

CULTURA DO CONTENTAMENTO E RESISTÊNCIA MASCULINA: PERSPECTIVAS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM AUGUSTINÓPOLIS/TO

CONTENT CULTURE AND MALE RESISTANCE: PERSPECTIVES OF BASIC HEALTH CARE IN AUGUSTINÓPOLIS / TO

Milka Brasil Costa Sousa 1
Lourival da Cruz Galvão Júnior 2
Marilsa de Sá Rodrigues 3

Resumo: Oportunizar a promoção da qualidade de vida da população masculina caracteriza-se como um desafio hodierno, especialmente pela resistência deste público no que se refere à busca pelos serviços de saúde. A presente pesquisa propõe-se a averiguar como a masculinidade interfere na adesão dos homens aos serviços de saúde voltados à atenção básica oferecidos no município de Augustinópolis, Tocantins. O método adotado caracteriza-se como descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa e documental e com utilização de dados do e-SUS referentes aos atendimentos ocorridos de 2015 a 2018 nas Unidades Básicas de Saúde do município. Pela pesquisa evidenciou-se que em todas as unidades, nos diferentes anos, a demanda feminina foi maior que a masculina, atingindo o dobro do total de atendimentos. Os resultados sugerem ocorrer menor atenção do público masculino à saúde por motivos associados à manutenção de uma cultura do contentamento.

Palavras-chave: Saúde Masculina. Resignação. Políticas Públicas. Prevenção. Desenvolvimento Regional.

Abstract: Opportunizing the promotion of the quality of life of the male population is characterized as a modern challenge, especially due to the resistance of this public regarding the search for health services. This research aims to investigate how masculinity interferes with men's adherence to health services focused on primary care offered in the municipality of Augustinópolis, Tocantins. The method adopted is characterized as descriptive-exploratory, with a quantitative and documentary approach and using data from e-SUS referring to the care that took place from 2015 to 2018 in the Basic Health Units of the municipality. The survey showed that in all units, in different years, female demand was greater than male demand, reaching twice the total number of services. The results suggest that there is less attention from the male public to health for reasons associated with maintaining a culture of contentment.

Keywords: Men's Health. Resignation. Public policy. Prevention. Regional development.

Mestranda em Planejamento e Desenvolvimento Regional pela 1
Universidade de Taubaté (UNITAU). Especialista em Docência do Ensino
Superior pela Faculdade Integrada de Araguatins (FAIARA). Graduada em
Enfermagem pela Universidade Estadual do Tocantins (Unitins). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2529076938195266>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7619-4927>. E-mail: milkaenfer@hotmail.com

Pós-doutorando do Departamento de Jornalismo e Editoração da 2
Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (CJE-ECA/USP).
Doutor em Ciências da Comunicação pela ECA/USP. Mestre em Linguística
Aplicada. Jornalista graduado pela Universidade de Taubaté (UNITAU). Docente
do Departamento de Comunicação Social da UNITAU e do Mestrado Acadêmico
em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Departamento de Gestão e
Negócios – GEN / UNITAU. Docente dos cursos de Jornalismo e de Publicidade
e Propaganda do Centro Universitário Módulo (Caraguatatuba - SP). Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/6354135807997168>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3006-799X>. E-mail: galvao.junior@unitau.br

Doutora e Mestre em Administração pela Universidade 3
Presbiteriana Mackenzie. Especialista em Gerência de Treinamento pela
Universidade de São Paulo (USP). Graduada em Psicologia pela Faculdade
Salesiana de Filosofia Ciências e Letras (FSFCL). Docente do Mestrado
Acadêmico em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Departamento
de Gestão e Negócios – GEN / Universidade de Taubaté (UNITAU). Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/8528383236806149>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3064-6916>. E-mail: marilsasarodrigues@outlook.com

Introdução

A protelação do homem pela busca dos serviços de saúde pública sinaliza uma condição arraigada, dentre outros fatores, por limites culturais, e os reflexos dessa resistência apontam para o predomínio de internação ou para as prevalentes taxas de morbimortalidade (BRASIL, 2018). Ademais, a vulnerabilidade masculina alicerça-se na dissociação com serviços de ação primária, propiciados, em sua maioria, pelas barreiras socioculturais, os desníveis econômicos e os estereótipos de gênero (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, estudos sobre a saúde do homem relevam a importância de se compreender as referências culturais e os padrões de masculinidade (MACHIN *et al.*, 2011). Assim, entende-se que, para uma abordagem relevante ao tema, a integração legítima do homem aos serviços de saúde deve ser estratégica e pautada na evidência de suas próprias peculiaridades. Por outro lado, a influência cultural e os desníveis sociais associados aos fatores econômicos e de escolaridade são questões relevantes ao distanciamento do homem nas ações preventivas.

Para Arruda, Maia e Alves (2018), o consumo e o uso dos serviços de saúde podem ser desiguais de acordo com a situação financeira, uma vez que as classes A e B utilizam em maior quantidade a assistência médica, em comparação a outros extratos sociais. Esse descompasso pode ser observado em distintos municípios do interior do Brasil, como Augustinópolis, no Tocantins, que registra significativa taxa de morbidade hospitalar do sexo masculino, ocupando o 12º lugar no estado (IBGE, 2017). Diante desse aspecto, considerando os argumentos acima citados, indaga-se: de que forma a masculinidade tem interferido na adesão do homem aos serviços de saúde da atenção básica na citada localidade? Antes deste intuito, torna-se oportuno compreender os aspectos relacionados à resistência masculina à saúde diante da vulnerabilidade estabelecida ao gênero, considerando-se que, nesse caso, o fator determinante é a ação de uma cultura do contentamento.

Masculinidade, Saúde e Cultura do Contentamento

Independentemente dos expressivos agravos à saúde masculina e suas altas taxas de morbimortalidade, uma pequena parcela de homens procura assistência à saúde, especialmente aos serviços de atenção básica, para fins preventivos (COELHO *et al.*, 2018). Todavia, a resistência do homem à busca e manutenção da saúde reflete diretamente a vulnerabilidade masculina, sobretudo ao se reconhecer que essa insuficiente inserção tem relação direta com os serviços de ação especializada e não preventiva. Elucida-se, portanto, a necessidade e/ou anseio de uma atenção voltada à saúde masculina, ao se admitir que seus agravos exprimem um verídico problema de saúde pública (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, estratégias políticas estão sendo implementadas para facilitar o acesso e diminuir as barreiras que propiciam a resistência masculina aos serviços de saúde. Entretanto, é fundamental identificar os aspectos sociais determinantes dessa população, direcionando especial e particular atenção às questões culturais que definem seus padrões de masculinidade (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2018), os obstáculos socioculturais à adesão do homem à saúde integral têm relação direta com o 'protagonismo da masculinidade', que leva o homem a assumir o papel social de provedor, másculo, forte e imune, que o faz negligenciar os cuidados com a saúde, ignorando a prevenção ou até mesmo adiando a solução de doenças que poderiam muitas vezes ser facilmente reversíveis.

