

Perceptions present in male discourses about man's adherence to  
services available within the scope of primary health care

Lais Lopes Amaral<sup>1</sup>, Tamires Rodrigues Soares Lima Matos<sup>1</sup>, Rene Ferreira da Silva Junior<sup>1</sup>,  
Larissa Souza Santos<sup>1</sup>, Cássia Pérola dos Anjos Braga Pires<sup>1</sup>, Maria Luiza Braga Passos<sup>1</sup>,  
NathIELly Neres Nunes<sup>1</sup>, Lucas Faustino de Souza<sup>1</sup>, Lorena Rodrigues Barbosa<sup>1</sup>,  
Renata Cristina Condé<sup>2</sup>, Victor Guilherme Pereira<sup>1</sup>,  
Maria Clara Lélis Ramos Cardoso<sup>1</sup>, Andra Aparecida da Silva Dionízio<sup>1</sup>

ISSN: 2178-7514

Vol. 15 | Nº. 3 | Ano 2023

## RESUMO

Objetivo: Descrever as percepções presentes nos discursos masculinos acerca da adesão do homem aos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde. Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como suporte teórico-conceitual a teoria fenomenológica. A amostra foi composta por usuários do sexo masculino, cadastrados na UBS polo de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Foi utilizado um formulário sociodemográfico e um roteiro não estruturado para a entrevista, com a seguinte pergunta aberta: "Qual a sua percepção acerca da adesão do homem aos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde?". As narrativas foram registradas por meio de gravação digital de voz e depois transcritas de forma manual e literal. Resultados: Foram entrevistados vinte homens, com idade entre 24 a 75 anos. Os termos: desleixo, medo, vergonha e tempo apareceram nos discursos como motivos da baixa adesão do homem aos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde. Conclusão: Tal resistência perpassa historicamente e está fortemente associada as questões de gênero e as questões inerentes aos serviços de saúde, o que emerge a necessidade de um planejamento de ações específicas voltadas para este segmento da população.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços; Saúde do Homem; Política de Saúde; Integralidade em Saúde.

## ABSTRACT

Objective: To describe the perceptions present in male discourses about men's adhering to the services available in the scope of primary health care. Methods: This is a descriptive research, with a qualitative approach, with the theoretical-conceptual support of phenomenological theory. The sample was composed of male users registered at the UBS for multiprofessional residency in Family and Community Health. A sociodemographic form and an unstructured script were used for the interview, with the following open question: "What is your perception about man's access to the services available in primary health care?" The narratives were recorded by means of digital voice recording and then transcribed manually and literally. Results: Twenty men aged between 24 and 75 years were interviewed. The words: slouch, fear, shame and time appeared in the discourses as reasons for the low acceptance of man to the services available in the scope of primary health care. Conclusion: This resistance historically permeates and is strongly associated with gender issues and issues inherent to health services, which emerges the need for a planning of specific actions aimed at this segment of the population.

**Keywords:** Primary Health Care; Access to Services; Men's Health; Health Policy; Integrality in Health.

1 Universidade Estadual de Montes Claros.

2 Instituto Federal do Sudeste de Minas.

## Autor de correspondência

Rene Ferreira da Silva - renejunior\_deny@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) originou-se do Movimento de Reforma Sanitária e foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, no qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, independente da condição social do cidadão e da sua colocação no mercado de trabalho<sup>1,2</sup>.

No arcabouço do SUS, a Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de assistência e compreende um conjunto de ações, individuais e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, de maneira descentralizada e mais próxima da população, e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o primeiro contato e a porta de entrada preferencial dos usuários no SUS<sup>3,4</sup>.

A ESF surgiu como uma proposta de reorientação do modelo assistencial no Brasil, composta por uma equipe multiprofissional, que atua em território geograficamente delimitado, por meio da adscrição da clientela, com foco na prevenção de doenças e redução de agravos, diminuindo internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida dos seus usuários<sup>5,2</sup>.

