

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Saúde do Homem na Atenção Primária: Relato de Experiência

Men's Health in Primary Care: Experience Report

Ludimila Bezerra de Vasconcelos³⁹, Marcos Tadeu Ellery Frota⁴⁰

RESUMO

A população masculina apresenta maior vulnerabilidade às doenças, principalmente crônicas e graves, demonstrando maiores índices de mortalidade e ausência do hábito de buscar os serviços de saúde, o que leva ao diagnóstico tardio de doenças e complicações irreparáveis. Assim, com o objetivo de mudar esse quadro e orientar as ações de atenção integral à saúde do homem, foi criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que atua alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica. Nesse contexto, o presente trabalho vem relatar uma experiência realizada na UAPS Guiomar Arruda, localizada em Fortaleza, que utilizou estratégias para aproximar a população masculina dos serviços de saúde. A ação levou a adesão importante da população masculina, facilitando o acesso, diagnosticando patologias ocultas e, a longo prazo, poderá levar à redução da morbimortalidade masculina por causas evitáveis ligadas à atenção em saúde do homem.

Palavras-chave: *Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Masculinidade.*

ABSTRACT

The male population is more vulnerable to diseases, mainly chronic and serious ones, has higher mortality rates and is not in the habit of seeking health services, which leads to late diagnosis of diseases and irreparable complications. Thus, in order to change this scenario and guide the actions of integral attention to male health, the National Policy for Integral Attention to Male Health was created by the Ministry of Health, which acts in line with the National Policy of Basic Attention. In this context, the present study reports an experience at the UAPS Guiomar Arruda, located in Fortaleza, which used strategies to bring the male population closer to health services. This action led to the important adherence of the male population, facilitating access, diagnosing hidden pathologies and, in the long term, could lead to the reduction of male morbidity and mortality from preventable causes associated to the health care of men.

Key words: *Male Health; Primary Health Care; Masculinity.*

³⁹ Residente de Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará

⁴⁰ Mestre em Saúde Pública, Médico de Família e Comunidade e Urologista, Preceptor do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade

E-mail para correspondência: ludmilabezvas@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população masculina, segundo o IBGE, em 2005, correspondia a 49,2% (90.671.019 pessoas) da população do Brasil (184.184.074 pessoas)¹. Em 2016, essa taxa passou a 48,5%². Tal população apresenta maior vulnerabilidade às doenças, principalmente às graves e crônicas, maiores índices de mortalidade, em especial em idades mais precoces e pouca frequência dos serviços de saúde. Esse comportamento faz com que agravos evitáveis desenvolvam-se e sejam identificados tardiamente, levando a sequelas irreparáveis e ao sofrimento físico e emocional para o paciente e para sua família. Além de o ingresso desses pacientes ao sistema de saúde ocorrer mais frequentemente por serviços secundários e terciários, que são muito mais onerosos ao Estado do que os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ^{1,3}.

Vários são os motivos responsáveis por esse distanciamento de homens dos serviços de saúde. Para entendermos esse contexto, faz-se necessário saber o que é masculinidade. Termo considerado como um conjunto de atributos, valores, funções e comportamentos que são inerentes ao ser homem, determinados culturalmente e variando de acordo com a territorialidade ⁴.

Masculinidade não é algo único, sendo importante considerá-la como algo plural, pois abrange vários aspectos do ser homem que podem variar de acordo com a nacionalidade, classe social, idade, migração, etnia, orientação sexual⁵. E também do local de moradia urbana ou rural, situação carcerária, deficiência física e/ou mental e orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas¹.

Assim, existe um modelo hegemônico de masculinidade que é culturalmente e historicamente construído, sendo o homem apresentado como ser dominante, viril, invulnerável, que não necessita de cuidados e que serve para discriminar e subordinar as mulheres e outros homens que não se adaptem a este modelo^{4,5}. Esse conceito encontra-se em processo de constante construção e transformação¹.

Existe uma associação importante entre a masculinidade e ser homem e a não procura por serviços de saúde¹. Essa associação está muito relacionada ao fato da crença de que ser másculo é sinônimo de ser forte, ter corpo resistente

e ser invulnerável, além do mito da invencibilidade, da capacidade de exposição a riscos, do status de dominador, ativo e de provedor da família⁶.