Os reflexos dessa cultura podem ser visualizados facilmente, uma vez que o homem, desde pequeno, é ensinado a ignorar a dor, ser forte e não chorar. Por outro lado, desde muito cedo a mulher é orientada a se cuidar, a se guardar e se preservar. Para Campos (2013), a exacerbada visão do homem como resistente, macho e dominante torna-o vulnerável, e isso tem relação direta com traços culturais que desenham a ideia de que o homem é legitimamente superior e viril. Além disso, os modelos de masculinidade e o contentamento cultural não estão restritos à autoavaliação do homem, pois estão também na própria sociedade, o que vem a ratificar a exclusão do cuidado masculino (COELHO *et al.*, 2018). A visão da masculinidade denota o preconceito na adesão do homem aos serviços de saúde, já que este espaço é figurado, no

âmbito cultural, às populações feminina, infantil e idosa (SIQUEIRA *et al.*, 2014).

Homens resistem à procura de cuidado com a saúde e, quando a procuram, adentram aos serviços quando a debilidade é expressiva no quadro clínico e no aspecto fisiopatológico. Essa situação constitui fator dificultador para o reestabelecimento da homeostasia corporal, prejudica o tratamento e corrobora o avanço intratável das enfermidades (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). Nesse campo, as variáveis culturais representam as principais causas de resistência masculina às ações de saúde. Os padrões de gênero, arraigados à cultura patriarcal, maximizam hábitos alicerçados em convicções e títulos do que se julga ser um legítimo homem. Ademais, a doença é apontada como indício de fragilidade que, culturalmente, não é uma condição masculina (BRASIL, 2009).

Assim, em 2009, foi implementada a Política Nacional de Ação Integral à Saúde do Homem (PNAISH), como reconhecimento da importância de uma atenção especial e intrínseca ao público masculino. Essa política busca sensibilizar diversos sujeitos, do paciente aos trabalhadores da saúde, potencializando sua inserção nos serviços de atenção básica para ações preventivas, reconhecendo suas singularidades econômicas, sociais e culturais (BRASIL, 2018). No entanto, observa-se que, independentemente das discussões norteadas sobre a saúde masculina, além do reconhecimento de seus princípios socioculturais, o homem não protagoniza sua saúde, vivendo uma hereditária cultura do contentamento ao se conformar, em sua maioria, com a evolução de um cenário que agrava a qualidade e a estimativa de vida do gênero.

Concomitantemente, ao evidenciar a influência cultural entrelaçada a saúde do homem, torna-se fundamental salientar que, no caso da resistência preventiva, é válido citar que “[...] é evidente que os afortunados e favorecidos não contemplam nem agem de acordo com seu próprio bem-estar a longo prazo. Pelo contrário, tudo o que fazem está impetuosamente votado ao seu conforto e contentamento imediato” (GALBRAITH, 1992, p. 4). Essa afirmativa denota o contentamento masculino e sua protelação aos serviços de saúde preventiva; culturalmente, o homem não se preocupa em precaver-se, pois acredita que é suficientemente forte para superar adversidades. Os números de internações da população masculina, em comparação com os do público feminino, são o reflexo desse posicionamento (BRASIL, 2018). Esse fato, não só revela a ausência do autocuidado e do cuidado preventivo, como também aponta a participação dos homens na resolubilidade de uma enfermidade, como a admissão para fins terapêuticos, cuja finalidade é solucionar a reação dolorosa a uma dada patologia, ou seja, um contentamento imediato.

Tal cultura refere-se aos padrões de crenças, opiniões e concepções que, diante da necessária mudança, irrefutavelmente se perpetuam. O contentamento contrapõe-se à evolução, já que a mudança ou a ruptura de paradigmas são vistas como desonra à civilização (GALBRAITH, 1992). Assim também é observada a resistência masculina, um contentamento que tem se oposto à prevenção, pois os paradigmas estereótipos masculinos conflitam com as mudanças estimadas pelas políticas de saúde pública. As barreiras socioculturais dificultam, nesse contexto, o acesso do homem aos serviços de saúde. Essas barreiras advêm de uma visão heteronormativa e etnocêntrica e até mesmo de padrões de masculinidade.

Assim, depois de discutir a imprescindibilidade da integração do homem ao serviço de saúde preventivo associado aos aspectos culturais, apresenta-se, na sequência deste texto, a Política Nacional de Ação Integral à Saúde do Homem, que busca conduzir e evidenciar o homem como membro significativo da sociedade e demonstrar a importância de que ele seja prudente quanto ao próprio cuidado.

Política Nacional de Ação Integral à Saúde do Homem

Os aspectos relacionados à saúde do homem representam motivos de preocupação para as políticas públicas do Brasil, uma vez que a participação masculina nos serviços de saúde é desproporcional, em comparação com a do público feminino. Assim, a população masculina é passível de maior vulnerabilidade e de aumento do percentual epidemiológico de patologias agudas e crônicas (CHAKORA, 2014). Essa problemática pode ser mais bem entendida ao se frisar a escassez da adesão do homem aos serviços de saúde, em particular os de atenção bá-

sica. Culturalmente, ele não constrói o hábito de prevenção, tampouco observa as estratégias voltadas à saúde preventiva. Essa circunstância representa problemas associados à saúde do homem e traz agravantes que poderiam ser evitados.

A PNAISH busca exatamente reconhecer o homem como sujeito que necessita de prioridade e proteção, fazendo com que se habitue e tenha maior familiaridade com o ambiente de saúde. Procurar motivá-lo a romper a barreira da aversão às práticas de autocuidado e, principalmente, preventivas. O resultado seria um menor índice de morbimortalidade, menor protelação à procura de cuidados e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009).

A PNAISH, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria Ministerial 1.944, de 27 de agosto de 2009, atualmente está inserida no anexo XII da Portaria nº 2 de 28 de setembro de 2017, que estabelece as diretrizes sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, e atribui responsabilidade à Coordenação Nacional de Saúde do Homem de implementar a política em questão (BRASIL, 2018).