Em relação à saúde do homem, a ESF apresenta dificuldades com a adesão do público

masculino, tendo em vista que a procura pelos serviços de saúde, geralmente, está associada a um quadro clínico já instalado, ignorando as ações de promoção e prevenção disponíveis no âmbito da atenção primária e dando preferência aos serviços especializados ou de urgência/emergência, o que implica em repercussões biopsicossociais e onera, significativamente, o SUS<sup>6,7</sup>.

Sendo assim, os homens com idade entre 20 a 59 anos se encontram em desvantagem em relação às taxas de morbimortalidade quando comparados com as mulheres desta mesma faixa etária, visto que, são mais vulneráveis ao uso abusivo de álcool e outras drogas, envolvem-se com mais frequência em situações de violência, acidentes de trânsito e de trabalho, não se alimentam adequadamente, não praticam exercícios físicos regularmente e são mais suscetíveis a Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Essa disparidade nos padrões de comportamento presente entre ambos os sexos, sustenta a necessidade de sensibilizar a população masculina quanto ao entendimento da sua vulnerabilidade e comprometimento com sua saúde<sup>8</sup>.

Diante disso, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) por meio da Portaria nº 3.562/GM de 12 de dezembro de 2021, com o intuito de desvelar as ações direcionadas ao público masculino com idade entre 20 a 59 anos e deliberar as responsabilidades institucionais a serem cumpridas pelos estados e municípios,

em consonância com as diretrizes propostas no Pacto pela Saúde de 2006<sup>9</sup>.

O objetivo principal da PNAISH é promover ações de saúde mediante a compreensão da singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos, com vistas a ampliar e facilitar o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde disponíveis no SUS, contribuindo assim, de modo efetivo, na redução da morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida dos homens no Brasil<sup>9</sup>.

Frente ao exposto, objetivou-se compreender as percepções presentes nos discursos masculinos acerca da adesão do homem aos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde.

## MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como suporte teórico-conceitual a teoria fenomenológica realizado na área de abrangência de uma UBS polo de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade localizada no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

A amostra do estudo foram usuários do sexo masculino, cadastrados na UBS, obedecendo aos critérios de inclusão: homens devidamente cadastrados na UBS e com idade superior a 18 anos, e o critério de exclusão: não estar em condições clínicas para participar do estudo.

Foi utilizado um formulário sociodemográfico e um roteiro não estruturado para a entrevista, com a seguinte pergunta aberta: “Qual a sua percepção acerca da adesão do homem aos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde?”. As narrativas foram registradas por meio de gravação digital de voz e depois foram transcritas de forma manual e literal.

Os participantes elencados foram abordados no domicílio, sendo informados sobre o objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi realizada em um local reservado, escolhido pelo participante, para garantir o sigilo da sua identidade.

Para compreensão do fenômeno adesão dos homens ao serviço de saúde, foi utilizada a análise fenomenológica Husserliana, realizada em três fases: descrever, compreender e interpretar. Na primeira, foi realizada a transcrição das narrativas e sentimentos observados, leitura cuidadosa e destaque dos elementos em comum entre os participantes. Na segunda, foi feita uma reflexão sobre os elementos comuns, releitura cuidadosa e elaboração da síntese compreensiva das narrativas, culminando na construção de categorias temáticas. Na terceira, buscou-se, na literatura científica, conteúdos que permitiram a discussão com o que foi compreendido e elaboração da síntese interpretativa.

