



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Política nacional de atenção à saúde do homem: revisão sistemática

Ricardo Bêribá Magalhães

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Magalhães, Ricardo Bêribá

M188 Política nacional de atenção à saúde do homem: revisão sistemática /Ricardo Bêribá Magalhães. Salvador: RB Magalhães, 2015.

viii, 31 fls. [quadro].

Professor orientador: Claudia Bacelar Batista.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. PNAISH. 2. Saúde do homem. 3. Política de saúde. I. Batista, Claudia Bacelar. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU – 613.97-055.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Política nacional de atenção à saúde do homem: revisão sistemática

Ricardo Bêribá Magalhães

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Política nacional de atenção à saúde do homem: revisão sistemática*, de **Ricardo Bêribá Magalhães**.

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

COMISSÃO REVISORA:

- **Cláudia Bacelar Batista** (Presidente, Professor orientador), Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Luiza Amélia Cabus Moreira**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **João André Santos de Oliveira**, Professor do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Gildaci Guerra Reis**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

“No fim tudo dá certo, e se não deu certo é porque ainda não chegou ao fim.”

Fernando Sabino

À minha mãe, Vânia Bêribá, que desde de pequeno, me ensinou a diferenciar o certo e do errado e a importância do conhecimento para a vida.

À minha segunda mãe, Cirlene Reis, que apesar de não ser minha mãe biológica, sempre me amou como filho desde o meu nascimento.

À meu irmão, Victor Bêribá, que sem falar, sempre demonstrou que eu poderia contar com ele para o que fosse necessário.

À minha companheira, Milena Sá, que sempre esteve presente nos momentos mais felizes, mas principalmente me ajudando com soluções e dando apoio moral nos momentos mais difíceis.

EQUIPE

- Ricardo Bêribá Magalhães, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: ricardoberiba@hotmail.com;
- Cláudia Bacelar Batista, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: claudia_bacelar@hotmail.com

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, Doutora **Cláudia Bacelar Batista**, pela grande disponibilidade e interesse em me ajudar através de efetivas orientações tanto acadêmicas como para minha vida futura.
- ◆ Aos Doutores **Luiza Amélia Cabus Moreira** e **João André Santos de Oliveira**, e à Doutoranda **Gildaci Guerra Reis**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, que foram de grande importância. Meus agradecimentos pela disponibilidade.

SUMÁRIO

I. RESUMO	2
II. OBJETIVO	3
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
IV. METODOLOGIA	9
IV. 1 Desenho do estudo	9
IV. 2 Local	9
IV. 3 Estratégia de Busca	9
IV. 4 Critérios de Inclusão	9
IV. 5 Critérios de Exclusão	10
IV. 6 Seleção dos artigos	10
IV. 7 Sistematização dos temas estudados pelos artigos selecionados	10
V. RESULTADOS	11
V. 1 Importância conferida à PNAISH	12
V. 2 Interferências das questões socioculturais na saúde do homem	14
V. 3 Barreiras institucionais na realização da política de saúde	16
V. 4 Níveis de atenção e sua relação com a saúde do homem	19
V. 5 O perigo do reducionismo na saúde do homem	21
VI. DISCUSSÃO	24
VII. CONCLUSÕES	27
VIII. SUMMARY	28
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

I. RESUMO

TÍTULO: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: REVISÃO SISTEMÁTICA. **Fundamentação teórica:** Diante do alto índice de morbimortalidade da população masculina quando comparado à população feminina, nas diferentes idades, a política nacional de saúde tem se debruçado sobre o problema. No Brasil, isso justificou a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). No entanto, a chamada cultura masculina e a falta de infraestrutura institucional têm como uma das primeiras consequências o retardo dessa população em buscar, com regularidade, serviço de saúde; e, por conseguinte, há o aumento do maior risco de doenças crônicas. **Objetivos:** descrever quais fatores dificultam a implementação plena da PNAISH; e pesquisar a literatura sobre a PNAISH. **Métodos:** nessa revisão de literatura sistematizada foram utilizados como fonte de informação os trabalhos indexados, sobre esse tema, na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), após a aplicação dos critérios de elegibilidade de cada estudo. **Resultados:** foram selecionados 15 artigos os quais abordaram os cinco seguintes tópicos dentro da saúde do homem: importância conferida a PNAISH; interferências das questões socioculturais na saúde do homem; barreiras institucionais na realização da política de saúde; níveis de atenção e sua relação com a saúde do homem; e o perigo do reducionismo na saúde do homem. **Conclusão:** Existe poucos artigos na literatura que falam sobre a PNAISH; esta política teve fundamental importância para o início das discussões sobre a saúde do homem; questões de gênero, falta de estrutura, de profissionais capacitados, de espaço físico adequado, horário de atendimento inadequado contribuíram para maiores entraves para a implantação e efetivação da PNAISH.