Os motivos que fazem os homens não procurarem os serviços de saúde são considerados barreiras e são divididos em: barreiras socioculturais e barreiras institucionais^{4,7}. E dentre elas estão: a demora no atendimento, vergonha pela exposição do corpo aos profissionais da saúde, incompatibilidade do horário de atendimento da UBS com sua jornada de trabalho associada ao receio da perda do emprego, o medo da descoberta de uma doença grave que ponha em risco a sua invulnerabilidade, estereótipos de gênero que dificultam o autocuidado, o não reconhecimento do próprio paciente como alvo do atendimento e a não percepção dos homens do seu estado de saúde^{6,8}.

Ao se sentir invulnerável, o homem, passa a se expor a maior risco, tornando-se, então, mais vulnerável³. Exemplos desse comportamento são: maior independência, agressividade, concorrência, incorporação de comportamentos violentos e imprudentes com veículos, vícios, problemas em relacionamentos familiares e sexualidade⁴. Corroborados pela baixa procura aos serviços da APS³.

Assim, homens são habituados a evitar o contato com os espaços da saúde como um todo, sendo avessos à prevenção e promoção da saúde e ao autocuidado⁷. Geralmente, buscam ajuda por dois motivos: quando a dor se torna insuportável e quando há impossibilidade de trabalhar⁶.

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, com o objetivo de mudar esse quadro e orientar as ações de atenção integral à saúde do homem, atuando alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e também com as estratégias de humanização em saúde e com os princípios do SUS.

A PNAISH estabelece-se em um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos, que corresponde a 41,3 % da população masculina

ou a 20% do total da população do Brasil, sendo considerada a parcela preponderante da força produtiva com papel sociocultural e político³.

Ela busca evidenciar os principais fatores de morbimortalidade e determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde. Nesse processo, a PNAISH considera as representações sociais sobre a masculinidade vigente que comprometem o acesso à atenção integral e suas repercussões na vulnerabilidade da população masculina⁷.

Já a PNAB, estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, apresenta a importância da Integralidade na Atenção, na busca da promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e tratamento e reabilitação das enfermidades, sempre considerando o ser humano como ser único e complexo, inserido em seu contexto social e cultural⁹.

Após o exposto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de uma ação realizada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Guiomar Arruda, localizada no bairro Pirambu, em Fortaleza, durante o mês de novembro de 2017. Buscamos, por meio desse relato, apresentar para os profissionais de saúde em geral um recorte do contexto atual da atenção à saúde da população masculina.

MÉTODO

O presente artigo é um estudo descritivo, tipo relato de experiência, que busca descrever a atividade de promoção e atenção integral à saúde do homem. Ocorreu no período de 20 a 25 do mês de novembro de 2017, na UAPS Guiomar Arruda, com 12.280 usuários cadastrados e cuja área adscrita é o bairro Pirambu, localizado em Fortaleza, capital do Ceará. Atualmente, o bairro apresenta problemas estruturais e sociais graves, sendo considerado um dos maiores assentamentos urbanos informais, do popular “favela”, do Ceará e do Brasil¹⁰.

A UAPS tem 05 equipes multiprofissionais e conta com o seguinte quadro de funcionários: um coordenador, três auxiliares de coordenação, um auxiliar de serviços gerais, dois guardadores de patrimônio público, dois controlistas de acesso, cinco recepcionistas, um auxiliar de laboratório, dois auxiliares de saúde bucal, 32 agentes comunitários de saúde, cinco técnicos de enfermagem, cinco

enfermeiros, cinco dentistas, cinco médicos, dos quais três são especialistas em Medicina de Família e Comunidade e duas médicas residentes de Medicina de Família e Comunidade. Além da presença desses profissionais, é frequente a presença de estudantes das graduações de Enfermagem e Medicina.

Assim, para confecção do relato foram utilizados registros memográficos dos profissionais envolvidos com a ação, registros de portfólio dos residentes de medicina e dados do relatório produzido após análise dos dados da ação realizada.

