

FACULDADE NOVA ESPERANÇA - FACENE - FAMENE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

HONORINA FERNANDES NOGUEIRA NETA

**POR ONDE ANDA O USUÁRIO HOMEM NO SUS? RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.**

JOÃO PESSOA-PB
2023

HONORINA FERNANDES NOGUEIRA NETA

**POR ONDE ANDA O USUÁRIO HOMEM NO SUS? RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.**

Relatório final do Trabalho de residência apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de residente em medicina de família e comunidade da Faculdade Nova Esperança - Facene - Famene.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Carmen Verônica Barbosa Almeida

JOÃO PESSOA-PB
2023

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

N713p

Nogueira Neta, Honorina Fernandes

Por onde anda o usuário homem no SUS? relato de experiência na unidade básica de saúde / Honorina Fernandes Nogueira Neta. – João Pessoa, 2023.

20f.

Orientadora: Prof^a. D^a. Carmen Verônica Barbosa Almeida.

Monografia (Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade) – Faculdade Nova Esperança - FAMENE

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Homem. 3. Fatores Socioeconômicos. I. Título.

CDU: 614:61-055.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor(a): Honorina Fernandes Nogueira Neta

Título: Por onde anda o usuário homem no SUS? Relato de experiência na Unidade básica de saúde.

Natureza: Trabalho de Conclusão de Curso (TCR)

Instituição: Faculdade Nova Esperança - Facene - Famene.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Carmen Verônica Barbosa Almeida
Orientadora

Profª. Dra. Iara Medeiros de Araújo
Co-orientadora

Profª Cristina Maria Lira Batista Seixas
Especialista de MFC – Coordenadora do PRMFC

Aprovado em: ___/___/___

Este exemplar corresponde à versão final do TCR aprovado.

FACULDADE NOVA ESPERANÇA-FACENE-FAMENE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

DEDICATÓRIA

À Deus,

À minha família,

Aos professores, em especial à orientadora,

Aos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

RESUMO

Na atividade profissional da residência médica na unidade de saúde da família, percebemos a baixa demanda dos serviços de saúde pela população masculina, fenômeno apontado há mais de dez anos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Surge então a necessidade de identificar e compreender os fatores que influenciam na demanda masculina pelos serviços na atenção básica em saúde, buscando este relato de experiência apontar os elementos que dificultam a adesão da população masculina e traçar discussões acerca da observação realizada. Este trabalho foi desenvolvido em quatro etapas: revisão bibliográfica; prática profissional; diagnóstico situacional; discussão dos resultados. A discussão aborda as informações obtidas na prática profissional durante o período indicado, dentre os quais destacam-se a baixa acessibilidade pela população masculina aos serviços de saúde na atenção primária, receio da exposição de fraquezas pessoais, dificuldades em cooperação, relutância em aceitar a condição de paciente, dificuldade na adesão às dinâmicas, falta de conscientização sobre a importância da saúde, o fato de que alguns homens referem sentir constrangimento ao discutir tais questões e barreiras financeiras e as condições de trabalho. Entendemos que o conhecimento derivado deste relato pode servir de base para o planejamento necessário à ampliação da atuação na saúde do homem da rede de saúde pública municipal e desenvolvimento de novos estudos sobre o tema, que carece de maior abordagem bibliográfica e de pesquisa.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

In the professional activity of medical residency at the family health unit, we noticed the low demand for health services by the male population, a phenomenon pointed out for more than ten years by the National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH). The need then arises to identify and understand the factors that influence the male demand for services in primary health care, seeking this experience report to point out the elements that hinder the adherence of the male population and outline discussions about the observation made. This work was developed in four stages: bibliographic review; professional practice; situational diagnosis; discussion of the results. The discussion addresses the information obtained in professional practice during the indicated period, among which stand out the low accessibility by the male population to health services in primary care, fear of exposing personal weaknesses, difficulties in cooperation, reluctance to accept the condition of patient, difficulty in adhering to the dynamics, lack of awareness about the importance of health, the fact that some men report feeling embarrassed when discussing such issues and financial barriers and working conditions. We understand that the knowledge derived from this report can serve as a basis for the necessary planning to expand the work in human health of the municipal public health network and the development of new studies on the subject, which lacks a greater bibliographic and research approach.

Descriptors: Primary Health Care. Men's Health. Socioeconomic factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 MÉTODO	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4 CONSIDERAÇÕES	18
5 REFERÊNCIAS	19

A atenção primária em saúde (APS) apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e desenvolvimento dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico assistencial dos profissionais de saúde.