Palavras chaves: 1. PNAISH, 2. saúde do homem, 3. política de saúde.

II. OBJETIVO

Descrever quais fatores dificultam a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), no Brasil, por meio do levantamento da literatura sobre esse tema.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 traz a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais, econômicas e de saúde que buscam a redução de doenças e outros agravos, a equidade nas ações e oferta de serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. No Brasil, esse momento histórico foi marcado pela garantia constitucional de mudança de concepção por parte do Estado em relação à oferta dos serviços em saúde. A saúde passa a ser vista de uma perspectiva mais ampliada, quando comparada à visão reducionista como a ausência de doenças.(Brasil, 1988) Esse foi o passo inicial para uma série de transformações no setor de saúde pública, buscando detectar as demandas da sociedade a fim de construir políticas e ações voltadas às questões postas pelos seus diversos atores.

Nessa perspectiva, nos últimos anos as políticas nacionais de saúde têm-se debruçado sobre o alto índice de morbimortalidade entre a população masculina, quando comparada à população feminina, nas diferentes faixas etárias. A análise do perfil epidemiológico, no gênero masculino, evidencia que as doenças crônicas se destacam entre as principais causas de morbimortalidade, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, neoplasias malignas, alcoolismo e tabagismo. (Julião & Weigelt, 2011; Gomes & Nascimento, 2006; Carrara et al., 2009). Outros estudos associam o tipo de trabalho, a maior exposição à violência e a maior prevalência de acidentes de trânsito como elementos de importância na epidemiologia dos agravos nesse gênero, chamando a atenção para a saúde masculina como um campo negligenciado na atenção e também na prevenção. (Julião & Weigelt, 2011; Carrara et al., 2009; Brito et al., 2010; Nascimento & Carrara, 2012)

Estudos demonstram que os homens não vêm a atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde e apenas procuram a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade quando já adoeceram e menos frequentemente para atendimentos de prevenção (Carrara et al., 2009; Junior et al., 2012). A busca tardia pelo atendimento compromete os resultados dos tratamentos disponíveis e dificulta a incorporação das ações de prevenção e promoção da saúde na vida cotidiana. Valendo

ressaltar que, quando recorrem aos serviços de saúde, a maioria dos homens é levada por mulheres (irmã, mãe, esposa), visto que essas estão mais inseridas nesses serviços e preocupadas com o cuidado da família. (Junior et al., 2012)

Pesquisas apontam que um dos motivos para o homem não procurar assistência à saúde, está relacionado às concepções de gênero presentes em nossa sociedade (Gomes & Nascimento, 2006; Brito et al., 2010). A cultura é um fator primordial para a educação em saúde e, por essa razão, os diferentes atributos sociais designados para homens e para mulheres delimitam o papel que cada um deve cumprir na estrutura social. Dessa maneira, o estereótipo de masculinidade instituído reconhece o homem por sua força e invulnerabilidade sendo, portanto, o adoecimento uma demonstração de fragilidade (Julião & Weigelt, 2011; Brito et al., 2010; Gomes et al., 2011). Esse conjunto de crenças e valores interfere diretamente na significação do que é ser masculino e contribui para que haja um descuido com a saúde e uma maior exposição ao risco por parte dos homens, quando comparados à população feminina (Julião & Weigelt, 2011).

Desde a infância os meninos são estimulados à maior exposição aos riscos, ter domínio de seus sentimentos e desenvolver um comportamento agressivo. Tais práticas culturais e educativas fazem deles um “fator de risco” para mulheres e crianças, por exemplo, por meio de abusos e exercício ausente da paternidade; contra outros homens, através de acidentes, homicídios e lesões corporais; contra eles mesmos, por suicídio, consumo abusivo de álcool e sexo sem segurança (Gomes & Nascimento, 2006; Nolasco, 2001). No tocante ao papel que o trabalho e o sustento familiar ocupam na identidade do homem, os problemas oriundos do desemprego também são importantes no comprometimento da saúde psicológica e, muitas vezes, estão como pano de fundo à exposição aos riscos, bem como na violência praticada por homens jovens e adultos (Gomes & Nascimento, 2006).

Quanto aos cuidados preventivos, um motivo apontado como responsável pela baixa procura da população masculina à assistência refere-se aos sentimentos de vergonha e inibição, devido ao fato dos serviços de saúde serem frequentados mais comumente por mulheres, desde as profissionais que lá trabalham até aquelas que estão à procura de atendimento. Esse aspecto reacende nos homens a perspectiva da diferença

de gêneros e a ideia que existem conteúdos para serem discutidos somente entre seus pares (Brito et al., 2010; Gomes et al., 2011).

