

Acesso dos homens aos serviços de saúde da atenção primária: utopia ou realidade?

Male access to health services in primary care: utopia or reality?

El acceso de los hombres a los servicios de salud de la atención primaria: ¿ Utopía o realidad?

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira¹ , Juliana Alves Leite Leal¹ , Marcio Costa de Souza¹ , Maria Fernanda Feltrin de Oliveira² , André Luiz Nascimento Jesus³ 

¹Universidade Estadual de Feira de Santana – Novo Horizonte (BA), Brasil.

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil.

³Hospital Teresa de Lisieux – Salvador (BA), Brasil.

Resumo

Introdução: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem implementada em 2009 visa diminuir barreiras de acesso da população masculina aos serviços de saúde. **Objetivo:** Este estudo objetivou analisar o acesso de homens aos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família em um município do interior da Bahia, sob as dimensões organizacional e técnica. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado em Unidades de Saúde da Família de um município da Bahia, do qual participaram quatro trabalhadores de saúde e dez usuários. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados por análise de conteúdo temática. A pesquisa obedeceu às Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 580, de 22 de março de 2018, e foi aprovada sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 01439012.1.0000.0053. **Resultados:** Os resultados revelam que a procura dos homens pelos serviços da atenção primária ainda é baixa. Existe falta de planejamento de ações direcionadas aos homens pela equipe de saúde, resumindo-se ao atendimento da demanda espontânea, com campanhas pontuais como “novembro azul”. Os trabalhadores revelaram dificuldades de estabelecer vínculo com os usuários, principalmente os jovens. **Conclusões:** O estudo mostra que o acesso dos homens aos cuidados em saúde nas unidades de saúde da família é pequeno. Isso se dá pela falta de planejamento das equipes de saúde com relação às necessidades desta população, pouca compreensão do processo saúde-doença pelos homens, dificuldades de acesso geográfico, horário de funcionamento das unidades incompatível com a jornada laboral dos homens, acolhimento inadequado e não estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários. Assim, passados 15 anos da aprovação da política, ainda persistem as lacunas assistenciais a esta população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde do homem; Acesso aos serviços de saúde.

Autora correspondente:

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

E-mail: lcfoliveira@uefs.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAE n. 65693716.7.0000.0053

TCLE:

sim.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 12/04/2024.

Aprovado em: 08/09/2025.

Editora associada:

Monique Bourget

Como citar: Oliveira LCF, Leal JAL, Souza MC, Oliveira MFF, Jesus ALN. Acesso dos homens aos serviços de saúde da atenção primária: utopia ou realidade? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4260. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4260](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4260)



Abstract

Introduction: The National Policy for Comprehensive Men's Health Care was implemented in 2009 and intends to reducing barriers to the access of the male population to health care services. **Objective:** This study aimed to analyze men's access to health care services belonging to Family Health Strategy in the countryside of Bahia, considering organizational and technical dimensions. **Methods:** This is qualitative study, carried out in Family Health Care Units in a district of Bahia, in which 4 health care providers and 10 health service users participated. The data was collected by semi-structured interviews and analyzed by thematic analyses of content. The research was in accordance with Resolution n. 466, from December 12, 2012, and n. 580, from March 22, 2018. It was approved by Certificate of Presentation for Ethical Review (CAAE) N.01439012.1.0000.0053. **Results:** The results reveal that male seeking of health care services in primary care is still low. There is a lack of planning for actions directed towards men by the health team, which is limited to addressing spontaneous demands, with occasional campaigns such as "Blue November". The workers reported difficulties in establishing a relationship with users, especially with young men. **Conclusions:** The study shows that male access to health care in Family Health Care Units falls short. This happens because: the team's lack of planning around the needs of this population group, little understanding of men's health-illness process, geographical access difficulties, incompatibility between unit's opening times and working hours, inadequate reception and lack of bonding between patients and workers. So, 15 years after the establishment of the Policy, assistance gaps still persist when it comes to male health.

Keywords: Primary Health Care; Male health; Health services accessibility.