Este estudo respeitou todas as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres

humanos, conforme estabelecido na Resolução nº466 de dezembro de 2012. Sendo assim, foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, instituição coparticipante, a partir da assinatura do Termo de Concordância da Instituição (TCI) e, após obtenção desta, o projeto foi aprovado sob o parecer consubstanciado do Nº 4.148.654, no dia 10 de julho de 2020.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

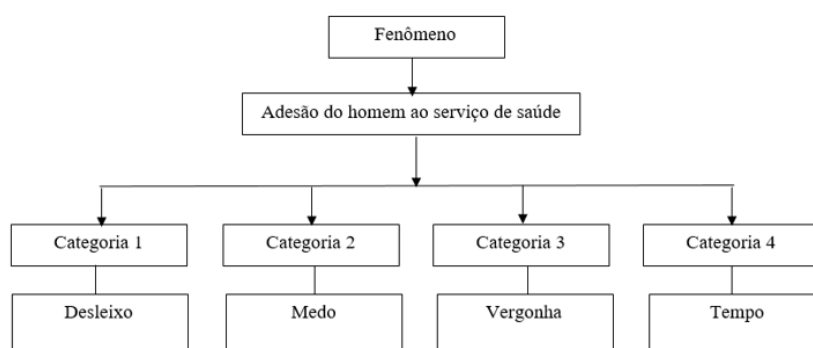
Foram entrevistados vinte homens, com idade entre 24 a 75 anos, dentre esses, dez concluíram o ensino médio, nove possuem o ensino fundamental incompleto e um é analfabeto. Quanto à situação civil, dezessete são casados, dois são solteiros e um vive em união

estável. E em relação à religião, dezenove são católicos e um é evangélico.

As atividades profissionais exercidas pelos entrevistados eram muito diversificadas: técnico de logística, mecânico, auxiliar de serviços gerais, lanterneiro, vendedor, motorista, inspetor, armador, eletricista, comerciante, vigia, pedreiro, porteiro, marceneiro, além de três autônomos e três aposentados.

Para melhor apresentação dos resultados, os participantes foram codificados com a letra H (Homem) e com a numeração arábica indicativa da sequência das entrevistas. Dos discursos foram extraídos os principais elementos compreendidos, que foram agrupados, categorizados e organizados a partir de uma inter-relação. A figura 1 apresenta a influência metodológica no delineamento dos resultados.

**Figura 1:** Esquema metodológico de delineamento das categorias temáticas.



**Fonte:** Próprios autores, 2021.

**Categoria 1: Desleixo: “...é porque o homem é meio desleixado né...”**

O termo desleixo elencado como uma categoria aparece em diversos discursos como um

comportamento comum dos homens frente aos cuidados com a própria saúde, como observado nos recortes:

“É porque homem é meio desleixado né, a correria demais no dia a dia do serviço e acaba que é muita coisa para resolver, só procura o médico na hora que o bicho tá pegando mesmo, mas é errado, a gente tem que cuidar da saúde né, vai deixando a saúde de lado” (H19)

“No ponto de vista meu em particular, eu acho que é mais a questão de desleixo dos homens mesmo, não se preocupam tanto com a saúde, (...) muitos homens deixam pra procurar mais quando já está num estágio de uma doença avançada” (H17)

“Eu acho que é muito desleixo, e eu sempre falo com minha esposa, sempre é os homens que vão embora primeiro, mas isso é falta de ir no posto de saúde, de caçar um atendimento né” (H18)

O autocuidado com a saúde não se faz presente no cotidiano masculino, devido à construção social da masculinidade, que está relacionada à auto percepção do homem como um ser invulnerável e forte<sup>10,11</sup>. Por se auto perceberem desta forma, só procuram os serviços de saúde para a resolução de algum problema já instalado, de maneira pontual e aguda, o que poderia ser evitado se aderissem às ações de prevenção ofertadas pela ESF<sup>12</sup>.

Tal comportamento está associado ao modelo cultural de gênero enraizado na sociedade patriarcal, em que o homem, desde pequeno, é ensinado a ser forte, resistente e viril, além de ser cobrado a suportar suas dores físicas e emocionais, sem chorar<sup>13</sup>. Sendo assim, buscar os serviços de saúde, principalmente para a prevenção, é visto como um sinal de fragilidade<sup>10,11</sup>.