Outro fator de baixa procura pelos serviços de saúde está relacionado ao horário de funcionamento das instituições, sempre em conflito com o período da jornada de trabalho (Brito et al., 2010; Junior et al., 2012). Uma pesquisa realizada em oito serviços em quatro estados brasileiros, apontou que a expansão além do horário habitual das 7hs:00min às 17hs:00min, disponibilizando atendimento em turnos de 24 horas, aos sábados ou um terceiro turno a noite, assim como o funcionamento no horário do almoço, foi responsável por uma maior presença masculina nessas unidades. Dessa maneira, a mudança de horários apresenta uma potencial eficácia para aproximar esse segmento dos serviços, pois segundo o relato de alguns usuários e profissionais, apesar das mulheres também estarem inseridas em jornadas de trabalho, há uma tolerância maior por parte dos empregadores à liberação delas para a busca de cuidado, quando comparada com a população masculina (Couto et al., 2010).

O problema da procura dos serviços de saúde apenas em situações de agravos, ou seja, quando estão próximos de perder ou já perderam a capacidade de trabalho, torna-se uma preocupação de saúde pública, tanto pelos prejuízos individuais representados pela queda na qualidade de vida dos homens, quanto do ponto de vista coletivo, uma vez que essa parcela se constitui como importante mão de obra ativa. Dessa maneira, impõe-se como um desafio às políticas públicas de saúde, pois vai exigir do SUS e dos profissionais de saúde um olhar mais atento para essa população (Julião & Weigelt, 2011; Brito et al., 2010).

Com a intenção de aproximar a população masculina dos serviços de saúde e inspirado na implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983 o Estado brasileiro decide construir e implementar uma política para captar recursos e desenvolver ações voltadas para saúde do homem. Esse passo colocou o Brasil como o primeiro país da América Latina e o segundo do Continente Americano a instituir uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Julião & Weigelt, 2011; Junior et al., 2012).

Após 25 anos da implantação do PAISM, em março de 2007, o Ministério da Saúde apresentou como meta de gestão a política nacional para a assistência à saúde do homem. Um ano depois, em março de 2008 foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem, subordinada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. Nesse mesmo ano foi lançada a primeira versão do documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” - princípios e diretrizes - como resultado de uma parceria entre gestores do SUS, sociedade civil organizada, comunidade científica, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional (Carrara et al., 2009). Na apresentação desse documento tem-se que essa política traduziria “um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (Brasil, 2009).

Em 28 de agosto de 2009, no auditório da Organização Pan-Americana de Saúde em Brasília, o Ministério da Saúde lançou oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída por meio da Portaria GM/MS nº1944 de 27 de agosto de 2009 (Carrara et al., 2009; Junior et al., 2012; Brasil, 2009). Seu objetivo consiste em melhorar as condições de saúde da população masculina brasileira, com idade entre 20 e 59 anos, contribuindo para a redução da morbimortalidade, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

A PNAISH é regida pelos princípios de universalidade e equidade nas ações e serviços. É corresponsável pela saúde e qualidade de vida dos homens, orientando não só a população masculina, bem como os familiares e a comunidade sobre promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos das enfermidades deste grupo. Além mais, busca garantir a humanização e a qualificação da atenção prestada (Julião & Weigelt, 2011).

Orienta-se pelas diretriz da integralidade no atendimento e pelo entendimento de que o homem não pode ser visto apenas na esfera biológica, mas em seu contexto sociocultural. Assim, a PNAISH defende: a organização dos serviços públicos de modo que o homem possa sentir-se acolhido; a implementação hierarquizada da política, tendo como foco a Estratégia da Saúde da Família; garantia de que o usuário possa ter continuidade nos níveis secundário e terciário, sempre que necessário; a reorganização

das ações de saúde e sua integração com às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

No entanto, apesar de todos os aspectos positivos acima destacados, existem críticas e um debate entre pesquisadores, ativistas e sociedades médicas sobre a formulação da PNAISH. Por exemplo, apontam que a justificativa para a política pode caminhar para um discurso de vitimização da população masculina, isto é, os homens vistos como pessoas vulneráveis que precisam de cuidados. Tais ações podem levar a condutas de pouca responsabilidade com a própria saúde. De igual modo, a organização dos modelos de atenção primária à saúde ou até mesmo as ações, se apenas centradas na parte biológica do indivíduo, ignorariam os aspectos de ordem cultural e social que estão enraizados nos problemas que envolvem a saúde do homem (Julião & Weigelt, 2011; Nascimento & Carrara, 2012; Junior et al., 2012).