Resumen

Introducción: La Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre implementada en 2009 tiene como objetivo reducir las barreras de acceso de la población masculina a los servicios de salud. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar el acceso de los hombres a los servicios de salud de la Estrategia Salud de la Familia en un municipio del interior de Bahía, según las dimensiones organizativa y técnica. **Métodos:** Estudio cualitativo, realizado en Unidades de Salud de la Familia en un municipio de Bahía, participaron 4 trabajadores de salud y 10 usuarios. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas y analizados mediante análisis de contenido temático. La investigación cumplió con las Resoluciones nº 466 de 12 de diciembre de 2012 y nº 580, de 22 de marzo de 2018, aprobadas bajo CAE N.01439012.1.0000.0053. **Resultados:** Los resultados revelan que la demanda de servicios de atención primaria por parte de los hombres aún es baja. Falta planificación de acciones dirigidas a los hombres por parte del equipo de salud, que se limita a servir a la demanda espontánea, con campañas específicas como el "Noviembre azul". Los trabajadores revelaron dificultades para establecer vínculos con los usuarios, especialmente los jóvenes. **Conclusiones:** El estudio muestra que el acceso de los hombres a la atención de salud en las unidades de salud de la familia es limitado. Esto se debe a la falta de planificación por parte de los equipos de salud con relación a las necesidades de esta población, poca comprensión del proceso salud-enfermedad experimentado por los hombres, dificultades de acceso geográfico, horarios de apertura de las unidades incompatibles con las horas laborales de los hombres, recepción inadecuada y falta de establecimiento de vínculos entre el equipo y los usuarios. Así, a 15 años de la aprobación de la política, aún persisten brechas en la atención a esta población.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Salud del hombre; Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) implementada em 2009 no Brasil tem como finalidade principal garantir o acesso da população masculina aos serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, reduzir as suas barreiras. Importante destacar que esse grupo populacional tem uma construção sócio-histórica de baixa busca pelos serviços de saúde.^{1,2}

O acesso aos serviços de saúde pode ser analisado sob várias dimensões; a dimensão organizacional engloba a porta de entrada, o fluxo do atendimento, barreiras geográficas e regulação/referência/contrarreferência. Já a dimensão técnica é focada na integralidade da atenção, no acolhimento, no vínculo, na competência/habilidade, no compromisso e na qualidade da atenção.³

Historicamente, a atenção à saúde da mulher e das crianças tem políticas específicas, em contraposição à temática da saúde masculina que só começou a ser discutida a partir da implantação da PNAISH.² Assim, nota-se que a saúde do homem ainda é pouco abordada e desconhecida pela sociedade, o que proporciona a existência de vazios assistenciais nos serviços de saúde.^{4,5}

É importante destacar que há diversos fatores que levam à baixa procura dos homens pelos serviços de saúde, no entanto esse déficit não deve ser atribuído apenas à falta de responsabilidade dos homens com sua saúde, mas também à (des)organização dos modelos de atenção à saúde, especialmente a APS. Estudos mostram que a maioria dos homens não compreende o processo saúde-doença.^{6,7}

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a APS como referência na coordenação e ordenação do cuidado. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal ponto de atenção à saúde, e a sua expansão pode ser considerada uma importante política de ampliação do acesso aos serviços de saúde.⁸⁻¹⁰

No entanto, quando se trata do cuidado à saúde dos homens, o seu acesso pode ser afetado pela não adequação da estrutura das unidades da APS, além da falta de motivação e do desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nessa população.^{5,10-13}

Além disso, em muitos locais os trabalhadores de saúde desconhecem a PNAISH e as fragilidades no conhecimento sobre a relação homens-serviço, o que leva a discursos, por parte da equipe de saúde, de culpabilização dos homens diante dos frágeis vínculos com a ESF. Isso pode comprometer a resolutividade do cuidado e a integralidade da atenção.^{10,12}

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar o acesso de homens aos serviços de saúde ofertados pela ESF em um município do interior da Bahia, sob as dimensões organizacional e de técnica do acesso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, e o guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁴ foi utilizado para a escrita desta pesquisa. O estudo foi realizado em um município de grande porte do interior da Bahia, cuja principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias (IBGE).¹⁵ Os dados foram produzidos em duas unidades de saúde da família da zona rural e duas unidades de saúde da família na zona urbana. As unidades urbanas atendem, cada uma, aproximadamente 2.500 famílias; já uma das unidades rurais atende 2.475 famílias e a outra, 2.366 famílias, porém a área territorial de abrangência de ambas é extensa, com povoados distantes das Unidades de Saúde da Família (USF).