Para embasamento teórico, foi realizado levantamento bibliográfico por meio de pesquisa em bancos de dados da saúde: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando as palavras chaves: Saúde da Família; Saúde do homem; Política de saúde.

Foram selecionados artigos desses bancos de dados publicados sobre a temática, livros-textos, textos publicados pelo Ministério da Saúde e o texto da PNAISH, que abordaram a atenção à saúde do homem e que atenderam aos objetivos do presente estudo.

RESULTADOS

Para que ocorresse a ação, foram realizadas reuniões com o núcleo gestor durante o mês de outubro de 2017 para planejamento de atividades e estabelecimento de responsabilidades de cada profissional. As ações foram organizadas conforme as orientações, diretrizes e princípios da PNAISH e da PNAB e teve o objetivo de aproximar a população masculina dos serviços de saúde ofertados pela Unidade, possibilitando a compreensão da realidade masculina nos contextos em que estão inseridos, respeitando suas diferenças e permitindo que os homens tornem-se protagonistas de suas demandas e de suas histórias.

Ficou estabelecida a semana do dia 20 a 25 de novembro de 2017 para realização das atividades, assim, poderíamos estender a abordagem aos

pacientes ao sábado para facilitar o acesso destes aos serviços ofertados pela UAPS Guiomar Arruda.

Foi pactuado que a forma de levar os pacientes à UAPS seria a campanha que é internacionalmente conhecida como Novembro Azul, a qual prioriza ações de conscientização sobre a neoplasia de próstata. Durante a ação, buscou-se desconstruir a ideia de que a saúde do homem resume-se a patologias prostáticas e tentou-se realizar uma abordagem integral dessa população, considerando o homem em seu contexto sociocultural.

Inicialmente, foram abertas vagas para agendamento de atendimento de homens que procurassem o atendimento na unidade no mês anterior e de homens convidados por mobilização de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As consultas com médicos de Família e Comunidade e residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) ocorreram diariamente entre os dias 20 e 25 de novembro de 2017, com enfoque maior para o dia 25, sábado, manhã e tarde.

O papel dos ACS foi o de realizar busca ativa desses pacientes e também de sensibilizá-los para a participação no evento. No geral, houve boa adesão da comunidade ao que foi proposto pelos profissionais da atenção.

Participaram das ações educativas: estudantes de Enfermagem, estudantes de Medicina, residentes de Medicina de Família e Comunidade, Médicos e Enfermeiros de Família e Comunidade, com suporte dos demais profissionais da unidade.

Com relação aos pacientes, vários eram conhecidos por morarem próximos no território, o que fez com que o ambiente tivesse certa descontração e os pacientes se tornassem mais confortáveis com a situação.

As atividades foram realizadas em linguagem fácil e acessível à população alvo. Buscou-se dividi-la em linhas de cuidado de 0 a 15 anos, com enfoque em alimentação saudável e práticas de atividade física; de 15 a 30 anos, abordando também Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); dos 30 a 50 anos, para os quais, além dos temas já citados, abordou-se também situações

de violência; e a partir dos 50 anos, associou-se com os temas já citados a temática de patologias urológicas.

Ao longo do mês de novembro de 2017, foram afixados cartazes com informações sobre saúde do homem e decoração temática, em sua maioria, no salão principal da unidade e, durante as manhãs, enquanto os pacientes esperavam pelo atendimento, puderam assistir a vídeos informativos sobre saúde e os principais agravos que acometem a população masculina. Foram distribuídos preservativos, lubrificantes e panfletos que explicavam o que é a PNAISH e informações sobre o tema saúde do homem.

Os cafés da manhã foram produzidos por estudantes da graduação de Enfermagem e aconteceram durante a segunda-feira e o sábado, com o objetivo de acolher os pacientes e esclarecer sobre a importância da alimentação saudável. Após, foi realizado um momento de sala de espera com o enfoque na promoção da saúde.