Esse trabalho objetiva revisar os estudos publicados desde a implantação da política em 2009 até junho de 2014, descrevendo os entraves encontrados para a consolidação da PNAISH nos serviços de saúde. O Ministério da Saúde reconhece que, entre as dificuldades para a implementação de um Programa de Saúde do Homem, encontram-se as limitações impostas pelos próprios serviços de saúde, tanto na estrutura quanto na capacitação de recursos humanos, bem como o enfrentamento e resolução diante das dificuldades do modo como o sujeito masculino lida com a sua situação de saúde (Junior et al., 2012).

Este trabalho justifica-se então pela necessidade da ampliação do conhecimento sobre as políticas públicas para a saúde do homem, assim como das dificuldades presentes na efetivação da PNAISH. Por isso, esse tema tem relevância na formação do futuro médico, bem preparado para o exercício da medicina, em consonância com o perfil epidemiológico da população brasileira.

IV. METODOLOGIA

IV. 1 Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre os entraves para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

IV. 2 Local

O estudo foi desenvolvido na Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia.

IV. 3 Estratégia de Busca

Foram utilizados como fonte de informação os trabalhos indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) – (<http://www.scielo.org/php/index.php>), considerando que esta abriga em seu acervo os principais periódicos nacionais na área. Após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – (<http://decs.bvs.br/>), a busca foi conduzida utilizando os seguintes descritores: “Saúde do Homem” e, utilizando o operador booleano “AND”, “Saúde do Homem AND Política de Saúde”.

A fim de corroborar os resultados encontrados na literatura, serão usados dados de outros sites, a exemplo de:

[http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=3214
&id_reg=6985&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=3214](http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=3214&id_reg=6985&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=3214).

IV. 4 Critérios de Inclusão

Foram incluídos artigos cujo título e/ou resumo abordavam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Para essa finalidade, utilizamos o período de 2009 a 2014, haja vista a política foi oficialmente lançada em agosto de 2009. Foram pesquisados artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

IV. 5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os artigos cujo título e/ou resumo não abordavam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); os artigos duplicados e aqueles anteriores ao ano de 2009.

IV. 6 Seleção dos artigos

Os documentos que constituem o universo do estudo foram identificados com a utilização do método integrado de pesquisa na ferramenta de busca. A consulta à base de dados e o levantamento dos títulos e resumos foram realizados entre os dias 5 e 9 de junho de 2014.

Utilizando-se o descritor “Saúde do Homem” (todos os índices no Brasil) e o filtro tempo (dos anos 2009 a 2014), dos artigos selecionados foram analisados título e resumo.

IV. 7 Sistematização dos temas estudados pelos artigos selecionados

Após a leitura dos artigos, foram construídas cinco categorias de temas estudados:

- Importância conferida à PNAISH;
- Interferências das questões socioculturais na saúde do homem;
- Barreiras institucionais à realização da política de saúde;
- Níveis de atenção e sua relação com a saúde do homem; e
- O perigo do reducionismo na saúde do homem.

V. RESULTADOS

Com o descritor “Saúde do Homem”, foram encontrados 235 artigos; entre esses, 117 (49,8%) foram publicados no período de 2009 a 2014, os quais, após leitura dos títulos e resumos, restaram 15 artigos (12,8%). Ou seja, foram excluídos 118 (50,2%) artigos entre aqueles pré-selecionados; e a exclusiva razão dessa exclusão foi não ter relação ou associação com a PNAISH.

Por sua vez, quando aplicados os descritores “Saúde do Homem” AND “Política de Saúde”, foram encontrados 23 artigos e aplicado o mesmo filtro de tempo, encontrou-se 19 artigos. Também, pelo mesmo critério exclusão (PNAISH) ficaram 15 artigos. Esses artigos (n=15), foram os mesmos antes selecionados com uso exclusivo do descritor “Saúde do Homem”.

O **Quadro 1** apresenta os artigos selecionados e os resultados dos mesmos.

Quadro 1. Resultados da pesquisa sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com os 15 artigos selecionados.

AUTORES (ANO)	RESULTADOS
• Schwarz (2012)	A PNAISH como possibilidade de reorganização de práticas e sentido para modificação do processo saúde-doença.
• Separavich e Canesqui (2013)	A necessidade de mudança da percepção masculina nos cuidados com a própria saúde e à dos seus familiares.
• Moura et al. (2012)	Reflexão sobre o monitoramento das ações de promoção da saúde e expansão do sistema de atenção à saúde do homem.
• Moura et al. (2014)	As equipes de saúde da família como bases de desenvolvimento de ações contra os agravos na população masculina.
• Carrara et al. (2009)	A interferências das crenças e valores socioculturais na aceitação e na adesão à medicalização.
• Fontes et al. (2011)	Trata dos desafios impostos pela falta de conhecimento sobre aspectos culturais da população masculina para a efetiva promoção da saúde e prevenção e agravos.
• Martins e Malamut (2013)	Os problemas advindos da PNAISH como uma decisão política distanciada do processo de participação ativa dos atores aí envolvidos.