Como técnica para a produção dos dados, foi escolhida a entrevista semiestruturada com roteiro específico para trabalhadores, que inclui questões direcionadas ao processo de trabalho e cuidados em saúde direcionados aos usuários homens, assim como roteiro específico para os usuários homens, com questões sobre acesso ao serviço (facilidades e dificuldades), vínculo e acolhimento pela equipe de saúde. A amostra do estudo foi definida de forma intencional e formada por dois grupos: Grupo I — composto de trabalhadores de saúde atuantes na ESF há mais de seis meses (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), representados no texto pela letra T seguida do número ordinal crescente, de acordo com o acontecimento da entrevista; e Grupo II — formado por usuários do sexo masculino, maiores de 18 anos, residentes nas áreas de abrangência das USF estudadas, cadastrados há mais seis meses, representados pela letra U, seguida do número ordinal crescente pelo mesmo critério. O número de participantes totalizou 14 pessoas, sendo quatro trabalhadores de saúde e dez usuários do serviço, e tal número foi definido por meio da saturação dos dados obtidos.¹⁶ O Quadro 1 traz a caracterização socioeconômica dos participantes do estudo.

Quadro 1. Caracterização socioeconômica dos participantes do estudo.

Participante	Gênero	Idade	Escolaridade	Profissão/Ocupação
T1	Feminino	51	Superior completo	Enfermeira
T2	Feminino	34	Ensino técnico	Téc. em Enfermagem
T3	Feminino	26	Ensino técnico	Téc. em Enfermagem
T4	Feminino	28	Superior completo	Enfermeira
U1	Masculino	29	Fundamental incompleto	Carpinteiro
U2	Masculino	82	Analfabeto	Aposentado
U3	Masculino	27	Médio completo	Comerciante
U4	Masculino	45	Médio incompleto	Lavrador
U5	Masculino	54	Fundamental incompleto	Lavrador
U6	Masculino	55	Fundamental completo	Pintor de paredes
U7	Masculino	38	Médio completo	Motorista
U8	Masculino	44	Médio completo	Comerciário
U9	Masculino	40	Médio completo	Auxiliar de serviços gerais
U10	Masculino	51	Fundamental completo	Lavrador

Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo temática.¹⁷ A pesquisa obedeceu às Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012,¹⁸ e nº 580, de 22 de março de 2018,¹⁹ e foi aprovada sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 01439012.1.0000.0053.

RESULTADOS

Da análise dos dados emergiram duas categorias temáticas: 1) acesso da população masculina ao programa de saúde da família: só buscam quando estão doentes; 2) a construção do vínculo e acolhimento: até que ponto a frequência pode produzir aproximação?

Acesso da população masculina à Estratégia Saúde da Família: só buscam quando estão doentes

Os relatos dos trabalhadores de saúde revelam que a demanda pelas ações/serviços de saúde das USF é predominantemente feminina, apesar das estratégias utilizadas pela equipe para que os homens mudem a perspectiva sobre a funcionalidade da unidade de saúde. Neste caso, apenas os trabalhadores de uma unidade relataram oferecer serviços específicos para acolherem essa população e para que eles possam frequentar a USF no cotidiano, como por exemplo a realização de atividades esportivas além da programação de atividades fora do horário comercial de trabalho.

A realização de ações específicas para atrair o público masculino para as unidades de saúde representa uma ferramenta importante para alcançar essa finalidade. No entanto, tais atividades não eram comuns em todas as unidades estudadas, e em nenhuma delas havia planejamento estratégico de ações voltadas para a saúde do homem; as atividades realizadas eram pontuais e aconteciam em apenas uma USF.

Com relação ao horário de funcionamento da unidade de saúde, fator que representa dificuldade para o acesso dos homens às unidades de saúde, os entrevistados descrevem que:

O horário é que não coincide, muitas vezes chegam aqui 16h pra tomar antitetânica, mas fecha 15 min antes. O posto fecha às 16h, aí não pode mais atender (T2).

