esse perfil pode influenciar na consolidação da estratégia, haja vista as transformações ocorridas nas últimas décadas nos currículos da graduação em saúde, permitindo a inserção de novas formas de fazer saúde.⁸

No que diz respeito ao sexo, 81,25% eram mulheres, o que revela a predominância desse grupo no contexto da atenção básica. Isso demonstra a presença marcante das mulheres nesse espaço e a pouca participação dos profissionais homens nesse nível de atenção, ocasionando algumas resistências por parte dos usuários homens que idealizam este espaço como meramente feminino. Quanto ao estado civil, 62,50% dos pesquisados encontravam-se em união estável, o que apresenta uma relevância para o estudo, haja vista que estes sujeitos, em sua maioria, convivem com a população masculina, facilitando assim no conhecimento das peculiaridades inerentes desse grupo.⁹

A escolaridade apresentou 50% com nível médio, refletindo o número predominante dos profissionais ACS e técnicos de enfermagem, que representam respectivamente 62,5% e 12,25%. Esse percentual demonstra a busca por melhorias educacionais. Mesmo com a elevação da escolaridade, muitos desses profissionais

Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF *et al.*

Access of the male population...

permanecem na profissão, o que contribui para a efetivação de vínculos.¹⁰

Observa-se que 87,50% possui de 0 a 25 anos de atuação profissional, remetendo a uma transformação na assistência dos serviços de saúde que ocorreu com o surgimento do SUS, possibilitando a inserção de profissionais com perfil voltado para lidar com situações diversas no contexto do processo saúde/doença dos indivíduos, famílias e comunidade.⁸

Com relação aos anos de experiência na ESF e na UBS, verifica-se que os sujeitos têm de 0 a 10 anos de atuação, representando cerca de 62,50% dos envolvidos. 87,50% revelaram que possuem capacitação na ESF ou área afim. Assim, os profissionais conhecem as singularidades e a relevância da construção de espaços na ESF que favorecem a melhoria da qualidade de saúde dos indivíduos e da comunidade. Nesse prisma, apesar da capacitação ser um instrumento de melhoria da competência técnica, esta não implica na garantia de uma assistência de qualidade.¹¹

A formação do ser homem, construída a partir das perspectivas de invulnerabilidade, força e virilidade contribuiu historicamente para a ausência do homem nos serviços de saúde. Tais características são incompatíveis com as demonstrações de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura a esses estabelecimentos, colocando em risco a masculinidade e aproximando o homem das representações de feminilidade.¹²

No discurso dos sujeitos, evidencia-se a concepção que o homem tem ao falar da necessidade de prevenção e promoção da saúde, revelando a mulher como principal sujeito submetido às questões de saúde, sendo essa obrigada a se cuidar, enquanto o homem, pela sua figura construída socialmente, não necessita desse cuidado.

[...] acham que não precisam de médico, não precisam de ir lá, que é todo bonzão quem tem que se cuidar são as mulheres. Já teve quem dissesse isso a mim: quem tem que se cuidar são as mulheres. Eu digo: nós, seres humanos, homens e mulheres, temos que se cuidar por igual. (ACS 01)

[...] a dificuldade é que o homem adulto, devido a sua própria cultura, não tem ou não procura o médico para seus problemas de saúde. (MED 02)

Através da fala dos profissionais, percebe-se que as concepções prevalentes na sociedade impõem que o acesso ao serviço de saúde pelo homem ocorre preferencialmente através da assistência clínica ambulatorial, pois, nesses discursos predomina a consulta médica ao citarem “*Acham que não precisam do médico*” e “*Não procuram o médico para resolverem seus problemas de saúde*”. Isso demonstra a falta de conhecimento acerca da relevância da promoção da saúde.