CONTINUA

QUADRO 1. [continuação].

AUTORES (ANO)	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Alvarenga et al. (2012) 	A perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre a política de saúde do homem como de inclusão e relacionada ao processo de trabalho.
<ul style="list-style-type: none"> • Lopez e Moreira (2013) 	A compreensão das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e da Saúde do Homem como políticas culturais de instauração de sentidos à atenção e ao cuidado à saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Schwarz et al. (2012) 	A necessidade da articulação da PNAISH com outros setores, já que agravos da população masculina não se restringem à saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Knauth et al. (2012) 	Características do comportamento masculino como um dos principais fatores de afastamento e resistência aos serviços de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Silva et al. (2012) 	Descrição das principais causas que afastam os homens dos serviços de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Gomes et al. (2012) 	A diversidade de opiniões a respeito da PNAISH tem que ser levada em consideração para sua efetiva implantação.
<ul style="list-style-type: none"> • Souza et al. (2014) 	Desconhecimento da PNAISH como possível causa da dificuldade de sua implementação.
<ul style="list-style-type: none"> • Leal et al. (2012) 	A falta de profissionais de saúde preparados para atender a população masculina é um entrave à implementação do PNAISH.

V. 1 Importância conferida à PNAISH

Essencial para a implantação de políticas públicas, o diagnóstico e a valorização das demandas de uma determinada população por parte dos gestores e serviços de saúde se constituem como fator de sucesso. Daí a importância de explicitar a proposta da política de saúde pública representada pela PNAISH.

A PNAISH é uma ferramenta útil no combate à invisibilidade da atenção à saúde masculina, na medida em que propõe estratégias de enfrentamento aos fatores de risco e determinantes sociais que influenciam diretamente nos índices de saúde da população masculina (Carrara, 2009; Fontes et al., 2011; Alvarenga et al., 2012; Gomes et al., 2012; Knauth et al., 2012; Leal et al., 2012; Schwarz, 2012; Schwarz et al., 2012; Silva et al., 2012; Moura et al., 2012, 2014; Martins & Malamut, 2013; Separavich & Canesqui, 2013; Lopez & Moreira, 2013 e Souza et al., 2014).

Nesse sentido, tendo a atenção básica como porta de entrada, a PNAISH pode representar uma atuação efetiva no cuidado ao homem, pois articula ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde. A recomendação da criação de serviços de atendimento espacialmente adequados e profissionalmente especializados pode facilitar o acesso e à procura de atendimento, de forma a reduzir a morbidade e a mortalidade masculina (Fontes et al., 2011; Schwarz, 2012; Separavich & Canesqui, 2013).

Com foco na atenção primária à saúde, a PNAISH traz desde recomendações para atuação e prevenção nas questões ligadas ao estilo de vida, tais como o fumo, uso de álcool, estresse, sedentarismo, até ações de educação em saúde, a exemplo das práticas de proteção para as doenças sexualmente transmissíveis (Alvarenga et al., 2012, Separavich & Canesqui, 2013).

Para alguns autores porém, a PNAISH apresenta aspectos negativos. Silva et al. (2012) e Knauth et al. (2012) ressaltam a pouca divulgação do programa, comprovada diante do desconhecimento dessa política entre os profissionais de saúde, bem como da população em geral.

Moura et al. (2012) fazem uma crítica ainda mais contundente. Esses autores realizaram um estudo em cinco municípios do Brasil onde foi implantado a PNAISH (Goiânia - GO, Joinville - SC, Petrolina - PE, Rio Branco - AC, Rio de Janeiro - RJ). Através de um questionário autoaplicável, tanto para os gestores responsáveis pela implantação da política quanto para os técnicos responsáveis pelas atividades de monitoramento das ações, mostraram que falta clareza na conceituação e padronização dos critérios de construção dos indicadores de saúde para a população masculina e há dificuldades na obtenção dos dados estatísticos. A ausência de bases de dados de informações nos municípios gera falhas no acompanhamento e no monitoramento da implantação da PNAISH e, por consequência, no aprimoramento dos serviços.

Percebe-se contudo que os autores reconhecem o papel pioneiro da PNAISH em desenvolver instrumentos e ações voltados para um determinado segmento da população, até então deixado de fora das políticas públicas de saúde e que por características de gênero e culturais exigem um olhar próprio. Por exemplo, Fontes et al.

(2011) Alvarenga et al. (2012) Schwarz (2012), Schwarz et al (2012), Separavich & Canesqui (2013), Lopez & Moreira (2013) e Moura et al. (2014) são unânimes em afirmar a contribuição da PNAISH para provável melhoria no cenário da saúde do homem. Por sua vez, ao tempo que afirmam os pontos positivos, não deixam de apresentar uma visão crítica.