Consoante Oliveira (2013), orienta-se por eixos estruturantes que recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Por princípio, de acordo com a Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o foco na atenção básica busca a resolutividade, através da valorização, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Este sistema hierarquizado deve ser baseado na realidade local; considerar os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integridade e inserção sociocultural.

Diante dos princípios e diretrizes traçados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), o protagonismo feminino nos serviços de atenção básica em saúde foi uma consequência das políticas públicas em razão das suas características específicas quando da atenção à maternidade e cuidados pré-natais, o que, de outra banda, favoreceu o fato de que a atenção à saúde do homem não esteve entre as prioridades governamentais e das políticas nacionais de saúde por muitos anos em comparação às políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

De fato, verificou-se uma crescente abordagem em estudos, projetos e ações específicos para a saúde da mulher, ao passo que essa realidade gerou graves problemas para a atenção integral à saúde masculina, sobretudo nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada para o sistema de saúde, cujas diretrizes, segundo Barbosa (2014), ainda voltam suas ações predominantemente para a população feminina, infantil e idosa, causando distanciamento dos homens destes serviços.

A Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.944/09, que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) reconheceu o homem como sujeito que necessita de cuidados.

Passados dez anos, os índices divulgados apontam a persistência do fenômeno do envelhecimento e o alargamento dos índices de mortalidade masculina, o que provoca uma predominância da população feminina nos perfis etários mais elevados, cujos reflexos sociais e econômicos chamam a atenção dos setores de planejamento e operacionalização dos serviços de assistência à saúde (IBGE, 2018).

Na descrição de Crivelaro (2014), a característica do homem é de se manter distante dos serviços de saúde, o que se verifica principalmente no nível de atenção primária, e que a principal dificuldade em atender as demandas da população masculina ocorre devido à demora nos agendamentos ou a falta de especialistas na área, impactando diretamente na implementação da PNAISH, pela consequente falta de motivação no acesso ao serviço de atenção básica, o que o conduz a porta de entrada secundária, já com o quadro da doença crônica instalado e no ponto de atenção terciário, com risco geralmente grave.

Os homens são mais vulneráveis às doenças, enfermidades graves e crônicas, e não buscam os serviços de atenção básica, ingressando no sistema de saúde majoritariamente pela atenção ambulatorial e hospitalar, de média e alta complexidade, o que agrava a morbidade e gera maiores custos para o sistema de saúde. Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, segundo do Ministério da Saúde, decorre de variáveis culturais, tais como estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, suas crenças e valores do que é ser masculino (GARCIA; FONSÊCA, 2016).

Considerando os fatores já mencionados, que envolvem desde o aspecto cultural e sua influência sobre o sentimento de invulnerabilidade, bem como a necessidade de adequação da distribuição dos serviços de saúde de acordo com as demandas e carências da população masculina, foi elaborado este relato de experiência, sendo foco do estudo a Unidade de Saúde da Família Maria José Fernandes da Silva, no Município de Jacaraú/PB.

A prática do médico de família e comunidade é influenciada significativamente por fatores da comunidade onde ele atua, o que determina que deva ser capaz de responder às necessidades das pessoas, corresponder às mudanças nessas necessidades, adaptando-se rapidamente às alterações na situação de saúde, e encaminhá-las para os recursos apropriados às suas condições de saúde.

As condições de saúde da população de abrangência, seja em seus aspectos de problemas de saúde mais frequentes, condições de meio ambiente ou contexto do local de trabalho, influenciam a demanda que procura o médico de família e comunidade.

Com base na PNAISH e na experiência vivenciada, este estudo tem como objetivo reconhecer os fatores socioeconômicos e elementos subjetivos que dificultam a adesão da população masculina na busca a Atenção à saúde a partir da Atenção Básica, em comparação com os atendimentos a população feminina.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia empregada utiliza o relato, iniciando com a definição do marco teórico de referência e a observação do fenômeno objeto da curiosidade científica.

O Município de Jacaraú conta com 07 (sete) estabelecimentos municipais e 02 (dois) privados, entre os quais a Unidade de Saúde da Família Maria José Fernandes da Silva, CNES: 3026566, localizada no Município de Jacaraú – PB (Código 250730), CEP: 58.278-000, Endereço: Sitio Formosa, Zona Rural, que é o local de exercício profissional da residente e onde foram realizados os atendimentos médicos da observação realizada, que considerou o período de 06 (seis) meses, compreendidos entre abril a setembro/2018.