A presença do homem nos serviços de saúde tem sido evidenciada pelos desafios que a atenção primária enfrenta, seja pelas questões culturais pertencentes ao imaginário do homem, o qual entende a UBS como um espaço feminilizado, ou pelo seu “não pertencimento” a este espaço, já que não disponibiliza ações, programas e atividades direcionadas a população masculina.⁹

A ausência dos homens é percebida pelo aspecto cultural, vista por referência a uma identidade de gênero, enquanto se confere à mulher uma especificidade ancorada na biologia ligada à reprodução, contracepção e gestação. O enfoque cultural é associado a um ser homem, reforçando um modelo de masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco), em oposição ao ser mulher, o qual é identificado com fragilidade e sensibilidade.¹³

Os profissionais também destacam que um dos entraves para o acesso é a vergonha gerada pela falta de hábito de procurar os profissionais de

Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF *et al.*

Access of the male population...

saúde como médicos e enfermeiros. Fator que é entendido como consequência de uma formação alicerçada na premissa de que não é necessária a busca de soluções para os seus problemas de saúde.

[...] eles não procuram o posto por motivo de vergonha e dizem também que é coisa de mulher vir ao posto e não têm paciência de esperar a fila; também têm vergonha do médico e do enfermeiro. (ACS 06)

[...] muitos homens ainda tem aquele preconceito de vergonha, às vezes, muitas vezes, ele tá com aquele problema não quer dizer que está com aquilo sabe, [...]. (TEC ENF 02)

Outro relato identifica que o fato do profissional de saúde ser do sexo oposto é um obstáculo para a inserção da população masculina nas atividades realizadas pelo serviço.

[...] o fato de eu ser mulher inibe um pouquinho essa procura, basicamente é isso. (ENF 01)

Essa percepção já foi evidenciada por outro estudo que discutiu o perfil dos profissionais da ESF. A pesquisa revelou a predominância do sexo feminino, fato que contribuiu significativamente para o não acesso dos homens aos serviços de saúde voltados para a atenção básica. Outro agravante é a predominância de ações direcionadas à mulher, crianças e idosos, não existindo espaços para a construção de atividades voltadas para o homem.⁹

Alguns entraves devem ser considerados diante do modelo hegemônico de masculinidade e das práticas de saúde que são ofertadas, tais como: o receio dos homens procurarem por assistência médica e ser entendido como fraqueza e vulnerabilidade, a associação tradicional entre autocuidado e feminilidade, a percepção de invulnerabilidade do corpo masculino e a avaliação de que os serviços de saúde são espaços tipicamente femininos.¹⁴

O trabalho também é considerado uma barreira para o acesso dos homens aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos já estabelecidos. Falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades, ou medo de que a revelação de algum problema de saúde e a ausência para tratamento médico possa prejudicá-los, resultando em perda do posto de trabalho, são as preocupações em homens que adoecem no trabalho, por doenças ocupacionais ou não. Isso tem inviabilizado diversas ações para esse público e, conseqüentemente, tem levado aos profissionais abandonar atividades de prevenção e promoção de saúde direcionados a este grupo.¹⁵

Nos depoimentos dos profissionais, percebe-se que o homem utiliza-se dos seus compromissos para não participar das ações de saúde. As barreiras são impostas por questões de trabalho ou mesmo pelo não interesse em buscar o serviço de saúde. Isso reflete na pouca demanda, sendo imperiosa a necessidade da oferta de ações que estimulem o acesso dos homens aos serviços. A permanência de atividades pontuais torna frágil a conquista dos homens na obtenção do acesso aos serviços.

[...] quando a gente chama, eles nunca querem vir. A gente fica, eles tão muito ocupados, não interessa, não tem nada a ver. (ACS 03)

[...] mas a procura é que é o problema; a procura é muito pequena, fica a desejar. Por conta disso a gente não atende um numero grande de homens, que seria o ideal [...]. (ENF 01)

Outra justificativa para a não inserção do homem nos serviços é a prioridade das atividades laborais em detrimento da sua saúde. O trabalho vem em primeiro lugar na lista das preocupações masculinas, demonstrando também que o horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários dos indivíduos inseridos no mercado de trabalho, independente de ser homem ou mulher.¹⁶

Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF *et al.*

Access of the male population...