Ao se observar o ano da portaria, verifica-se que, apesar de ser relativamente nova, representa um marco à saúde do homem, e o anexo XII da Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017, fortalece essa política. Sua instituição é destacada em seu artigo primeiro:

Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º). Parágrafo Único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2017, s.p).

O artigo reforça a obrigatoriedade de uma política própria à saúde do homem, apontando que um cuidado integral pode diminuir substancialmente o modo como ele enfrenta os fatores que o tornam vulnerável e condicionando uma assistência voltada às realidades masculinas particulares. Entretanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2018), para que a PNAISH seja efetivamente promovida é necessário que se utilizem os cinco eixos que a sustentam: acesso ao acolhimento (que pretende tornar o homem pertencente ao ambiente de saúde, oportunizando o remodelamento para ações de inclusão masculina de acordo com traços específicos de cada região); saúde sexual e reprodutiva (objetiva motivar profissionais e gestão de saúde para cumprimento dos direitos que beneficiem a saúde sexual e reprodutiva do homem, oferecendo-lhe conhecimento para melhor enfrentamento de problemáticas); paternidade e cuidado (prioriza solidarizar profissionais, gestão de saúde e sociedade quanto à importância da participação masculina no planejamento familiar, vínculo saudável entre pai e filho (a) desde a gestação até o crescimento); doenças preeminentes em homens (intui consolidar os cuidados de atenção básica à saúde masculina, assegurando e/ou facultando uma assistência de qualidade que reduza os agravantes à saúde); prevenção de violências e acidentes (propõe realizar atividades que impactem o homem e profissionais da saúde quanto à violência e sua relação com o público masculino, além de preventivos a acidentes).

Apresentados os eixos, torna-se possível a visualização da política no conceito de integralidade à saúde do homem, ao se observar que ele se distancia do contato com os preceitos acima destacados. O homem, sujeito da sociedade, tem seus próprios valores socioculturais e regionais que precisam ser entendidos de forma que integralize seus princípios a sensibilização de um cuidado holístico com as realidades que o circundam. Assim, Chakora (2014) afirma que, para a integralização do homem à saúde, é necessário um olhar para suas pluralidades existenciais, englobando uma análise fisiológica, psicológica, social e econômica, considerando também o desenvolvimento organizacional das ações de maneira estratégica, oportunizando interação e quebra de paradigmas.

Nesse contexto, Knauth, Couto e Figueiredo (2012) afirmam que é prudente ter astúcia na solução da resistência masculina. Assim, é oportuno entender que há de se romper com os motivos que levam os homens a se afastarem de cuidados com a própria saúde, tanto os relativos aos paradigmas masculinos quanto os institucionais. Um exemplo disso é o horário de funcionamento das unidades de saúde, que é também o horário comercial. Dificilmente um homem que está inserido no trabalho formal se ausentará para agendamento de uma consulta, tampouco para consulta preventiva.

Ademais, os autores destacam o receio masculino à penalização do trabalho, e também o tempo necessário para agendamento de uma consulta, que é significativamente maior do que o da própria consulta. Logo, a extensão do horário de atendimento das unidades básicas, popularmente conhecido como 'corujões', é considerada uma estratégia de grande impacto atrativo aos homens, que se sentem privilegiados com esse horário exclusivo de atendimento. Ressalte-se que, para o sucesso dessa política, os serviços de saúde e seus profissionais precisam estar sensíveis e preparados para o atendimento ao homem, principalmente quanto a quebra de concepções de que o cuidado à saúde é inerente ao eixo materno-infantil, feminino ou idoso. O homem, como qualquer sujeito, precisa de atenção, proteção e integração aos serviços de saúde (MACHIN *et al.*, 2011).

Apresenta-se, adiante, a Atenção Básica à Saúde (ABS), espaço para promoção à saúde do homem, assim como para implementação da política em questão. Além disso, busca-se abordar a relação entre a ABS e o desenvolvimento regional, pondo em destaque sua importância para a saúde pública.

Atenção Básica à Saúde e Desenvolvimento Regional

Diversos estudos concentram-se em compreender a promoção e a obtenção da qualidade de vida, pois essa condição agrega vertentes que precisam ser entendidas e vivenciadas. Isso porque são determinantes na conservação da existência e porque guardam relação com agravos à saúde e com a expectativa de vida populacional. Nesse sentido, perceber a relação da ABS com o Desenvolvimento Regional (DR) é uma atitude válida, uma vez que a ABS é caracterizada como entrada para atividades imprescindíveis à saúde, especialmente para as preventivas. O DR, em suas premissas, intenciona promover a qualidade de vida, entre elas a saúde, definida como um fator peculiar ao desenvolvimento financeiro e coletivo e um preceito valioso da prosperidade (CASTRO; PELEGRINI; WINKLER, 2015).

Os serviços de saúde, em seus variados níveis de atenção, trabalham em prol de atender as necessidades reais da população, de modo a garantir o cumprimento dos princípios do SUS. Evidentemente, a interligação dos serviços estabelece um organograma de ações que priorizam o atendimento integral, universal e equânime da população de forma hierarquizada, determinando eixos de diferentes complexidades (LAVRAS, 2011). Nessa perspectiva, a ABS busca fomentar estratégias de atenção integral ambulatorial de acordo com suas finalidades constituintes, oportunizando fácil acesso à saúde, além de determinar estratégias diversificadas à saúde da família, o que conseqüentemente resulta na solução de grande parte dos problemas associado à saúde pública.

Segundo o Ministério de Saúde (2012), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) estabelecem arranjos ordenados por atividades e serviços de saúde diferenciados, que se articulam para atender as necessidades regionais ou territoriais, uma vez que cada região tem uma característica específica. Por conseguinte, a ABS deve ser estratégica desde sua localização até o planejamento dos cuidados ofertados, visto que cada região e local apresentam problemas distintos, que devem ser reconhecidos para que haja melhor adesão e promoção de uma assistência à saúde eficaz, correspondente aos problemas vivenciados pelos usuários.

Assim, para uma prudente percepção sobre a ABS, torna-se relevante destacar a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e preceitos para os arranjos organizativos de funcionamento da ABS, considerando a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Logo, entre os princípios e diretrizes gerais da atenção básica salienta-se que:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, s.p).