Eu trabalho a semana toda, só estou aqui no fim de semana (U2).

Uma parte dos homens aqui da zona rural trabalha na sede do município, então muitas vezes ele não tem a oportunidade de estar vindo na unidade. A não ser que eles faltem ao trabalho, mas a grande maioria não vem (T4).

Nota-se nas falas acima dificuldades para o cuidado dos homens diante do horário de funcionamento da unidade, que acontece de forma concomitante com o horário de suas atividades laborais.

Por outro lado, os homens portadores de doenças crônicas com faixa etária mais avançada, provavelmente aposentados, participavam mais ativamente de atividades na USF por meio dos grupos direcionados para hipertensos e diabéticos.

No entanto, tais grupos não direcionam a educação em saúde para a prevenção de problemas de saúde exclusivos dos homens, pois concentram-se mais nas doenças hipertensão e diabetes. Assim, esse tipo de atividade de educação em saúde auxilia no controle e tratamento dessas doenças pelos homens que já estão adoecidos, porém não abrange o público masculino em geral, no sentido da prevenção desses agravos:

Nós fazemos grupos de hipertensão e diabetes, os homens participam, mas não é direcionado exclusivamente para os homens, quando fazemos atividades exclusivas para os homens temos pouca adesão (T1).

Entre as poucas atividades ofertadas para os homens estão as salas de espera e campanhas de saúde, como o “novembro azul”, atividades educativas pontuais realizadas pelas equipes com temáticas sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e contra o câncer de próstata. Entretanto, os trabalhadores relatam pouca receptividade deles às atividades preventivas, especialmente as de educação em saúde:

Eles vêm pra consulta que eles marcaram, mas pra ficar sentado para ouvir não (T1).

Não, atividades de prevenção não. Não gostam de palestras, são impacientes, não participam (T2).

Assim, como no cotidiano há falta de planejamento para a execução de ações direcionadas à população masculina pela equipe de saúde, a oferta resume-se ao atendimento da demanda espontânea, sem nenhuma atividade direcionada à saúde do homem de forma organizada, com exceção de campanhas pontuais.

De maneira geral, os homens só buscam a USF quando estão doentes. Esta afirmativa está presente na maioria das falas dos sujeitos entrevistados, independentemente de serem usuários ou trabalhadores de saúde.

Eles vêm assim, quando estão doentes, para prevenir não. Só vêm pra parte curativa, para prevenir não (T4).

Eles vêm quando precisam [...] conforme a necessidade, sentem a pressão alta, ou sentem algo na próstata, febre, alguma coisa, mas nada que tenha um horário reservado, que faça parte da demanda organizada do serviço (T2).

Porque o homem só procura mais o médico quando está bastante doente. Eu tiro por mim, que só procuro o médico quando estou bastante doente e não aguento mais (U1).

Enfim, as demandas estão relacionadas com as necessidades de saúde, quando sintomas percebidos como importantes geram a procura pelo serviço. Assim, a demanda dos homens pelas unidades de saúde caracteriza-se, principalmente, por ser livre ou espontânea.

Quando se trata de demanda organizada, como marcações de consultas e exames, geralmente são os familiares dos homens, como companheiras ou pais, que realizam a marcação:

Se ele não pode vir marcar, tem a facilidade de mandar alguém vir marcar para ele, para ele não perder dois dias (T3).

Facilidade é que quando estou em casa doente meu pai chega lá e marca pra mim (U6).

A maioria das vezes é familiar que marca, mãe, esposa. Vem mais pra hora da consulta, aí vem, faz a consulta com o médico, faz os exames. Às vezes na hora de entregar ele nem vem, vem a mãe. Olhe, doutor, fulano fez os exames e trouxe para o senhor ver o exame dele (T4).

Com relação ao acesso geográfico, todos os homens afirmaram não ter dificuldades para chegar à USF. Eles geralmente utilizam como transporte moto, bicicleta, cavalo e, a depender da distância, vão andando, porém nas unidades da zona rural, cuja área de abrangência é maior, a distância para chegar à unidade pode representar uma barreira ao acesso:

Uns vêm andando, outros vêm de bicicleta, outros vêm de moto, outros de carro. O transporte público aqui é muito difícil, porque aqui é zona rural, tem gente que mora muito longe. A grande maioria vem a pé mesmo (T2).