## **Categoria 2: Medo: “...eu tenho medo, na hora que eu vou lá, a pressão já sobe...”**

O medo de ser diagnosticado com alguma enfermidade é citado pelos entrevistados como um sentimento que afasta os homens dos serviços de saúde, conforme expresso nas falas:

“No meu caso eu acho o seguinte, eu tenho medo, eu tenho medo na hora que eu vou lá, a pressão já sobe, eu fico nervoso, eu tenho medo de injeção e não tem jeito de esconder. E eu acho que todo medo do homem é esse, tem medo de chegar lá e descobrir que tá doente” (H05)

“O homem vem menos no posto justamente com medo de ter algum problema, eu acho que é mais por isso” (H09)

“Tem medo de saber da doença e descobrir o que ele tem, então eu acredito que mais é isso” (H13)

Os homens não procuram os serviços de saúde por medo do diagnóstico de alguma doença grave ou até mesmo da morte, que possa interferir na sua rotina diária ou o incapacite de exercer suas atividades laborais, prejudicando assim, o seu papel cultural de provedor. Além do receio de depender do cuidado de outras pessoas para se recuperar<sup>11,14</sup>.

Desse modo, como forma de evitar receber um diagnóstico, na presença de quadros sintomatológicos, a maioria dos homens lança mão de recursos alternativos desprovidos de indicação médica, que vão desde o uso de chás caseiros até a automedicação, buscando orientações apenas em farmácias ou em drogarias<sup>14,15,16</sup>.

Ademais, os homens se avaliam como resistentes, são preconceituosos quanto à prevenção, e desconhecem a probabilidade de terem alguma enfermidade, sendo mais arredios ao tratamento e retraídos para procurar ajuda, sentindo-se inferiorizados ao estarem doentes<sup>13</sup>.

**Categoria 3: Vergonha: “...porque o homem é muito tímido, não consegue ser avaliado por causa de vergonha...”**

O termo vergonha é destacado pelos participantes como um constrangimento enfrentado pelos homens ao expor o corpo perante um profissional de saúde, como por exemplo, para realizar o exame de prevenção ao câncer de próstata, de acordo com os relatos:

“Porque o homem é muito tímido, não consegue ser avaliado por causa de vergonha, (...) por exemplo, o homem tem muita vergonha por causa do toque, é ser machista, acha que não deve fazer” (H01)

“Os homens não procuram primeiramente com vergonha né, (...) eu particularmente (...) procuro só quando eu preciso, eu nunca venho” (H11)

“Porque o homem fica envergonhado um pouco, fica com vergonha e fica deixando pra última hora” (H15)

A vergonha masculina pode estar associada ao machismo e a falta de costume de ter o seu corpo avaliado por um profissional<sup>17</sup>. Em contrapartida, as mulheres têm o hábito de exporem mais o seu corpo, em virtude das suas características anatômicas e fisiológicas, que as tornam mais suscetíveis ao adoecimento<sup>13,18</sup>.

Diante disso, o corpo feminino passou a ter um olhar diferenciado pela medicina, principalmente com a criação da ginecologia, sendo este examinado em todas as fases do ciclo de vida, para a prevenção de danos à reprodução e garantia do papel reprodutivo da mulher. Essa disparidade entre os gêneros contribui para que a exposição corporal e os cuidados com a saúde sejam vistos como uma prática mais feminina<sup>13,18</sup>.

**Categoria 4: Tempo: “...simplesmente tempo, (...) quando a gente tem uma folga é no sábado e domingo, e sábado e domingo não funciona...”**

A falta de tempo é dada pela maioria dos entrevistados como uma das principais barreiras para a adesão dos homens aos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária, segundo os depoimentos:

“Simplesmente tempo, porque a gente que é homem, o dia da gente é corrido demais entendeu, a mulher não, a mulher como ela é dona de casa, ela tem mais tempo de procurar um médico, (...) o homem não, a gente tem que sair 5 horas da manhã de casa, chega 6, 7 horas da noite, como é que a gente vai procurar um médico? Como que a gente vai procurar um posto de saúde? Aí quando a gente tem uma folga é no sábado e domingo, e sábado e domingo não funciona” (H20)