Como evidenciado na portaria, fica clara a importância da ABS para o Desenvolvimento Regional, principalmente pelo fato de suas ações visualizarem de forma abrangente a manutenção da saúde da população, sobretudo quanto à prevenção de agravos e serviços de ação sanitária. Essas vertentes têm como objetivo a diminuição dos problemas pertinentes à saúde, para melhor qualidade de vida e redução de fluxo no atendimento de serviços especializados e de alta complexidade. Há reflexos também na redução de gastos de procedimentos complexos que podem ser destinados para promover o desenvolvimento em outros contextos.

Ademais, segundo o Ministério da Saúde (2007), a ABS é definida como nível de assistência de baixa complexidade, fato que deixa subentendido que ela oferece uma lista de estratégias menos complexas. Entretanto, é pertinente frisar que a ABS deve dispor de uma equipe multiprofissional especializada e qualificada, como também de infraestrutura e estratégias peculiares aos distintos cenários brasileiros. Demanda, portanto, raciocínio clínico de alta complexidade teórica e grande compreensão empírica de acordo com as realidades da população assistida.

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, no item 'Informações Financeiras', evidencia a discrepância de recursos federais do SUS transferidos para atendimento da atenção básica, de média e alta complexidade, elucidando o valor despendido segundo o tipo de despesa. Desse modo, observa-se que, em dezembro de 2006 (último período disponível), os recursos federais do SUS por município mostraram uma transferência de R\$ 115.984.909,79 para atendimentos de média e alta complexidade. Já para os serviços de atenção básica foram despendidos R\$ 1.564.080,00 (BRASIL, 2006).

Indubitavelmente, investir em uma assistência básica de qualidade diminui os agravantes à saúde e proporciona qualidade de vida e desenvolvimento econômico. Logo, a saúde é uma premissa importante para o desenvolvimento econômico, bem como o desenvolvimento é fundamental à saúde. O que se visualiza é que o desenvolvimento e a saúde se associam de maneira mútua e/ou unificada. De acordo com Gadelha *et al.* (2011), a saúde é combustível para o desenvolvimento na sua proporção regional, cuja relevância baseia-se pelo expressivo corte de injustiças sociais e econômicas nacionais. Nesse sentido, a saúde possibilita a viabilização de melhores condições de vida à sociedade, ou seja, com assistência de qualidade há melhor coesão socioeconômica. Portanto, a saúde deve ser evidenciada na construção dos critérios políticos brasileiros.

Assim, também, o país deve se desenvolver de modo a fornecer condições para a manutenção da saúde. Para Castro, Pelegrini e Winkler (2015), o SUS propõe o planejamento e a organização de maneira regionalizada, seguindo os dilemas de maneira 'isolada' de cada população, sendo incumbido à atenção básica o contato inicial do sistema, ao receber a função de garantir a assistência ambulatorial básica e a realização de estratégias para saúde de maneira coletiva.

Ainda nesse raciocínio, os autores afirmam que, mesmo com as contribuições oferecidas pelo SUS, é preciso refletir sobre a escassez de recursos financeiros para promoção da equidade de acesso aos serviços de saúde, pois, irrefutavelmente, *a priori* as políticas de financiamento do SUS devem visualizar a diminuição dos desníveis em saúde. Um aspecto importante a ser considerado em relação à ABS é a adesão da população e os princípios usados na assistência. Nessa perspectiva, têm-se construído estratégias voltadas à população de maneira individual e coletiva, de modo que respeitem os preceitos culturais, tornando-a mais pertencente e participativa dos serviços de atenção básica à saúde.

Lavras (2011) ressalta que, mesmo com os avanços promovidos pelos SUS, correspon-

dentos aos arranjos da ABS, há ainda pormenores a serem considerados. Somente assim as intenções levantadas pela política nacional serão realmente cumpridas. Dentre esses pormenores, frisa-se o padrão de cultura vigente da sociedade, padrão este que deve ser valorizado e enfrentado como desafio para construção das práticas desenvolvidas.

Metodologia

A pesquisa caracterizou-se como descritiva-exploratória, com abordagem quantitativa cunho documental. A pesquisa exploratória foi utilizada em um estudo com temática semelhante sobre as dificuldades de inserção do homem na atenção básica à saúde e possibilitou conhecimento de fenômenos importantes ligados à participação do homem no ambiente de saúde (MOREIRA; FONTES; BARBOSA, 2014).

O estudo, aqui, relatado ocorreu em Augustinópolis, município relativamente novo (criado em 11 de maio 1982, pela Lei nº 9.180), localizado na microrregião chamada Bico do Papagaio, no estado do Tocantins. Em Augustinópolis há 18.412 habitantes e uma extensão territorial de 394,976 km². Destaca-se que no estado do Tocantins há 139 municípios, e que Augustinópolis ocupa o 12º lugar de morbidade hospitalar do sexo masculino (último censo disponível, de 2017) e já ocupou a 10ª posição no censo 2011 (IBGE, 2017). Esses dados justificam o recorte geográfico e relevam a importância de se averiguar de que forma a masculinidade tem interferido na adesão do homem aos serviços de saúde da atenção básica do município.

Foi utilizado como norteador o atendimento a homens realizado nas cinco unidades básicas de saúde do município, quatro urbanas e uma rural. Inicialmente, por meio de Carta de Apresentação e de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional, solicitou-se à Secretária de Saúde do Município autorização para realização de pesquisa para análise documental dos relatórios de dados do Portal do Departamento de Atenção Básica e-SUS dos atendimentos realizados nas cinco unidades básicas. Em seguida, após consentimento e acesso aos relatórios de atendimento, foi possível analisar os dados de atendimento aos homens no período 2015 - 2018. Esse delineamento periódico foi utilizado porque a implantação do e-SUS ocorreu em 2015, no município. Todavia, cabe destacar que, em 2011, foi implantada a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem nas unidades básicas.

Informações sobre o e-SUS, uma ferramenta de registro eletrônico que disponibiliza diversas informações, foi significativa para a pesquisa. Isso porque a intencionalidade do e-SUS é justamente reorganizar os dados da atenção básica, gerando informações em âmbito nacional. Sua utilização é fundamental na qualificação dos serviços à população e na gestão de estratégias à saúde (BRASIL, 2018).

Por fim, por meio da análise documental foi possível obter informações dos relatórios específicos de cada unidade básica de cada ano. Os dados foram avaliados, tabulados no Microsoft Excel e organizados categoricamente, de acordo com os objetivos propostos pelo estudo. Posteriormente, analisou-se a literatura pertinente e discutiram-se os resultados encontrados na pesquisa.