Outros autores apontam algumas contradições no projeto e problemas na sua execução, que terminam por dificultar a consolidação da PNAISH como política pública de saúde, de interesse de toda a sociedade. Citam como fatores de entrave, por exemplo, a desconsideração de aspectos peculiares de cada comunidade, a construção da política sem a participação de segmentos representativos dos seus atores sociais (Knauth et al., 2012; Moura et al., 2012; Silva et al., 2012).

V. 2 Interferências das questões socioculturais na saúde do homem

Estudos apontam as construções sociais de gênero como uma questão de repercussão negativa sobre a saúde do homem, constituindo-se também como entrave para a implantação, a divulgação e a popularização da PNAISH. Em dois trabalhos, ambos de 2012, Schwarz e Schwarz et al. apontam que quando comparada à morbimortalidade feminina, a maior taxa da morbimortalidade masculina está relacionada com os fatores socioculturais responsáveis pela construção de modelos de masculinidade. Os fatores socioculturais contribuem para a incorporação de hábitos de vida de riscos, por exemplo, o fumo e o abuso de bebidas alcóolicas, bem como interferem na procura por serviços de saúde, em busca de cuidados de caráter preventivo, curativo e de reabilitação.

Por sua vez, o imaginário de que o homem não adoecer, não deve expor seu corpo mesmo para profissionais de saúde, não é um ser frágil e portanto não precisa de cuidados, são elementos apontados como constituintes do significado da masculinidade que mantêm os homens longe das unidades de saúde; contribuem para a invisibilidade e desconhecimento das necessidades e demandas masculinas; dificultam as ações da PNAISH em atrair, sensibilizar e mudar a condição de saúde dessa população (Carrara,

2009; Alvarenga et al., 2012; Knauth et al., 2012; Silva et al., 2012; Lopez & Moreira, 2013; Separavich & Canesqui, 2013; Moura et al., 2014)

Dos estudos abordados nessa revisão sistemática, apenas dois artigos abordam estratégias que visam sensibilizar e conscientizar a população masculina quanto à importância do cuidado a saúde, desconstruindo aqueles aspectos de masculinidade que causam o afastamento das unidades de saúde. Moura et al. (2012) evidenciam que apenas cinco municípios do todo o território nacional, a saber: Rio Branco (AC), Petrolina (PE), Rio de Janeiro (RJ), Joinville (SC) e Goiânia (GO) incorporam iniciativas de educação, informação e comunicação direcionadas ao enfrentamento das questões de gênero, visando à implementação da PNAISH. Fontes et al. (2011) demonstram a experiência da Secretária de Saúde da Paraíba, em parceria com a Universidade Federal da Paraíba para a criação da Semana Estadual da Saúde do Homem, marcada pela realização de oficinas, atendimento médico, palestras e distribuição de material educativo, tem se mostrado uma atividade efetiva para reconstrução e mudança de atitude a respeito da masculinidade. Além do mais, esse espaço tem servido para informações e esclarecimentos sobre a PNAISH, desconhecida por muitos.

Realizado em Itacoatiara (AM), Rio Branco (AC), Aracaju (SE), Paulista (PE), São Gonçalo (RJ), Volta Redonda (RJ), Curitiba (PR), Maringá (PR), Anápolis (GO) e Campo Grande (MT), o estudo de Moura et al. (2014) evidencia que das 43 Equipes de Saúde da Família analisadas, apenas 21 delas realizaram algum evento especial para os homens no último ano. Tais eventos contemplaram temáticas como planejamento familiar, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e demais drogas. Contudo, apesar de temas relevantes para a saúde, contribuía pouco para alterar os condicionantes socioculturais do modelo de masculinidade, pois não era dada a devida ênfase à educação. Traz que apenas 7% dos usuários masculinos das equipes de saúde da família disseram ter notado atividades direcionadas para eles, mas manifestaram o desejo de participar, caso tivessem sido informados. Sem levar em conta a opinião e determinação da real demanda da população masculina, as atividades planejadas e executadas de forma verticalizada terminam sendo de baixo impacto e de pequena efetividade. Dessa forma, não basta apenas construir atividades, mas é preciso ouvir os homens, conhecer as suas demandas e identificar os fatores determinantes de

comportamentos ligados ao gênero que levam ao afastamento do cuidado com a saúde. Trabalhar apenas questões que os profissionais de saúde julgam importantes de serem incorporados no cotidiano masculino, pode não atingir o centro do problema, qual seja: determinados padrões de comportamento.