A roda de conversa foi realizada por residentes de MFC e internos de Medicina e teve como enfoque o público a partir dos 50 anos. Foi utilizado questionário fornecido em folder da PNAISH: “Descubra que tipo de homem é você”. As perguntas do questionário se referiam a hábitos de consumo de frutas, legumes e comidas gordurosas, tempo gasto para realizar refeição, frequência de atividade física, tabagismo, etilismo, frequência de idas a serviços de saúde, comportamento frente a problemas. Ao longo da roda de conversa, os próprios pacientes trouxeram temas como violência, queixas urológicas e ocupacionais.

A palestra educativa durante o sábado foi realizada pelos médicos e enfermeiros de Família e Comunidade e estudantes de Enfermagem, abordando temas como hábitos de vida saudáveis e patologias mais frequentes nessa população.

Durante as atividades, os pacientes mostraram-se abertos aos temas propostos e foram participativos. Deste modo, foi possível que a UAPS ofertasse um espaço protegido à população masculina para que se realizassem práticas de Educação Popular em Saúde e se discutissem temas normalmente pouco abordados na APS. Tais momentos permitiram que os pacientes pudessem ser ouvidos e expressassem sua visão sobre aquilo que estava sendo proposto,

possibilitando a realização de questionamentos que trouxessem reflexões sobre as nuances que envolvem a masculinidade em nossa sociedade atual.

As consultas médicas utilizaram prontuário padronizado que compreendia aspectos como idade, ocupação, hábitos de vida como uso de substâncias lícitas e ilícitas, prática de atividade física, uso de medicações, história familiar e pessoal de patologias pregressas, incluindo história de infecções sexualmente transmissíveis, rastreio de queixas urológicas e de hipertensão, avaliação da circunferência abdominal, da circunferência do quadril e da relação circunferência abdominal/quadril e Índice de Massa Corpórea (IMC).

Os pacientes atendidos que apresentavam alguma alteração clínica foram encaminhados para as suas equipes de origem para seguimento. E, posteriormente, as equipes também foram contactadas para realizarem busca ativa dos pacientes que não procurassem a unidade.

Finalizada a ação, os prontuários foram recolhidos e contabilizados, totalizando 91 atendimentos registrados. Os dados coletados ao longo do evento foram analisados através do Método da Estimativa Rápida e entregues à gestão da unidade sob a forma de relatório. Tais dados serão utilizados na próxima mostra dos serviços de saúde da atenção primária.

Observamos que houve significativa expressividade dos agravos previstos pela PNAISH na população atendida. Muitos pacientes em uso abusivo de substâncias em fase de pré-contemplação e contemplação, pacientes com picos hipertensivos que não se diziam hipertensos, com sedentarismo e obesidade.

DISCUSSÃO

Os resultados da ação superaram o que era esperado pela equipe assistente. Houve intensa adesão e busca pelos atendimentos por homens e por seus familiares cuidadores, normalmente esposas e filhas. Pois da mesma forma que os homens se veem como seres que não necessitam de cuidados, também não se identificam como cuidadores⁵.

Nos momentos de fala dos pacientes, por diversas vezes, eles relataram as barreiras citadas pela literatura como forma de dificuldade de acesso aos

serviços de saúde. Uma das barreiras mais presentes nos discursos deles foi a do horário de funcionamento da UAPS ocorrer apenas de segunda-feira à sexta-feira, das 07h às 19h, horário em que normalmente estão trabalhando.

A equipe usou como forma de reflexão o fato de que durante o atendimento pode ser gerado comprovante de que o paciente estava em consulta médica e que o mesmo poderia abonar a falta. Alguns pacientes relataram que, mesmo com comprovação, têm medo de represálias, já outros que não havia quem os substituíssem nas funções que ocupam^{6,3}.

Para os homens existe uma preocupação importante com a atividade laboral, pois se colocam historicamente no papel de provedor de suas famílias, em especial nas famílias de baixa condição social. Apesar de para os homens isso se constituir em barreira, para as mulheres que hoje estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho isso não se torna barreira de acesso¹. Esse comportamento aumenta a vulnerabilidade da população masculina^{3,6}.