Resultados e Discussões

Com os dados do relatório investigado, foi possível apontar a faixa etária predominante masculina participante dos serviços das unidades básicas. Assim, foram somados os quatro anos de atendimento das diferentes unidades, analisando seu percentual final. Desse modo, a faixa etária predominante foi a de zero a 19 anos, evidenciando a UBS III como a de maior percentual (33,66%), o que pode ser justificado pela participação do grupo infante-juvenil nas ações voltadas à saúde do recém-nascido, puericultura e programas de imunização, que se associam, em sua maioria, com o incentivo e participação da mãe.

Contudo, ao se analisar a procura dos serviços de ação básica de 20 a 60 anos ou mais, nota-se que a faixa etária predominante está entre 60 anos ou mais: UBS I, com 31,64%; UBS III, com 25,81%; e, UBS IV, com 25,27%. Destaca-se que o terceiro percentual mais apresentado se encontra entre 40 e 59 anos: UBS II, (22,79%; I, 21,52%; e, III, 20,99%. Segundo Silva *et al.* (2018), a grande parcela de atendimento de homens acima de 15 anos nas unidades de saúde

concentra-se na faixa superior a 40 anos, o que salienta a necessidade de atenção e incentivo a homens jovens e adultos quanto a medidas preventivas e de promoção à saúde.

A Tabela 1 exhibe o relatório de atendimento das unidades básicas do município em estudo de acordo com o período delimitado pela pesquisa. Apresenta-se o quantitativo de atendimento do gênero masculino e do feminino das diferentes unidades, sendo possível analisar a participação e procura dos serviços de atenção básica pela população masculina.

Tabela 1. Caracterização de atendimento por gênero das Unidades Básicas do município de Augustinópolis, Tocantins, de 1 de fevereiro de 2015 a 31 de dezembro de 2018.

UBS	GÊNERO	2015		2016		2017		2018		TOTAL GERAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	Homens	407	24.55	1.359	30.57	2.829	32.05	3.142	32.02	7.737	31.27
	Mulheres	820	49.46	3.087	69.43	5.997	67.95	6.670	67.98	16.574	66.99
	Não informados	431	26.00	-	-	-	-	-	-	431	1.74
	T O T A L ANUAL	1.658	100	4.446	100	8.826	100	9.812	100	24.742	100
II	Homens	169	23.44	1.013	30.99	2.063	32.39	1.471	29.27	4.716	30.65
	Mulheres	401	55.62	2.256	69.01	4.307	67.61	3.554	70.73	10.518	68.37
	Não informados	151	20.94	-	-	-	-	-	-	151	0.98
	T O T A L ANUAL	721	100	3.269	100	6.370	100	5.025	100	15.385	100
III	Homens	369	21.33	1.477	28.80	2.588	32.02	3.440	33.16	7.874	31.11
	Mulheres	1.009	58.32	3.651	71.20	5.495	67.98	6.933	66.84	17.088	67.50
	Não informados	352	20.35	-	-	-	-	-	-	352	1.39
	T O T A L ANUAL	1.730	100	5.128	100	8.083	100	10.373	100	25.314	100
IV	Homens	337	19.82	2.129	37.80	4.096	34.57	4.509	36.44	11.071	35.08
	Mulheres	807	47.47	3.504	62.20	7.752	65.43	7.866	63.56	19.929	63.15
	Não informados	556	32.71	-	-	-	-	-	-	556	1.76
	T O T A L ANUAL	1.700	100	5.633	100	11.848	100	12.375	100	31.556	100
V Zona Rural	Homens	172	28.86	551	33.87	1477	38.14	1.633	35.94	3.833	36.02
	Mulheres	286	47.99	1.076	66.13	2.396	61.86	2.911	64.06	6.669	62.68
	Não informados	138	23.15	-	-	-	-	-	-	138	1.30
	T O T A L ANUAL	596	100	1.627	100	3.873	100	4.544	100	10.640	100

Fonte: Secretaria de Saúde de Augustinópolis, TO, 2019.

Destaca-se, inicialmente, que em todas as unidades básicas, nos diferentes anos, a demanda feminina mostra-se consideravelmente maior do que a masculina, atingindo muitas vezes o dobro do total de atendimentos, como pode ser visualizado na UBS II, em que a soma dos quatro anos representa menor procura (30,65%) da população masculina. Por outro lado, apesar da UBS V demonstrar maior demanda masculina (36,02%), ainda assim é pequena, quando comparada à feminina.

Diante disso, observa-se a relevância de se entender os fatores que estão ligados à pequena participação dessa população nos serviços de saúde, bem como de se refletir sobre a resistência aos cuidados de saúde primária e sobre o distanciamento da população masculina. Acredita-se que os aspectos culturais tenham relação direta com os resultados encontrados na pesquisa, em decorrência da cultura do contentamento, pois, apesar das estratégias políticas, a maioria dos homens resiste a procurar assistência básica. Além disso, seu distanciamento dos serviços de atenção básica repercute negativamente em sua qualidade de vida, o que os torna mais vulneráveis. Assim, como resultado, atualmente tem-se uma grande diferença no número de internação entre homens e mulheres, ainda que a população feminina tenha cuidados específicos que envolvam a gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2018).

Campos (2013) diz ser incorreto estudar a saúde do homem sem relacionar a cultura masculina e a categorização do gênero. Entretanto, há outras questões que corroboram a invisibilidade do homem nos serviços de saúde, bem como a necessidade de identificar suas particularidades, para que se possa promover sua integração e a eliminação das barreiras que o limitam.

O serviço de saúde ainda é visualizado como um ambiente relativo ao público feminino. Essa percepção reflete negativamente na procura do homem à assistência à saúde. É preciso desmistificar a ideia de que o homem não é pertencente ao cuidado e explorar condutas mais acolhedoras para envolver esse sujeito, pois precisam ser considerados os agravos à população masculina decorrentes de sua resistência a procurar os serviços de saúde (CORDEIRO *et al.*, 2014).

Para Machin *et al.* (2011), a diferenciação entre a participação dos homens e a das mulheres está diretamente na dimensão cultural. Segundo esses autores, há uma feminização dos serviços de saúde que muitas vezes é estampada pelos próprios profissionais da área. Destaca-se que 2015, predominantemente, foi o ano de menor procura dos homens nas unidades, mais expressivamente na UBS IV (19,82%), na III (21,33%) e na II (24,44%). Entretanto, ao tentar identificar o ano de maior atendimento, observam-se variações entre as unidades: em 2017, a UBS V, a II e a I tiveram maior percentual (38,14%, 32,39%, e 32,05%, respectivamente); a UBS IV teve 37,80%, em 2016; e, a UBS III, 33,16%, em 2018.