Pra mim não é difícil porque eu moro pertinho. Mas para a população em geral daqui do campo, tem muitos que moram longe. É uma unidade só para isso tudo (U7).

Vínculo e acolhimento: determinantes para o acesso de usuários homens à Estratégia Saúde da Família

O vínculo e o acolhimento são dispositivos essenciais da APS. Quanto ao acolhimento, os trabalhadores de saúde consideram que tratam homens e mulheres de maneira igual. Todavia, como a procura pelo serviço pelos homens é menor, alguns trabalhadores entendem que não existe acolhimento direcionado para os homens. O relacionamento da equipe com os usuários emerge quando se aborda a construção do vínculo na USF. Nesse aspecto, o relacionamento com a equipe de saúde foi considerado bom pelos usuários entrevistados, principalmente aqueles que frequentavam mais rotineiramente a unidade, como os que possuíam algum tipo de doença crônica.

Por outro lado, entre os homens mais jovens, o vínculo com a equipe é praticamente inexistente. Essa situação pode acontecer porque se trata de um público que frequenta menos a unidade por questões de horário de trabalho, ou não se sente atraídos pelas ações e serviços ofertados, além de não ter diagnóstico de doença crônica para ser acompanhado continuamente.

A dificuldade relatada pelos trabalhadores na criação do vínculo com os usuários homens em geral pode estar relacionada a questões subjetivas, como o fato de os homens serem considerados mais

retraídos. Isso dificulta a criação de vínculo principalmente com a equipe de saúde, composta em sua maioria de mulheres. É o que retratam as falas:

Eles se sentem retraídos e nem a gente também acolhe e faz por onde (T1).

Em questão de atendimento, a gente já vê a questão do homem, já sente aquela vergonha, aquela coisa deles em relação a eles, então a gente procura ter uma receptividade legal pra ver se deixa eles à vontade (T3).

Em vista desta realidade, é imprescindível reconhecer que o acolhimento é uma ferramenta potente que oportuniza a formação do vínculo.

As questões culturais são consideradas barreiras na construção do acesso. Isso porque, nas falas, conseguimos absorver que os homens procuram menos a unidade de saúde e só o fazem na presença de doenças.

Eu não vou, só vou quando tô lenhado, já caindo (U3).

Os homens não gostam muito de vir ao posto. Vêm mesmo com a necessidade de doença (T2) .

Tem que trabalhar, a gente esquece da saúde, vai tocando a vida, que nada, tô bem. Vai tocando.

Vai trabalhar, trabalhar, quando não aguento mesmo, aí a mulher leva pro médico (U6).

Algumas características como timidez e vergonha são percebidas pelos trabalhadores de saúde e consideradas impeditivos no estabelecimento de vínculo entre equipe de saúde e homens:

Eu não digo nem que tem interesse, você vê que é tipo uma insegurança, não sei se é o perfil masculino. Mas você vê que tem uma insegurança e uma vergonha (T3).

Eu acho que alguns homens têm aquela questão cultural de querer ser atendido por homem. Fica constrangido em falar determinado tipo de coisa para mim enquanto mulher. Quando eu vejo que ele está com vergonha de conversar comigo, certos assuntos íntimos, eu encaminho para o doutor (T4).

Por outro lado, quando os homens procuram o serviço, sentem-se acolhidos pela equipe:

Para mim eu sou bem recebido. Não só para mim como todos também, como eu já vi. Eu mesmo fico prestando atenção lá. Todos são bem recebidos. O povo que chega que não sabe se organizar (U6).

Eu tinha vergonha, mas depois que vim a primeira vez e o pessoal me recebeu bem eu venho sempre que preciso (U8).