Também pode ser citada como dificuldade de acesso o medo da descoberta de uma doença grave que ponha em risco a invulnerabilidade masculina e a vergonha ocasionada pela exposição do corpo durante o exame médico^{8,3,6,7}. Essas preocupações transpareciam nos pacientes que se encontravam na espera pelo atendimento médico, apesar de tentarmos deixar o ambiente o mais descontraído possível. Eles estavam visivelmente ansiosos e agitados.

As atividades de Educação em Saúde permitiram que os profissionais de saúde tivessem contato com os pacientes antes dos atendimentos, o que diminuiu a tensão que os pacientes sentiam pela vinda ao serviço de saúde.

Muitos pacientes não se reconheciam como alvo do atendimento para além das doenças da próstata que foi o motivador da vinda para o atendimento, por meio da campanha Novembro Azul. Observamos também que alguns pacientes tiveram estranhamento quando falamos na sala de espera sobre temas diversos ao câncer prostático, porém, elogiaram a atividade.

Outro fator importante relatado por nossos pacientes foi a demora no atendimento, passando-se muito tempo em filas, o que vai de encontro ao que

os pacientes esperam de um serviço de saúde, que é rapidez e resolutividade^{3,6,7}.

Nas diversas falas dos pacientes foi possível inferir a barreira dos estereótipos de gênero que dificultam o autocuidado, a exemplo de um paciente que afirmou dirigir motocicleta alcoolizado. Quando inquirido sobre ter medo de acidentes, ele respondeu que já havia sofrido alguns, porém, não sentia preocupação com relação a isso, nos mostrando que não há a percepção da vulnerabilidade por este comportamento de risco, corroborando com o que é dito pela PNAISH⁷.

No tocante aos hábitos de vida, na nossa ação, pudemos observar que parcela importante dos pacientes fazia uso de forma abusiva de álcool, o que causou preocupação à equipe assistente, evidenciando a necessidade de ações intensivas na atenção integral à saúde e melhor análise dos determinantes sociais de vulnerabilidade dessa população para os problemas com o álcool. Segundo a PNAISH, o uso de álcool é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil⁷.

Com relação ao tabagismo, foi visto quantidade menos expressiva de usuários e muitos encontravam-se em fase de contemplação para a cessação. Aproveitamos a oportunidade para realização de intervenções breves durante a avaliação médica e sala de espera.

Assim, etilismo e tabagismo são hábitos que se enquadram nos cinco grandes grupos de maior prevalência de patologias que acometem a população masculina, o das doenças de saúde mental. Esses distúrbios são mais prevalentes em homens e estão relacionados diretamente aos índices de morbimortalidade¹.

Inesperadamente, parcela significativa disse realizar atividade física superior a cento e cinquenta minutos por semana, apesar de muitos confundirem a prática de atividade física com o fato de serem pessoas ativas e usarem a

bicicleta como meio de transporte. Apesar disso, uma parcela importante apresentava-se com sobrepeso ou com obesidade.

Quando questionados sobre alimentação e tomada correta das medicações, vários afirmaram usar corretamente a medicação, porém, não realizavam dieta adequada e muitos não eram os responsáveis pela própria alimentação, ficando esta a cargo de filhas ou esposas.

O Ministério da Saúde¹ cita que as cinco principais áreas de morbidade masculina são: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Na análise do relatório, observamos prevalência importante de acometimentos do aparelho cardiovascular, tendo seu principal expoente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Outras queixas, em sua maioria, também pertenciam a esses grupos.

Durante a ação, foi dado maior enfoque à presença de hipertensão, da diabetes mellitus tipo 2, à associação destas e às infecções sexualmente transmissíveis; também foi realizada a pesquisa de sintomas urológicos.

Observamos que vários pacientes eram hipertensos e poucos apresentavam associação com diabetes. Queixas urológicas foram avaliadas através do Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS), que é o método standard mais utilizado em todo o mundo, pois a pontuação obtida reflete a globalidade da sintomatologia do doente no mês anterior e sinaliza a gravidade dos sintomas existentes¹¹.