Ressalta-se que em 2015 já existia a PNAISH. Ainda assim, o atendimento à população masculina apresentou resultados negativos, que deixam uma incógnita quanto ao desenvolvimento da política no ano em questão. Além disso, acredita-se que, com a integração promovida pela política, tenha ocorrido maior crescente envolvimento da população masculina nos serviços de atenção básica; no entanto, os resultados apresentam oscilações durante os anos estudados.

Ao analisar a saúde e o desenvolvimento, é preciso compreender essa relação com questões não somente econômicas, como é o caso de dispêndios à saúde da população, mas também sociais, principalmente nas unidades de atenção básica que, desde suas implantações, buscam atender às necessidades específicas de uma população em um determinado local, bairro, vila, povoado, aldeia, entre outros.

Em virtude disso, cabe destacar que os direitos sociais estão também relacionados à promoção de saúde à população de maneira coletiva e individual, pois a saúde deve ser peça fundamental para o desenvolvimento, uma vez que determina uma associação entre o social e o econômico (COSTA; BAHIA; BRAGA, 2017). Portanto, “[...] o acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico” (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018, p. 2).

Para que haja envolvimento da população com os serviços de saúde básica há necessidade de investimentos que garantam infraestrutura e qualificação profissional. É imprescindível

vel, também, valorizar os aspectos sociais de cada população assistida, respeitando suas singularidades, para que haja, estrategicamente, um envolvimento da sociedade, de profissionais da saúde e de gestores. Assim, por meio da sensibilização dos profissionais da atenção básica, para que entendam que, apesar do atendimento à saúde ser ocupado predominantemente pela população feminina, é preciso desassociar a concepção de que o homem não pertença a esse ambiente. Há que se promover, portanto, a oportuna quebra de paradigmas de masculinidade que contentam a ilusória ideia de que o homem não precisa de atenção, tampouco de cuidado.

Justifica-se que, independentemente das grandes modificações sociais, ou do fato de que o homem tenta romper as limitações postas pela masculinidade hegemônica e exprime outro significado à atenção com a saúde própria, ele se torna o centro de críticas, pois sua figura social imprime outra visão. É fundamental que haja uma desconstrução social da imagem da masculinidade, para que o homem se torne mais ativo e mais confortável no ambiente de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2014).

Observa-se, na Tabela 1, que a procura dos serviços de atenção básica por homens em unidades da zona urbana e rural, a UBS V da zona rural apresentou (em 2015 e 2016) maior do que a da zona urbana, além de o somatório dos quatro anos apresentar o percentual mais elevado de atendimento, como destacado anteriormente. Tal resultado desperta curiosidade, pois em muitas situações a assistência promovida à saúde do homem da zona rural acaba apresentando resultado negativos, principalmente em decorrência de fatores de estereótipos masculinos e de sua protelação, mas também pelas desigualdades de acesso à saúde entre a zona urbana e rural.

De acordo com Arruda, Maia e Alves (2018), apesar das desigualdades entre a área urbana e a rural, a busca por assistência à saúde na zona rural tem crescido; no entanto, a área urbana permanece apresentando maior procura. Destaca-se que os motivos que levam o homem da área rural a procurar o serviço de saúde acontece principalmente por razões de patologias já estabelecidas, e não para fins preventivos e/ou de autocuidado. Estudo de Ferraz *et al.* (2013) sobre as demandas do homem rural voltada à atenção básica evidenciou que a assistência predominante nos prontuários está direcionada a fins terapêuticos, visto que o homem agricultor procura os serviços da unidade básica quando sente dor, geralmente conexa aos riscos ergonômicos do ofício, como complicações musculoesqueléticas ou do tecido conjuntivo. Todavia, a procura do homem rural para tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão continuam sendo relevantes.

Embora os resultados da pesquisa tenham apresentado maior procura dos homens da zona rural, é importante questionar quais motivos os levaram a procurar os serviços de atenção básica e de que forma essa assistência tem promovido a conscientização dessa população sobre o autocuidado e o cuidado preventivo. Esses resultados indicam que a prevenção à saúde continua sendo uma realidade distante da maioria dos homens da zona rural. Esse distanciamento ocorre, não somente na atenção básica, mas também nos serviços hospitalares, o que sinaliza as desigualdades entre a população da região urbana e rural. Esse desnível pode ser justificado pelas diferentes rendas financeiras, uma vez que as classes A e B apresentam maior consumo de serviços de saúde do que as D e E, que são expressivas em regiões rurais. Essa situação pode ser explicitada pelo acesso a um bom serviço de saúde, como é o caso dos planos privados de saúde, e pela dificuldade de transporte para locomoção ao local de atendimento (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018)

Além disso, foi verificado também o número de atendimento por turno nas diferentes unidades estudadas, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização do atendimento por turno das Unidades Básicas do município de Augustinópolis, Tocantins, de 1 de fevereiro de 2015 a 31 de dezembro de 2018.