Contando com prédio próprio, com seis salas para os profissionais, recepção e pequeno ambiente de espera com televisão, sala de vacinas, banheiros e cantina, rampa de acesso e bem localizada, a estrutura física da unidade é bem conservada. Nela funcionam os atendimentos profissionais por médico, dentista (com consultório), enfermeiro e técnicos, realizando diariamente, em dois expedientes, consoante escala de trabalho e mediante marcação com fichas, além de atendimentos de pequenas urgências.

A equipe também é composta por sete agentes comunitários de saúde, os quais atendem cada um, em média, 90 famílias cadastradas, compreendendo cerca de 300 pessoas por ACS.

É feito mensalmente o controle dos pacientes portadores de hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas, de notificação obrigatória e saúde mental (existe um CAP's I na sede), bem como o acompanhamento das gestantes em orientações pré, peri e pós natal, e a fiscalização de pesos e desenvolvimento das crianças menores de 07 (sete) anos e cuidados com os idosos.

São realizadas visitas domiciliares periódicas pelos profissionais, individual e coletivamente, atendendo os pacientes com dificuldades de locomoção, extremamente debilitados ou idosos e/ou moradores de localidades de difícil acesso.

Com base no marco teórico existente, foi estabelecido um desafio prático para identificar e compreender a baixa demanda e sua observação, a partir do que se estabelecem sugestões e propostas para o seu enfrentamento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da pirâmide etária do Município de Jacaraú/PB, obtidos pelo IBGE (2010), apontam um aparente equilíbrio da distribuição da população entre os sexos masculino e feminino, que se prolonga durante todas as faixas etárias.

Essa disposição etária, que traz em si mesma um aparente equilíbrio entre as populações masculina e feminina, contrasta com a análise dos dados mensais dos atendimentos realizados durante os períodos da residência, nos quais se verifica uma predominância dos atendimentos ao público feminino bastante superior aos do público masculino, em quaisquer amostras, sendo a demanda dos atendimentos daquelas praticamente o dobro destes.

A partir das observações obtidas pelo acompanhamento das consultas, percebe-se uma evidente desproporção na distribuição por gênero dos atendimentos mensais realizados na Unidade de Saúde da Família Maria José Fernandes da Silva, Sítio Formosa S/N, Zona Rural, CEP n.º 58.278-000, Jacaraú/PB.

Essa constatação reforça a percepção inicialmente adotada no sentido de que a população masculina precisa de cuidado específico diante de suas necessidades, estabelecendo-se uma política de acolhimento e estímulo à demanda espontânea e, sendo necessário, um programa de busca ativa dos indivíduos do sexo masculino na área de atuação, visando adequar a distribuição dos serviços de saúde de acordo com as demandas e carências da população masculina.

Há, portanto, uma perspectiva de que a população masculina carece de cuidado específico diante de suas necessidades, e que a representatividade desta parcela nos serviços de saúde deve ser encorajada pelos profissionais nos diversos pontos de atenção, em especial, na APS, para a mudança efetiva de paradigmas culturais (SILVA, 2017).

A experiência vivenciada na prática profissional por esta médica residente trouxe algumas constatações que devem ser consideradas para efeito de adoção de políticas públicas e cujos reflexos interferem diretamente na qualidade de vida da população masculina e, indiretamente, no bem-estar da população em geral.

A prestação de um cuidado integral a população masculina pelos serviços da APS ainda se constitui um desafio para profissionais e gestores, que por vezes limitam a assistência aos sintomas físicos e biológicos, sem considerar o contexto econômico e social em que esses usuários estão inseridos. Soma-se a esse fato, a falta de planejamento dos gestores e profissionais na elaboração de estratégias que possibilitem a organização do fluxo de atendimento visando proporcionar um atendimento integral (DUARTE et al., 2017).

A experiência com os atendimentos, dentro outros fatores, indica a **baixa acessibilidade pela população masculina aos serviços de saúde na atenção**

primária, coadunando com a referência teórica utilizada, que revela que esses indivíduos estão, nesta perspectiva, em situação de vulnerabilidade (CRIVELARO, 2014).

Estudo recente de Coelho et al. (2018) sobre as causas da pouca adesão masculina aos serviços de saúde na atenção básica, detectou que nas atividades em grupo que envolvem exclusivamente homens e também homens e mulheres, observam-se traços de socialização marcados por preconceitos sexistas e de gênero.