Esses sintomas, quando presentes, associam-se à pior qualidade de vida, pior percepção do estado de saúde física e degeneração do estado de saúde mental¹¹. Os nossos pacientes apresentaram, em sua maioria, ausência de sintomas urológicos. Alguns deles, quando sintomáticos, não apresentavam necessariamente associação com as causas prostáticas. Dentre os homens que relataram queixas, uma minoria era de grave intensidade.

Durante a avaliação física, observamos que vários pacientes apresentavam pico hipertensivo, principalmente aqueles que se diziam hígidos e sem patologias progressas. Este fato é frequente nessa população, sendo ratificado por alguns autores a não percepção pelos homens do seu estado de

saúde^{8, 1, 6}. Esses pacientes foram referenciados para a equipe de origem para seguimento, com orientação de monitoramento pressórico residencial.

Por fim, uma barreira importante que dificulta o acesso é a priorização de programas cuja população alvo são mulheres, idosos e crianças, em detrimento da população masculina. O que torna mais evidente a necessidade de práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e estratégias com o objetivo de aproximar a população masculina dos serviços de saúde ofertados.

Tais práticas são fundamentais, pois darão aos pacientes autonomia e maior domínio sobre o processo de saúde-doença, refletindo em melhorias na saúde e na qualidade de vida, e a longo prazo em melhores índices de morbimortalidade.

CONCLUSÃO

Concluimos que masculinidade é um conceito dinâmico, próprio da cultura e das relações sociais nas quais o indivíduo encontra-se inserido. O ser masculino, juntamente com outros fatores socioculturais e institucionais, são barreiras que afastam os homens dos serviços de saúde, principalmente da APS.

Tais barreiras, juntamente com os comportamentos de risco, elevam mais ainda a vulnerabilidade dessa população e seus índices de morbimortalidade. Durante a prática diária da ação planejada, ficou evidente a presença desse quadro nas suas mais diversas formas.

Esse momento nos permitiu ter contato intenso com a população alvo e presenciar relatos e comportamentos que confirmam o que é dito pela literatura atual com relação às dificuldades de acesso e à presença de comportamentos de risco. Desse modo, faz-se necessário desenvolver programas de educação popular em saúde do homem para aumentar a conscientização sobre a importância de autocuidado, estimular os pacientes a buscar pelos serviços de saúde, aumentar a adesão aos programas e ao plano terapêutico proposto.

Para que isso seja possível, deve haver mudanças na abordagem a esta população, com a operacionalização de estratégias inclusivas para este público, como, por exemplo, a disponibilização de horários alternativos e flexíveis de funcionamento da UBS e a implementação de programas específicos para os

homens. Também deve haver a capacitação dos profissionais que atuam na assistência, qualificando o acolhimento e demais serviços ofertados para receber a população masculina.

Com isso, será gerada nessa população a sensação de pertencimento aos espaços de promoção, de proteção e de recuperação de saúde, o que facilitará que a população masculina tome consciência da real importância dos cuidados de promoção e prevenção de saúde, desmistificando questões de gênero. Tudo isso possibilitará que, a longo prazo, haja uma modificação no perfil de morbimortalidade que se refletirá em melhor qualidade de vida e melhor relação com os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2060. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.
3. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014; 19 (2):429-438. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=pt>.
4. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde America Latina. Lima: Facultad de Salud Publica y Administració, Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2003 [citado 2018 Jan. 28]: 137-52. Disponível em: http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf.
5. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciênc Saúde Col. 2003 [citado 2018 Jan. 30]; 8(3): 825-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=en>
6. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Esc. Anna Nery [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Jan 28]; 17(1): 120-127.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100017&lng=pt>.

7. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

8. Aguiar RS, Santana DC, Santana PC. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. Rev Enf do Centro-Oeste Min. 2015 Set [citado 2018 Jan. 28]; 5(3): 1844-1854. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/872/937>. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.872>>.

9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

10. Lima F, Romão R, Tavares R. O nascer do Gigante, um breve histórico. Tribuna do Ceará. 30 jun. 2015.

11. Fonseca JF, Palmas AS. Urologia em Medicina Familiar [internet]. Portugal: Sociedade Portuguesa de Urologia, 2010. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/hbp.pdf>.