“Eu acho que é o tempo né, que sempre é muito corrido, então eu trabalho, aí não tenho tempo” (H07)

“É o seguinte o homem mais é por conta do emprego né, a pessoa tem que trabalhar aí só procura o médico só quando ele já tá bem, bem ruim” (H06)

O homem é considerado o chefe e provedor da família. Tal função está enraizada culturalmente e assume um papel-chave na construção da identidade masculina. Assim, para se sentirem honrados e reconhecidos diante da sociedade, os homens priorizam o trabalho e suas obrigações de sustento da família e colocam, em segundo plano, os cuidados com a saúde<sup>19</sup>.

Nesse caso, quando apresentam alguma enfermidade que os impossibilitam de exercer suas atividades laborais, optam por recorrer aos serviços de alta complexidade, como hospitais e pronto-atendimentos, uma vez que os horários de funcionamento dos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária se sobrepõem com a carga horária de trabalho masculina e apresentam deficiência em absorver e resolver suas demandas prontamente em uma só consulta<sup>20</sup>.

## CONCLUSÃO

Mesmo diante das transformações socioculturais e organizacionais observadas ao longo do tempo, a população masculina ainda procura menos os serviços disponíveis no âmbito da atenção primária e, quando procuram, apresentam baixa adesão as propostas terapêuticas e as ações de promoção e prevenção, quando comparados as mulheres. Tal resistência perpassa historicamente e está fortemente ligada as questões de gênero, as quais os homens não reconhecem o processo de adoecer como um fator intrínseco a sua condição biológica, e as

questões inerentes aos serviços de saúde, devido à dinâmica e funcionamento destes serviços serem incompatíveis com a disponibilidade masculina. Os termos: desleixo, medo, vergonha e tempo apareceram nos discursos como motivos da baixa adesão do homem aos serviços disponíveis no âmbito da atenção primária à saúde, o que emerge a necessidade de um planejamento de ações específicas voltadas para este segmento da população.

Conflito de interesses: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estudos avançados. 2013; 27(78): 7-26.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(1):1903-14.
3. Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2015; 39(2):196-207.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 2017.
5. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate. 2018; 42(1):18-37.
6. Campanucci FS, Lanza LMB. A atenção primária e a saúde do homem. Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Londrina (PR); 2011.
7. Fontes WD, Barboza TM, Leite MC, Fonseca RLS, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. Acta Paulista de Enfermagem, 2011; 24(3): 430-33.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília, DF; 2018.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021. Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Homem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 2021.

10. Carneiro VSM, Adjuto RNP, Alves KAP. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR. 2019; 23(1):100-10.

11. Pimentel WC, Vasconcelos ICBL, Ribeiro RRS, Prestes JYN, Silva IL, Albuquerque MS, et al. Avaliação da política de saúde do homem na atenção primária de um município do agreste Pernambucano. Brazilian Journal of Health Review. 2020; 3(3): 3935-47.

12. Baçelar AYS, Coni DGL, Santos DV, Sousa AR. Homens na unidade de saúde da família. Revista de Enfermagem UFPE. 2018; 12(9):100-19.

13. Costa-Júnior FM, Couto MT, Maia ACB. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2016; 23(1): 97-117.

14. Teixeira DBS, Cruz SPL. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(4):90-99.

15. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2013; 17(1): 120-27.

16. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(1): 429-38.

17. Silva A, Barbosa MGA, Rocha AA, Carvalho TWS, Lins SRO, Souza APB. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). Brazilian Journal of Health Review. 2020; 3(2): 1966-89.

18. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(1): 565-74.

19. Lemos AP, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes RTP. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. Rev. enferm. UFPE on line. 2017; 20(1); 4546-53.

20. Balbino CM, Silvino ZR, Santos JS, Joaquim FL, Souza CJ, Santos LM, et al. Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção à saúde do homem. Research, Society and Development. 2020; 9(7):100-9.

**Observação:** os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.