Existem serviços que utilizam a estratégia de expandir seus atendimentos além do horário habitual, atendendo 24 horas, aos sábados ou em um terceiro turno, demonstrando uma maior participação do homem nas ações de saúde. Isso reforça as questões direcionadas ao trabalho como aspecto que restringe o acesso e uso dos serviços de saúde por esses indivíduos.⁶

Os sujeitos revelaram a existência de horários específicos para atender o público trabalhador que incluem tanto homens quanto mulheres. No entanto, deve-se entender que não é um atendimento planejado e específico, ou seja, pensado para atender a demanda masculina, mas sim para atender toda a população trabalhadora, independente do sexo.

[...] eu faço um trabalho aqui - a hora do trabalhador -, que, com isso, essas pessoas que não têm acesso à unidade durante o dia, elas têm acesso durante a noite para que sejam atendidas. (MÉD 02)

[...] o homem dizer não tenho tempo, tô trabalhando, [...] a gente tem que ver junto ao homem de, né! E até aos empregados, uma maneira, aqui, por exemplo, no município tem até um horário que a gente programa a hora do trabalhador pra tá atendendo essa situação, mas, até então, eu não atendi nenhum um homem na hora do trabalhador, apenas mulheres [...]. (ENF 02)

Observa-se que os profissionais utilizam um serviço ofertado em horário diferente do proposto pela ESF para justificar a existência de ações realizadas para o homem, entretanto, um dos sujeitos revela que nunca atendeu nenhum homem: “*Até então, eu não atendi nenhum um homem na hora do trabalhador, apenas mulheres*”, o que demonstra a ausência de atividades específicas e direcionadas para esse público.

Portanto, percebe-se a dificuldade de trabalhar ações voltadas para o homem, haja vista que os profissionais não desenvolvem estratégias J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):475-84

que possibilitem a participação da população masculina na ESF. Assim, os depoimentos pautam-se nos desafios de realizar ações que permitam a acessibilidade desse grupo nos estabelecimentos e, por conseguinte, tornar esses sujeitos clientes do serviço.

Diante disso, identifica-se que os profissionais responsabilizam o homem pela sua ausência no serviço. Porém, vale ressaltar a necessidade do compromisso da ESF no planejamento e execução de ações de saúde que incluam o homem enquanto copartícipe de sua condição de saúde.

Um dos profissionais descreve a necessidade de empenho e a busca pela superação de barreiras impostas entendendo que o acesso é indispensável para o fortalecimento de ações que melhorem as condições de saúde do homem.

[...] é bem difícil a gente trazer ele; eu acho que se a gente se empenhar e conseguir, é uma coisa de muita importância. (ACS 07)

Deve-se considerar a importância do empenho e da responsabilidade inerente à equipe multiprofissional que compõe a ESF, pois não se pode responsabilizar apenas o homem. Os profissionais devem criar estratégias que permitam a inclusão da população masculina na UBSF a partir da realização de busca ativa e da intensificação de ações que facilitem e tornem acessível a procura do homem nos serviços de saúde. A invisibilidade do homem nos serviços de saúde está vinculada a uma suposta ausência ou não reconhecimento da singularidade masculina, percebendo a falta de ações voltadas a esse público, sendo necessário políticas de saúde que o reconheçam e o incorporem como protagonista dessas ações.¹⁷

Nesse sentido, os relatos dos profissionais destacam a ausência do homem na atenção primária, o que reafirma a responsabilidade do homem por não estar inserido nas demandas da

Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF *et al.*

Access of the male population...

ESF, não considerando a necessidade de ações, estratégias e efetivação de políticas que possibilitem demandas e serviços para a melhoria do acesso desses indivíduos.