O texto acima indicado retrata que alguns homens possuem **receio da exposição de fraquezas pessoais**, bem como evitam a abordagem de determinados assuntos na presença de mulheres, reforçando a ideia da masculinidade como sinônimo de invulnerabilidade, o que acaba provocando o efeito inverso, qual seja, a fragilização das condições de saúde e a consequente vulnerabilidade social.

A experiência durante o período dos atendimentos realizados demonstrou que as **dificuldades em cooperação** surgem inclusive nas ações voltadas especificamente para o público adulto masculino, como no mês de novembro, em que são intensificadas as atividades de combate ao câncer de próstata, realizadas campanhas, estratégias de marketing e promoção de eventos, todavia, sem a mesma cooperação e adesão verificada nos meses anteriores, em que as ações têm como alvo o público feminino.

Extraí-se da observação em todo o período de experiências profissionais nos múltiplos atendimentos realizados, que há uma **relutância em aceitar a condição de paciente**, bem como uma dificuldade na adesão às dinâmicas propostas, seja na formação de grupos, na participação nos eventos e nos seus registros fotográficos e até mesmo no prosseguimento do tratamento com a realização de novas consultas e realização de exames médicos.

A constatação de que as dificuldades do atendimento masculino nas unidades de saúde podem ser diversas e variar de acordo com a região, cultura e nível socioeconômico demanda a realização de estudos específicos para apuração de cada um destes fatores.

Das abordagens realizadas, podemos extrair alguns componentes que se destacam, entres os quais a **falta de conscientização sobre a importância da saúde**, posto que muitos homens não percebem a importância de cuidar da saúde preventivamente e adiam ou evitam buscar atendimento até que os sintomas se tornem graves ou incapacitantes.

O estudo de Vieira et al. (2013) sobre os fatores da não procura do atendimento nas unidades de saúde da família pela população masculina apontou a falta de preocupação com a saúde e prevenção de doenças, a dificuldade em se reconhecerem doentes e o medo da descoberta de alguma doença grave.

Há, ainda, fatores culturais associados ao estigma do atendimento médico como uma situação “embaraçosa” ou até “vergonhosa”, principalmente em relação a problemas de saúde sexual, depressão ou saúde mental.

Como descreveu Helman (1994), o corpo humano apresenta uma realidade social e uma física, que comunicam informações sobre a pessoa e a posição que ela ocupa na sociedade, de maneira que a adequação cultural se verifica também na utilização de vestimentas, como forma de proteger o corpo individual (físico e psicológico) e o corpo social (instrumento para viver em sociedade). Daí, o atendimento médico pode ser considerado invasivo, na medida em que em alguns procedimentos de anamnese é necessário retirar essa “proteção”.

Isso também pode ser observado na situação em que alguns **homens referem sentir constrangimento** ao discutir questões de saúde íntimas ou sensíveis com profissionais de saúde, especialmente se forem do sexo oposto, o que se agrava também diante da falta e privacidade nas instalações de saúde, que não possuem as adaptações necessárias a um cuidado mais exclusivo, o que pode estar correlacionado ao fato de que os homens se sentem desconfortáveis em discutir questões de saúde pessoais e íntimas.

Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, devendo lhe ser garantido o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais (BRASIL, 2011).

O médico da família e comunidade é o acesso das pessoas ao sistema de saúde, devendo ter a população sob seus cuidados, para que possa suprir todas as suas necessidades básicas de saúde, devendo seguir protocolos rígidos com relação à ética e sigilo profissionais, bem como desempenhar suas funções em ambientes que assegurem a privacidade da consulta médica.

A partir do momento em que o médico de família e comunidade aceita a responsabilidade pelo cuidado de uma pessoa, isso se torna total e permanente até que decidam o contrário, daí a necessidade de estabelecer uma relação de confiança.

“A relação clínica que se busca na medicina é de que se estabeleça um relacionamento entre pessoas, e isso envolve aspectos da relação interpessoal em que a empatia, a harmonia e a confiança são essenciais para que o médico de família alcance resultados em suas intervenções mediante as situações de doença e prevenção” (LOPES, 2012).

Outros aspectos de relevo para explicar a baixa adesão masculina são as **barreiras financeiras e as condições de trabalho** nesta região, vez que há muita atividade em beneficiamento de produtos naturais, caracterizadas por longas horas de trabalho e horários inflexíveis, o que pode dificultar a obtenção de atendimento médico durante o horário comercial.