UBS	TURNO	2015		2016		2017		2018		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	Manhã	964	58.14	2.789	62.73	4.935	55.91	5.371	54.74	14.059	56.82
	Tarde	516	31.12	1.078	24.25	2.975	33.71	3.532	36.00	8.101	32.74
	Noite	138	8.32	468	10.53	916	10.38	907	9.24	2.429	9.82
	Não informado	40	2.41	111	2.50	-	-	2	0.02	153	0.62
	TOTAL ANUAL	1.658	100	4.446	100	8.826	100	9.812	100	24.742	100
II	Manhã	263	36.48	1.711	52.34	3.487	54.74	2.700	52.68	8.161	5.70
	Tarde	382	52.98	1.314	40.20	2.331	36.59	1.859	36.27	5.886	38.01
	Noite	74	10.26	216	6.61	552	8.67	566	11.04	1.408	9.09
	Não informado	2	0.28	28	0.86	-	-	-	-	-	0.19
	TOTAL ANUAL	721	100	3.269	100	6.370	100	5.125	100	15.485	100
III	Manhã	1.016	58.73	2.839	55.36	4.414	54.61	5.655	54.52	13.924	55.01
	Tarde	560	32.37	2.018	39.35	3.161	39.11	3.893	37.53	9.632	38.05
	Noite	100	5.78	239	4.66	508	6.28	822	7.92	1.669	6.59
	Não informado	54	3.12	32	0.62	-	-	3	0.03	89	0.35
	TOTAL ANUAL	1.730	100	5.128	100	8.083	100	10.373	100	25.314	100
IV	Manhã	1.178	69.29	3.825	67.90	6.281	53.01	6.254	50.54	17.538	55.58
	Tarde	451	26.53	1.247	22.14	4.550	38.40	5.054	40.84	11.302	35.82
	Noite	66	3.88	521	9.25	1.017	8.58	1.065	8.61	2.669	8.46
	Não informado	5	0.29	40	0.71	-	-	2	0.02	47	0.15
	TOTAL ANUAL	1.700	100	5.633	100	11.848	100	12.375	100	31.556	100
V Zona Rural	Manhã	376	63.09	1.087	66.81	2.231	57.60	2.547	56.05	6.241	58.88
	Tarde	181	30.37	445	27.35	1.266	32.69	1.631	35.89	3.483	32.86
	Noite	37	6.21	94	5.78	376	9.71	365	8.03	872	8.23
	Não informado	2	0.34	1	0.06	-	-	1	0.02	4	0.04
	TOTAL ANUAL	596	100	1.627	100	3.873	100	4.544	100	10.600	100

Fonte: Secretaria de Saúde de Augustinópolis, TO, 2019.

A Tabela aponta uma caracterização diurna de atendimentos e evidencia que o período da manhã apresenta demanda superior em todas as unidades nos diferentes anos, exceto em 2015 na UBS II, que teve percentual elevado (55,98%) no turno vespertino. Esse resultado é intrigante, visto que, tanto o horário diurno como o vespertino, são igualmente disponíveis para atendimento. Entretanto, sublinha-se que a assistência noturna é uma extensão dos atendimentos, com um dia específico definido estrategicamente, em cada unidade.

A flexibilização e a disponibilização do atendimento noturno ampliado resultam das coincidências do horário de atendimento das unidades de saúde com o horário comercial de trabalho. Essas coincidências dificultam à população que trabalha de maneira formal o acesso

aos benefícios oriundos dos serviços de atenção básica (CORDEIRO *et al.*, 2014). Nesse sentido, cabe destacar a ausência masculina nos serviços de saúde relacionado ao horário de atendimento, visto que os homens, em sua maioria, trabalham para prover as necessidades próprias e familiares. Essa circunstância é usada como justificativa pelos homens, entretanto muitas mulheres que estão no mercado de trabalho priorizam os serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A priorização do homem pelo trabalho é traço da cultura do contentamento, pois, apesar do direito estabelecido de garantia à saúde. Para Galbraith (1992), a cultura do contentamento torna a população acomodada, pois a sociedade, de forma autoaprobatória, permite ser controlada sem muito esforço, privando-se de seus direitos sem quaisquer reivindicações. Desse modo, as unidades em estudo utilizam o período noturno para atender a população masculina do município como estratégia para implementação da PNAISH e, por conseguinte, para integração desse sujeito no ambiente de saúde.

De acordo com a pesquisa, há um relativo número de atendimentos no período noturno, mesmo que insuficiente. Pela soma de atendimentos periódicos de 2015 a 2018, apesar de nenhuma unidade básica atingir 10% do total de atendimento, chegando até 6,59% - como é o caso da UBS III, deve ser observado que o atendimento é feito exclusivamente em dia determinado, enquanto nos períodos matutino e vespertino os atendimentos ocorrem de segunda a sexta-feira.

Ademais, ressalta-se que o menor percentual de demanda noturna anual foi identificado em 2015 na UBS IV, demonstrando apenas 3,88% de atendimento, seguida da UBS III em 2016, com 4,66%. Em contraste, a maior assistência nesse período ocorreu em 2018, na UBS II com 11,04%. Todavia, apesar de ser sublinhada maior demanda noturna em 2018, vale destacar que a tabela aponta variações entre os anos no atendimento noturno, não estabelecendo um crescimento constante. De maneira geral, os homens têm receio de faltar ao trabalho e serem punidos por isso, principalmente o homem de baixa renda, que é visualizado no mercado pela sua força lucrativa. Tal fato faz com que esse grupo específico necessite de uma atenção ainda mais enfática (BRASIL, 2009).

Constata-se que a extensão de horário repercute de maneira positiva no público masculino. De acordo com Cordeiro *et al.* (2014), a ampliação de horário incentiva a procura do homem por resolver essa dificuldade. Esse contento masculino pela exclusividade relaciona-se com vertentes culturais de masculinidade, uma vez que o homem se sente mais confortável em estar em um ambiente em que outros se encontram de igual modo. Segundo Galbraith (1922), é da essência do contentamento resistir às situações que se contrapõem veemente aos valores culturais do indivíduo.

Nesse sentido, torna-se viável a exclusividade e o ampliamiento do atendimento dos serviços de ABS para inserção da população masculina. Entretanto, acredita-se que há maiores barreiras a serem superadas, visto que o homem, assim como a mulher, necessita de cuidados constantemente. Essa comodidade no atendimento noturno, apesar de aproximá-los, pode distanciá-los da inclusão em serviços de maiores demandas no período diurno e vespertino. Portanto, identifica-se que, apesar de a população masculina ter participado dos programas de atenção integral à saúde do homem nas unidades básicas, há lacunas a serem preenchidas, bem como discrepâncias significativas entre a procura por assistência masculina e feminina, declínios de procura entre os anos e resultado insuficiente do atendimento noturno.

Considerações Finais

Foi possível alcançar a intenção do estudo, de averiguar como a masculinidade interfere na adesão do homem nos serviços de saúde da atenção básica do município de Augustinópolis/TO. Observou-se que nas cinco unidades estudadas no período 2015 - 2018 a demanda feminina apresenta-se consideravelmente maior do que a masculina, atingindo muitas vezes o dobro do total de atendimento. Tal fato é motivado pela interferência da masculinidade no distanciamento do homem dos serviços de atenção básica. Assim, é importante compreender os fatores culturais e sociais que determinam a resistência masculina ao cuidado à saúde.

Ademais, nota-se que a faixa etária masculina majoritária que adere aos serviços das

unidades acima de 19 anos é de 60 anos ou mais, seguida das faixas de 40 a 59 anos. Enfatiza-se que a maioria dos homens que procuram os serviços de saúde são idosos, fato que pode ser justificado pelas necessidades de cuidados estabelecidos nessa fase da vida.