DISCUSSÃO

Existem inúmeros fatores que podem influenciar o acesso aos serviços de saúde pela população, entre os quais estão aqueles relacionados à morbidade e gravidade da doença, os socioeconômicos, culturais, serviços oferecidos, prestadores de serviços, entre outros.²⁰ Historicamente, a população masculina não tem feito parte das populações mais assistidas pela APS, e neste contexto a ESF tem pautado suas ações principalmente para mulheres e crianças, mesmo com a aprovação da PNAISH em 2009.¹

No que tange à dimensão organizacional do acesso, aspectos como fluxo de atendimento da equipe, oferta de serviços demandados pela população em horários convenientes para ela, localização geográfica da unidade e atendimento integral às necessidades de saúde podem impactar de forma negativa e/ou positiva o acesso dos homens às unidades de saúde.³

É importante destacar que a barreira de acesso de natureza geográfica se conecta de forma intensa com a econômica. Desse modo, a vulnerabilidade social e a moradia em locais distantes da unidade podem ser atributos que dificultam a procura dos homens pelas unidades de saúde, e assim, a sua resolutividade.^{21,22}

Os resultados deste estudo revelam que a procura dos homens pelos serviços ofertados pelas equipes de saúde da família do município estudado ainda é baixa, principalmente por parte dos adultos jovens, ainda em idade produtiva, resumindo-se apenas à assistência a agravos e doenças percebidas por eles. Da mesma forma, outros estudos realizados no Brasil identificaram este mesmo perfil de procura pelos serviços de saúde, enfatizando a procura por tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, disfunção erétil e atendimento especializado para outros agravos.^{2,5,21,23-25}

De fato, os homens normalmente não têm uma cultura de cuidado e, portanto, não frequentam como as mulheres os serviços de saúde, principalmente na APS. Isso leva muitas vezes os familiares a exercer a função de procura do ponto de atenção e a marcação de consultas.^{2,5,22,24}

Uma realidade cultural existente é que alguns homens que frequentam a USF são trazidos pelas companheiras, especialmente na consulta/entrevista para laqueadura ou vasectomia, no escopo das ações do planejamento familiar. Estudos mostram que um pequeno número de homens acessa a unidade em busca de serviços como aferição de pressão ou busca por preservativos masculinos, e nesses momentos os trabalhadores aproveitam para abordá-los com orientações sobre prevenção de doenças em geral.^{20,23}

A realização de ações específicas para atrair este público, tais como atividades educativas e de lazer e a oferta de outros procedimentos, pode ser uma estratégia para vencer as barreiras de acesso enfrentadas pelos homens.²

Todavia, a falta de planejamento para a execução de ações direcionadas à população masculina pela equipe de saúde é uma realidade, e as atividades direcionadas para esse público resumem-se ao atendimento da demanda espontânea, sem um direcionamento à saúde do homem de forma organizada. As exceções são campanhas pontuais como o “novembro azul”, sobre a prevenção ao câncer de próstata, e a distribuição de preservativos. Resultados semelhantes foram encontrados em diversas regiões do país^{22,23,25,26} e apontam para o pouco conhecimento por parte dos trabalhadores de saúde sobre a PNAISH. Mostram também que as atividades relacionadas ao cuidado, prevenção e promoção à saúde masculina desenvolvidas na APS e os processos de implantação da atenção à saúde do homem encontram-se incipientes, existindo lacunas assistenciais. Isso tem dificultado o acesso à saúde por parte da população masculina, distanciando-se do alcance dos objetivos da Política.^{27,28}

Assim, são perceptíveis as dificuldades para construir estratégias para modificar a lógica da não procura e, conseqüentemente, da inserção do homem nos serviços de APS. Isso porque algumas características contribuem para a construção dessa barreira, como o medo, a falta de tempo, o comportamento machista e a falta de capacitação da equipe de saúde.^{22,25,29} No entanto, existem experiências exitosas no sentido de atrair os homens para as unidades de saúde, tais como construção de cartilhas de saúde do homem, com esclarecimentos acerca de temas mais incidentes nessa população, divulgação por microárea para a formação de grupos operativos com atividades interdisciplinares, capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para a realização de estratégias de educação popular em saúde.³⁰

A dimensão técnica do acesso é focada na integralidade da atenção, ou seja, direciona as ações para atender às necessidades de saúde dos usuários e deve ser acompanhada por ferramentas de cuidado, como acolhimento, vínculo, competência/habilidade, compromisso e qualidade da atenção.³