[...] o homem praticamente não tem quase acesso às casas de saúde [...]. (ACS 01)

[...] a gente pouco vê homens aqui no setor de saúde passando. (TEC ENF 02)

Entretanto, um dos entrevistados ressalta que o homem foi esquecido ao longo do tempo, o que permite uma reflexão sobre a construção do modelo de saúde do país, o qual priorizou as políticas de saúde de diversos grupos, mas tem excluído a saúde do homem, talvez pela referência dominante das suas atribuições de gênero incorporada nos múltiplos setores da sociedade. Também, é visível que as questões culturais prevalecem nos discursos dos sujeitos, uma vez que o mesmo profissional acredita que o machismo seja uma característica da invisibilidade do homem.

[...] o homem foi esquecido no tempo, não sei se foi pelo machismo dele [...]. (TEC ENF 01)

As discussões de gênero estão presentes nos processos de adoecimento e morte que envolvem o homem. Assim, a criação de políticas de saúde possibilita a melhoria do acesso desses sujeitos aos serviços de saúde, além de permitir a oferta de ações e serviços.

O homem associa a frequência ao serviço de saúde à possibilidade de enfermidade e morte, entendendo esse lugar como um espaço de tratamento de doença e de suas sequelas, e não como um lugar de cuidado com a vida e a saúde. A tímida participação do homem na atenção básica colabora com a concepção de um ambiente de doentes em que as ações de prevenção e promoção da saúde são esquecidas.¹⁸

O depoimento de um sujeito do estudo evidencia uma característica marcante no homem

- a incerteza da doença -, revelando a necessidade de desenvolver estratégias de enfrentamento com o intuito de sensibilizar este sujeito para as patologias, principalmente as relacionadas ao sexo, uma vez que o homem impõe barreiras quanto ao uso de preservativo.

[...] o homem nem acredita que exista a doença, né! Nesse meu dia-a-dia convivendo com os homens, eles já chegaram a me passarem a dizer que não existe AIDS, né! E eu acho que tem que haver de perto aquele encontro com o homem para mostrar a ele a realidade das doenças; ele ficava mais consciente. (TEC ENF 01)

No início da epidemia da AIDS, com a definição de grupos de risco, o homem heterossexual foi excluído das ações de prevenção e dos riscos da doença, ocorrendo assim, a negação de risco e a percepção de imunidade para esse grupo, relacionando logo mais ao estereótipo masculino de invisibilidade e de destemor.¹⁹

A não participação do homem nos serviços de saúde está relacionada também à falta de planejamento e organização da ESF, a qual não estabelece ações em conjunto com os diversos profissionais da atenção básica. Assim, tem-se a falta de intersectorialidade, o não cumprimento com os preceitos da ESF e a assistência pautada exclusivamente em ações ambulatoriais.

No discurso abaixo, o profissional ressalta que não é por desconhecimento, incapacidade ou falta de habilidades que eles impedem de desenvolver estratégias para a inserção do homem na ESF, e sim pelo descompromisso dos profissionais, os quais não se articulam para formular e executar ações conjuntas, pautando-se apenas em atividades individuais.

A gente tem o conhecimento, precisa do apoio mais da equipe, do médico, da enfermeira, [...] a gente trabalha muito só e [...] não consegue trazer o homem aqui na unidade [...]. (ACS 02)

As ações desenvolvidas pelos profissionais na ESF não devem ser apenas individuais, uma vez que o trabalho multiprofissional possibilita a implantação de atividades, práticas e ações nos serviços que favorecem o acesso do homem, não apenas aos serviços de saúde, mas sim a saúde compreendida amplamente, pois o homem deve ser visto como um sujeito que possui singularidades e subjetividades que necessitam de uma atenção integral.

A invisibilidade da população masculina no serviço e a ausência de ações programáticas são identificadas no depoimento do sujeito abaixo, considerando unicamente a consulta médica como ferramenta para a formação de vínculo entre o homem e o serviço, reafirmando que práticas preventivas e de promoção à saúde não ocorrem nesse espaço.