Portanto, os profissionais de saúde devem atentar para as práticas de educação em saúde, para além de uma abordagem medicalizante de doenças. De igual modo, a prática educativa e ações de divulgação não podem tratar de temas sem atrativos ou distantes da realidade e necessidade de determinada localidade. Pois só assim pode-se alcançar mudanças de comportamento que quebrem as barreiras existentes entre o homem e o serviço de saúde.

V. 3 Barreiras institucionais na realização da política de saúde

Um item que desponta como entrave para implementação da PNAISH diz respeito à dificuldade dos serviços de saúde em construírem um espaço que seja atrativo aos homens. Abrange desde a perspectiva visual da unidade, com panfletos e cartazes informativos destinados quase exclusivamente às mulheres e às crianças, passando pela rotina do serviço com horários de funcionamento incompatíveis com a atividade laboral da maioria da população masculina inserida no mercado de trabalho, até à demora e à morosidade no atendimento e falta de capacitação dos profissionais para as especificidades da saúde do homem. Os profissionais, por sua vez, apontam a sobrecarga de atribuições da Atenção Básica como uma dificuldade para o pleno desenvolvimento da PNAISH.

Segundo Moura et al. (2014), o aspecto visual da unidade de saúde é um ponto importante para uma primeira aproximação do público masculino. Nesse estudo, pontuou-se que as unidades de atenção primária à saúde tem uma estrutura considerada “feminilizada”, com produções de materiais expostos destinados aos idosos, às mulheres e às crianças. Gomes et al. (2012) reforçam a questão quando apontam que a PNAISH é tratada como de ocorrência esporádica, com a utilização de painéis, distribuição de folders, divulgações nos meios de comunicação locais apenas em épocas específicas, tais como “Dia dos Pais”, “Dia da Saúde do Homem”, “Semana do Homem”. Ainda que

essas iniciativas sejam construídas com intuito de fomentar a participação dos homens na unidade, ações pontuais dificilmente resultam em mudanças de hábitos e mentalidades.

Quanto ao horário de funcionamento, diversos autores apontam que tanto gestores, profissionais e usuários do serviço reconhecem que o atendimento oferecido no horário em que este público encontra-se no trabalho, representa uma barreira na incorporação dos homens às rotinas das unidades de saúde. Sendo assim, uma possível solução para a questão seria a oferta de horários alternativos e ampliados para o atendimento (Alvarenga et al., 2012; Knauth et al., 2012; Leal et al., 2012; Silva et al., 2012; Martins & Malamut 2013; Separavich & Canesqui 2013; Moura et al., 2014 e Souza et al., 2014).

Knauth et al. (2012) realizaram um estudo em 5 municípios do Brasil (Rio Branco/AC, Goiânia/GO, Petrolina/PE, Rio de Janeiro/RJ e Joinville/SC), através de observações em 11 serviços de saúde, sendo que 8 deles estavam voltados para a Atenção Básica à Saúde e os outros para atendimento de média e alta complexidade. Para tanto, entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 21 profissionais de saúde desses serviços. Os profissionais disseram notar uma maior presença dos homens quando houve ampliação no horário de atendimento, resultando também em uma melhor organização das atividades voltadas para a população masculina. Contudo, tal solução implica na disponibilidade de recursos humanos e elevação de custos (Leal et al., 2012).

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao atestado médico, porquanto é o único documento que pode abonar a falta ao trabalho em caso de doença. Quando fornecida a declaração de comparecimento para os casos de marcação de consulta, participação em grupos para atividades de educação em saúde, busca de medicamentos ou quaisquer outras atividades planejadas pelas unidades, o empregador aceita pouco o abono da falta, quando comparado à aceitação da declaração nas mesmas circunstâncias na população feminina (Moura et al., 2014; Knauth et al., 2012). Além do mais, há um receio do homem de ser penalizado no trabalho por se ausentar por problema de saúde, ainda que possam apresentar um atestado médico, com abono da falta legalmente assegurado, tornando a questão ainda mais complexa (Knauth et al., 2012). Esse aspecto também pode estar associado à questão de gênero. Para muitos homens e até mesmo

para as chefias a busca por assistência à saúde está relacionada a uma questão de fragilidade, não compatível com o construto “ser homem”. A ausência no trabalho pode assim representar um risco para a subsistência econômica, contribuindo para que a saúde ocupe um papel secundário dentro das prioridades da população masculina (Silva et al., 2012). No que diz respeito às rotinas e o acesso aos serviços assistenciais, os homens ficam mais incomodados e impacientes com as filas para marcação de consulta, bem como pela dificuldade de resolver suas demandas em um único dia, necessitando de mais um dia de falta no trabalho (Silva et al., 2012).