Destarte, para que os serviços de saúde ofereçam um cuidado integral, é necessário implantar o acolhimento nas práticas e ações em saúde dos serviços. Dessa forma se fortalece o vínculo entre trabalhadores de saúde e a população, o que pode facilitar a busca pelo serviço e garantir uma resolutividade capaz de alcançar a integralidade.³¹

Assim, o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço de modo a garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da ideia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.³²

Nesse aspecto, os trabalhadores revelaram dificuldades de estabelecer vínculo com os usuários masculinos, principalmente os mais jovens, especialmente por esta faixa etária frequentar menos as unidades de saúde. Todavia, não verbalizaram nenhum tipo de plano ou estratégia para tornar a unidade mais atrativa e acessível a essa população, com a implementação de ações de promoção contra os agravos mais frequentes em homens. Outros estudos mostram que discursos de culpabilização dos homens diante dos frágeis vínculos com a ESF estão presentes entre os trabalhadores das equipes de saúde, assim como a invisibilidade das necessidades e demandas dos homens na APS por conta dos estereótipos de gênero.^{22,23,25,26}

Assim, a construção histórico-social do machismo é um elemento estruturante que influencia o homem a não procurar os serviços de saúde, nem para o cuidado que envolve consultas de modo geral, nem para as ações de promoção e prevenção da saúde. Contribuem para o quadro, ainda, as questões organizacionais da APS, como horário de funcionamento.²⁵

Os modelos de organização dos serviços de saúde sem flexibilidade e sob verticalização das ações agem na perpetuação do modelo hegemônico e não alcançam novas perspectivas, que neste caso são estratégias que possam de fato abranger a realidade masculina e, ao mesmo tempo, buscar a adesão dessa população. Diante disso, há de se pensar em novas formas de planejamento em saúde, especialmente na APS.^{8,9,33}

Este estudo teve como limitações o quantitativo de unidades analisadas em meio ao universo de unidades que contemplam o município estudado, porém abarcou unidades da zona urbana e rural.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que o acesso e participação dos homens nas ações e cuidados dispensados nas USF ainda é pequeno. Os motivos dessa ausência passam pela falta de percepção e planejamento das equipes de saúde em relação às necessidades e demandas de saúde dessa população, pela não compreensão do processo saúde-doença por parte dos homens, pelas dificuldades de acesso geográfico às unidades de saúde, pelo horário de funcionamento das unidades, que é incompatível com a rotina de trabalho dos homens economicamente ativos, pelo acolhimento inadequado e pelo não estabelecimento de vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários.

Os achados apontam para uma realidade semelhante à que é encontrada em outras regiões do país, e desta forma contribuem para o debate sobre as fragilidades da atenção à saúde do homem na

APS no Brasil — que busca motivar trabalhadores de saúde a rever suas práticas no âmbito da PNAISH e contribuir para a reversão do quadro de morbimortalidade dessa população.

Assim, passados 15 anos da aprovação da PNAISH, ainda persistem os vazios assistenciais a essa população na APS. Esta realidade exige reflexão crítica por parte dos trabalhadores das equipes de saúde da família sobre a capacidade de acolher e atender às reais demandas desses usuários do sistema de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

LCFO: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Recursos, Supervisão, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. JALL: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Investigação, Metodologia, Recursos, Supervisão, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MCS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MFFO: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. ALNJ: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 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: Ministério da Saúde; 2009. 92 p.
2. Silva Júnior CD, Souza JR de, Silva NS, Almeida SP de, Torres LM. Saúde do homem na atenção básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. *Rev Ciênc Plural*. 2022;8(2):1-18. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26410>
3. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(11):2865-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
4. Dantas GC, Figueiredo W dos S, Couto MT. Desafios na comunicação entre homens e seus médicos de família. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200663. <https://doi.org/10.1590/interface.200663>
5. Silva AS, Barbosa MGA, Rocha AA da, Carvalho TWS, Lins SR de O, Souza APB. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). *Braz J Hea Rev*. 2020;3(2):1966-89. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-055>
6. Firmino M, Moura GG. A saúde do homem e sua percepção sobre o sistema público de saúde: a UBSF e o atendimento ao público masculino no bairro Morada Nova, Uberlândia/MG. *Hygeia*. 2020;16:105-20. <https://doi.org/10.14393/Hygeia16053468>
7. Separavich MA, Canesqui AM. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. *Saude soc*. 2020;29(2):e180223. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180223>
8. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(5):1799-808. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
9. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(3):941-51. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
10. Santos YM, Andrade RV de. Atuação do enfermeiro na intensificação de ações voltadas à promoção da saúde do homem na atenção primária à saúde. *REASE*. 2023;9(11):1298-314. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i11.12477>
11. Sousa TJ, Soares TM, Rosario CR, Rosa DOS, David RAR, Brito HES. Aspectos da masculinidade como impeditivo do autocuidado na saúde do homem. *SaudColetiv (Barueri)*. 2021;11(65):6306-23. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6306-6323>