[...] eu acho dificuldade é convencer o homem a procurar a unidade, porque, na estrutura do homem, ele só vem na unidade quando realmente está doente. Então, quem ele procura é o médico, e aí a parte preventiva fica a desejar. (ENF 01)

Os desafios de trabalhar ações na atenção primária voltadas para o homem devem-se principalmente à construção de valores e às questões de gênero e historicidade que foram impregnados na formação e imaginário desse sujeito ao longo do tempo, entretanto, a falta de construção de vínculos e estratégias por parte dos profissionais, na maioria das vezes, contribui para a invisibilidade do homem nesse ambiente.

A não existência de uma capacitação continuada para os profissionais da ESF acerca das especificidades da saúde masculina estar atrelada à ausência de ações efetivas que favoreçam o acesso desse grupo. Ademais, vale ressaltar a deficiência no processo de abordagem e de cuidar/cuidado do homem por parte dos profissionais, sendo indispensável haver a utilização de instrumentos de aproximação com a

população masculina. Dessa maneira, salienta-se que a ausência de acolhimento, ou o acolhimento pouco atrativo, está relacionada à frágil qualificação profissional para lidar com o segmento masculino.²⁰

Para a efetivação do acesso da população masculina aos serviços de saúde, é imperioso que os profissionais adentrem na realidade masculina, conhecendo suas singularidades, desenvolvendo estratégias direcionadas a este grupo, reconhecendo nele um conjunto de indivíduos que necessita de atenção e cuidado, além de promover ações que sensibilizem o homem em busca de uma saúde com qualidade.

CONCLUSÃO

O distanciamento do homem em relação ao setor de saúde foi provocado pela construção social de masculinidade pautada em valores que impediram o acesso desse sujeito à saúde nos seus diversos contextos. Logo, a busca pelo acesso da população masculina nos serviços é o principal desafio da atenção primária na atualidade, inclusive através da oferta de novas demandas que permitam ampliar e melhorar o acesso e a qualidade desse serviço, uma vez que o homem, na maioria das vezes, acessa os serviços de saúde pela atenção especializada.

A partir das falas dos sujeitos, identifica-se a ausência de estratégias que atraiam o homem para o âmbito da UBS, além da necessidade de ações que permitam o acesso desse grupo. Os desafios tornam-se evidentes diante da invisibilidade de práticas que favoreçam a procura pelos serviços de saúde.

É necessário que ações de prevenção e promoção da saúde sejam introduzidas pelos profissionais da ESF através do trabalho multiprofissional, ações intersetoriais e práticas de educação em saúde, tendo em vista que ações assistenciais não

Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF *et al.*

Access of the male population...

permitem a formação de vínculo entre o serviço e o homem. Os profissionais devem possibilitar momentos de convívio e troca de saberes com esses indivíduos, buscando conhecer suas realidades e suas singularidades.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [internet]. Brasília (DF); 2008 [citado 2012 out 28]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
2. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2589-96.
3. Laurenti R, Jorge MHPM. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):35-46.
4. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):59-70.
5. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):935-44.
6. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2010;14(33):257-70.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):956-61.
9. Figueiredo W, Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-09.
10. Mota RRA, David HMSL. Acrescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?. *Rev Trab Educ Saúde*. 2010;8(2):229-48.
11. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):795-801.
12. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rabello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):983-92.
13. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4503-12.
14. Nascimento ARA; Trindade ZA; Gianordoli-Nascimento IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*. 2011;16(2):203-13.
15. Schraiber LB; Gomes R; Couto MT, Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.
16. Gomes R; Nascimento EF; Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Rev Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.
17. Gomes R, Rabello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4513-21.
18. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS *et al.* O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(1):113-28.
19. Vilela W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):18-34.
20. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos

Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF *et al.*

Access of the male population...

enfermeiros de uma unidade básica de saúde, Rev Esc
Anna Nery. 2012;16(3):561- 68.

Recebido em: 08/12/2012

Revisões Requeridas: não

Aprovado em: 17/06/2013

Publicado em: 01/10/2013