Ao se observar a procura dos serviços por homens entre as unidades, nota-se que a zona rural apresenta muitas vezes (2015 e 2016) maior demanda que a urbana. Tal constatação destaca-se, pois, em muitas situações, a zona rural acaba sendo desprivilegiada, devido as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Portanto, há necessidade de identificação dos motivos que os levam a procurar assistência e do modo como Augustinópolis tem oferecido desenvolvimento para a região rural.

Identificou-se, pelo percentual de atendimento noturno obtido, que a população masculina tem participado da PNAISH, mesmo que de forma insuficiente. Tal fato demonstra a aceitação dos homens no atendimento ampliado, o que pode ser justificado pelo horário de atendimento coincidir com o horário de trabalho formal. Por outro lado, acredita-se que os homens se sentem acomodados na cultura do contentamento e em seus padrões de masculinidade. Isso porque, embora o acesso à saúde seja um direito garantido a eles que, priorizam resistir a esse atendimento, principalmente nos períodos matutinos e vespertinos, quando há diversificação de pacientes.

Nota-se que, mesmo com uma política pública específica para a população masculina, ainda existe resistência dos homens quanto a adesão aos serviços de saúde. Entender os fatores que se vinculam com a protelação masculina no contexto prevenção e atenção básica constitui ainda um desafio (MOREIRA; FONTES; BARBOSA, 2014).

O distanciamento masculino pode estar relacionado aos padrões de masculinidade, que se contrapõem à ideia de que o homem precisa de cuidado, Pode estar relacionado também a: referências culturais que contentam a população em seus paradigmas, mesmo diante da necessária mudança; fatores socioeconômicos, visto que as desigualdades entre as classes reflete no consumo dos serviços de saúde; e, despreparo profissional, já que o ambiente precisa de melhor forma incluir essa população.

Nesse sentido, acredita-se que o estudo aqui apresentado contribui para reflexões quanto à saúde do homem, no que se refere ao seu protagonismo em ações de saúde. Há necessidade, portanto, de sensibilização no contexto cultural, social e local, para que o homem se sinta pertencente ao ambiente saúde, e é essencial a ruptura de paradigmas. Há que considerar que essa população tem seus valores próprios, que devem ser compreendidos, quando da promoção de mudança e melhoria na qualidade de vida masculina.

Referências

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 e 2008. **Caderno de Saúde Pública** [online]. Campinas, SP, v. 34, n.6, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00213816.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade do SUS**. Brasília, DF, 1. ed. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perfil da morbimortalidade masculina**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/adm/Documents/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Sistema de informação sobre os recursos federais do SUS (por município)** - conceito e período de competência- Brasil. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?recsus/cnv/rsuf.def>. Acesso em: 05 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 12 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 12 de dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **E- SUS Atenção Básica** (manual de uso do sistema como prontuário eletrônico). Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção Básica. **Saúde do Homem**. Brasília-DF, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_homem.pdf. Acesso em: 09 dez. 2019.

CAMPOS, M. de L.P. Algumas reflexões sobre a saúde do homem: a resistência aos cuidados de saúde primária associado à ausência de ação integral. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão. São Luiz, MA, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniae-geracao/pdf/algumasreflexoessobreausedohomem.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CASTRO, J. D. de; PELEGRINI, M. L. de; WINKLER, K. L. B. Saúde, Desenvolvimento Econômico e Desigualdade nos Municípios do Rio Grande do Sul: um Estudo sobre Gasto Público e Idese. **Revista Análise Econômica** [online]. Porto Alegre, RS, v. 33, n. 64, p. 7-26, set. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/viewFile/16626/34874>. Acesso em: 05 dez. 2019.

CHAKORA, E. S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online]. Brasília, DF, v. 18, n. 4, out-dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0559.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

COELHO, E. B.; SCHWARZ, E.; BOLSONI, C. C.; CONCEIÇÃO, T. B. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018, 66. p [online]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2019.

COSTA, L. S.; BAHIA, L.; BRAGA, P. S. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 7, p. 2119-2127, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n7/2119-2127/pt>. Acesso em: 11 dez. 2019.

CORDEIRO, S. V. L.; FONTES, W. D. de; FONSÊCA, R. L. S.; BARBOZA, T. M.; CORDEIRO, C. A. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola**

Anna Nery Revista de Enfermagem [online]. Pessoa, PB, v. 18, n. 4, p. 644-649, out-dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0644.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

FERRAZ, L.; TRINDADE, L. de L.; BEVILAQUA, E.; SANTER, J. As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. **Revista Mineira de Enfermagem** [online]. Florianópolis, SC, v. 17, n. 2, p. 349, abr/jun, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/654>. Acesso em: 26 dez. 2019.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W de F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 6, p.3003-3016, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n6/3003-3016/pt>. Acesso em: 22 dez. 2019.

GALBRAITH, J.K. **A Cultura do Contentamento**. São Paulo: Pioneira,1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Morbidade hospitalar**. Portal do Governo Brasileiro. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/augustinopolis/pesquisa/17/15752?tipo=ranking&indicador=15754&ano=2017>. Acesso em: 12 dez. 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Panorama de Augustinópolis, Tocantins**. Portal do Governo Brasileiro. Brasília, DF 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/augustinopolis/panorama>. Acesso em: 25 dez. 2019.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. dos 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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Porto Alegre, RS, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2019.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade** [online]. São Paulo, SP, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2019.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. da; SCHRAIBER, L. B; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W dos S; VALENÇA, O. A; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidado em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. São Paulo, SP v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2019.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. de; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** [online]. João pessoa, PB, v.18, n.4, out-dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0615.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Sociedade** [online]. São Paulo, SP, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a13.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SILVA, A. N. e; SILVA, S. A. da; SILVA, A. R. V. da; ARAÚJO, T. M. E. de; REBOUÇAS, C. B. A.; NOGUEIRA, L. T. A avaliação primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 71, n. 2, p. 255-63, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0236.pdf. Acesso em: 22 dez. 2019.

SIQUEIRA, B. P de J.; TEIXEIRA, J. R. B.; NETO, P. da F. V.; BOERRY, R. N. S. de O.; VILELA, A. B. A. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem** [online]. Jequié, BA, v. 18, n. 4, p.690-696, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0690.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2019.

Recebido em 30 de março de 2020.

Aceito em 13 de julho de 2020.