12. dos Santos WSS, Barros AKS, de Oliveira SJ, da Cruz IMA, Pereira CBM, Santos TML, et al. Men's health in primary care: challenges faced by nurses regarding the determinants of the health-disease process. *CLCS*. 2024;17(2):e3959. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.2-062>
13. Rosa FM, Menegazzo GR, Giordani JM, Weiller TH. Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde. *Rev APS*. 2024;26:e262338780. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.29404>
14. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2024.
16. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. 2017;5(7):1-12.
17. Dias EG, Mishima SM. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. *Sustinere*. 2023;11(1):402-11. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.71828>
18. BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: 2012.
19. BRASIL. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Brasília: DF: 2018.
20. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude soc*. 2015;24(1):100-12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>
21. Gutmann VLR, dos Santos D, Silva CD, Vallejos CCC, Acosta DF, Mota MS. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. *J nurs health*. 2022;12(2). <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.2234>
22. Santos ECC, Dórea FS, Souza SR, Silva GM, Santos ACS, Andrade AFMS, et al. Evidências científicas das barreiras e ações à saúde do homem no contexto da Atenção Primária. *REAS*. 2022;15(9):e10926. <https://doi.org/10.25248/reas.e10926.2022>
23. Vieira UA, Araujo MO, Araujo BO, Paixão GPN. Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Col UEFS*. 2020;10(1):58-66. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v10i1.5454>
24. Parauta TC, da Silva JS, de Lima GTC, Conde MC, Saldanha BL, Lemos A. Saúde sexual de homens de 25 a 59 anos na Atenção Primária à Saúde. *Cienc enferm*. 2019;25:20. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532019000100216>
25. Santos RR, Morais EJS, Sousa KHJF, Amorim FCM, Oliveira ADS, Almeida CAPL. Saúde do homem na atenção básica sob o olhar de profissionais de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(5):887-93. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3905>
26. Duarte RB, Marques MG, Lima BO, de Abreu LDP, Cruz CA, Barros ACO, et al. Duarte Gest Cuid Saúde. 2024;1(1):e12197.
27. Medrado B, Lyra J, Alvarenga EC, Lima MLC. Análise da implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem em território amazônico. *Interface (Botucatu)*. 2025;29:e240372. <https://doi.org/10.1590/interface.240372>
28. Lyra J, Medrado B, Campos DS, Fonseca VN, Nascimento M. A implementação da Política de Saúde do Homem no estado do Rio de Janeiro, Brasil: desafios e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2025;29:e240373. <https://doi.org/10.1590/interface.240373>
29. Guedes IS, Prazeres IMA, Silva ADC, Bezerra LH, Forte MPN, Cajazeiras AEP. O impacto do modelo hegemônico da masculinidade no cuidado em saúde. *Rev Cient HJMJA*. 2022;3(2):21-8. <https://doi.org/10.54257/2965-0585.v3.i2.51>
30. Pereira J, Silva M. Promoção da Saúde do Homem: Uma Experiência Exitosa na Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Colet*. 2023;28(3):123-30.
31. Feitosa MVN, das Candeias R, Feitosa AKN, de Melo WS, Araújo FM, do Carmo JF, et al. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *REAS*. 2021;13(3):e5308. <https://doi.org/10.25248/REAS.e5308.2021>
32. Januário TGFM, Varela LD, Oliveira KNS, Faustino RS, Pinto AGA. Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(8):2283-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05952023>
33. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170627. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>