Sobre o tema observa-se que as condições de acesso ao sistema de atenção básica em conflito com o desempenho das atividades laborativas não é restrito apenas aos homens:

“Como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas (...), a busca por esses serviços fica em segundo plano. Faz-se necessário observar que esse problema pode não estar reduzido apenas aos homens. Os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres.” (GOMES, 2007).

Inobstante a política da atenção básica já preveja o funcionamento de unidades em horário noturno e durante os finais de semana, tal implementação demanda um custo operacional de grande monta, inviável às cidades de pequeno porte.

O conhecimento derivado deste relato de experiência tem como objetivo, em longo prazo, a compreensão dos mecanismos de atendimento, acesso e acolhimento, colaborando tanto para a efetividade do cuidado em benefício da população masculina, usuária dos serviços, quanto para os profissionais envolvidos, responsáveis pela orientação e controle do processo de prevenção e restabelecimento da saúde.

Entendemos, pois, que este relato de experiência atingiu os objetivos propostos, na medida em que pode servir de base para o planejamento necessário à ampliação da atuação na saúde do homem da rede de saúde pública municipal e desenvolvimento de novos estudos sobre o tema, que carece de maior abordagem bibliográfica e de pesquisa.

O estudo destes motivos apontados e demais que venham a ser identificados é um início razoável para a sua compreensão e possível solução deste problema que se espraia no âmbito da saúde pública.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da vivência profissional abordada neste relato, percebe-se que a saúde do homem, dadas as características sociais, econômicas e culturais deste segmento da população, não tem a devida atenção pelas políticas públicas de saúde, reconhecendo a prevalência dos temas ligados à mulher e a outros grupos sociais e terapêuticos, donde resultaram estatísticas alarmantes, justificando a edição da PNAISH, através da qual se iniciou uma verdadeira reconstrução do modelo de atenção.

Essas dificuldades acima descritas, podem levar à falta de acesso aos cuidados de saúde preventivos e curativos, aumentando o risco de doenças crônicas e complicações graves. É importante que os profissionais de saúde estejam cientes dessas barreiras e trabalhem para criar ambientes acolhedores e acessíveis para homens em todas as etapas da vida. Isso pode incluir a disponibilização de informações sobre a saúde masculina, a criação de horários flexíveis de atendimento, o aumento da privacidade nas instalações de saúde e a conscientização sobre a importância da saúde preventiva.

O conhecimento derivado deste relato de experiência tem como perspectiva, em longo prazo, a compreensão dos mecanismos de atendimento, acesso e acolhimento, colaborando tanto para a efetividade do cuidado em benefício tanto da população masculina, usuária dos serviços, quanto para os profissionais envolvidos, responsáveis pela orientação e controle do processo de prevenção e restabelecimento da saúde.

Servindo de contribuição para o planejamento necessário para a ampliação da atuação da saúde do homem rede de saúde pública municipal, especificamente na unidade abordada, mas com repercussão para outras unidades e quiçá outros municípios, entende-se que foram atingidos os objetivos aqui propostos, dos quais se extraiu a relevância do estudo, dada a sua pertinência e presumida utilidade na área temática nele abordada.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, C. J. L. **Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção.** Rev Saúde e Desenv, v. 6, n. 3, p. 99-114, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde /** Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria MS/GM nº 1.944 de 27 de agosto de 2009.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União 2009; 28 ago. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 16 out. 2019.

_____. **Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 16 out. 2019.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/junco-do-serido/panorama> >. Acesso em: 30 out. 2019.

COELHO, Elza Berger Salema. et al. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Santa Catarina: UFSC, 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

DUARTE, L.P. et al. **Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária.** Rev Eletrônica Gestão & Saúde. v.8, n.3, p.414 – 429, 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas Completas de Mortalidade 2017.** 2018. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

GARCIA, P. T.; FONSÊCA, W. C. F. (Orgs.). **Saúde do adulto e a saúde da família.** São Luís: UFMA, 2016. (Cadernos de Saúde da Família, n. 5).

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. Cad Saude Publica 2007.

HELMAN C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MALFITANO, Ana Paula Serrata. **Experiências de pesquisa: entre escolhas metodológicas e percursos individuais**. Saúde e Sociedade, v.20, p.314-324. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702019000200501&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 nov. 2019.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

VIEIRA, Katiucia Letiele Duarte et al. **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2019.