Quanto à capacitação dos profissionais da assistência básica, pesquisas mostram o desconhecimento dos princípios, das ações e dos processos de implantação da PNAISH (Alvarenga et al., 2012; Gomes et al., 2012; Leal et al., 2012; Silva et al., 2012; Souza et al., 2014). Os profissionais responsáveis pela assistência à saúde do homem apontam a ausência de capacitação como a maior barreira para a efetividade prática da PNAISH (Leal et al., 2012). Queixam-se também da ausência de educação profissional continuada, falta de materiais didáticos e publicações ofertadas pelas esferas do governo municipal e/ou estadual e/ou federal (Leal et al., 2012; Souza et al., 2014). Nos estudos de Alvarenga et al. (2012) e Silva et al. (2012), os profissionais de enfermagem consideram como pontos críticos: a inexistência de capacitação profissional para as especificidades da saúde masculina; a falta de definição de protocolos de execução da PNAISH de acordo com o perfil epidemiológico da comunidade; a não atribuição do papel específico de cada profissional envolvido no atendimento do homem; e a ausência de treinamento de gestores e servidores para a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Silva et al. (2012) chamam a atenção para a importância da abordagem sobre a saúde do homem em sua complexidade e particularidade nas universidades desde a graduação e não apenas como um processo de capacitação dentro dos serviços. Dessa forma, uma série de concepções equivocadas poderiam ser dissolvidas, como por exemplo, a crença na invulnerabilidade do homem. Além do mais, a discussão sobre a diversidade cultural do mundo masculino ajudaria na consolidação de uma assistência integral e de qualidade.

Outra barreira para implementação da PNAISH consiste no fato de a Atenção Básica, palco principal do funcionamento desta política, já se apresentar como um espaço sobrecarregado de funções. Uma nova estratégia seria uma tarefa a mais para os serviços e as equipes de saúde. (Leal et al., 2012) Nesse sentido, Gomes et al. (2012) mostram a preocupação por parte dos profissionais em assumir nova demanda, em meio às dificuldades que já prejudicam o atendimento, sem a incorporação de novos usuários.

O estudo de Alvarenga et al. (2012) com profissionais de enfermagem mostrou que apesar do reconhecimento da importância da profissão na efetivação das políticas públicas da saúde do homem, a categoria assume em seu cotidiano várias responsabilidades que vão desde a administração do serviço até o cuidado propriamente dito com o usuário. Assim, a nova tarefa pode significar uma sobrecarga, para além do que é possível ser feito, com repercussões na qualidade do trabalho e na qualidade de vida do enfermeiro, frente tantas múltiplas funções. Como parte essencial para a consolidação da política e um dos protagonistas no estabelecimento do vínculo do homem com a unidade de saúde, o profissional de saúde precisa ser valorizado e se sentir importante no seu processo de trabalho.

Por fim, a pesquisa de Leal et al. (2012) aponta para a falta de disponibilidade de recursos financeiros para a realização de ações específicas para os homens, dentro das unidades. Os médicos entrevistados disseram que muitas vezes utilizam recursos próprios ou contam com contribuições de colegas para o cumprimento dessas ações, como feiras de saúde, palestras com recursos audiovisuais, utilização de carro de som e confecção de cartazes para convidar a população, etc. Além disso, apontaram a carência de profissionais médicos como um motivo para a sobrecarga no trabalho, o que os fazem deixar de responder todas as necessidades das unidades. Por isso, em grande parte das vezes realizada como atividade pontual, a PNAISH é assumida por um número insuficiente de profissionais, dificultando o cumprimento de sua proposta e executada de forma pouco atrativa para a sua população alvo.

V. 4 Níveis de atenção e sua relação com a saúde do homem

Um importante entrave para a consolidação da PNAISH é o hábito de os homens ingressarem no sistema de saúde por meio da atenção terciária, geralmente em situações agudas e/ou de urgência, impossibilitando a construção um vínculo contínuo de cuidado (Fontes et al., 2011; Knauth et al., 2012; Lopez & Moreira, 2013; Separavich & Canesqui, 2013; Souza et al., 2014). Tal situação coloca-se frontalmente contra um dos principais pontos dessa política que é a educação em saúde. A Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada nos serviços, haja vista ser o espaço responsável não só por resolver a morbidade dos quadros clínicos, mas principalmente para a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Brasil, 2009).

A procura por ajuda em estágios mais graves e/ou avançados de enfermidades, muitas vezes por causa da demora em buscar o atendimento, pode tornar a cura não mais possível. Assim, além gerar repercussões biopsicossociais na qualidade de vida destes indivíduos, bem como na família, a demora na procura implica em maior oneração para o SUS. Daí a importância de ressaltar a necessidade para o acompanhamento contínuo da população masculina na Atenção Básica (Brasil, 2009).

Porém aqui há um fator que impede a concretização plena da PNAISH. Diz respeito à falta de resolutividade da atenção básica, em resolver as demandas de saúde do público masculino. Além de se apresentar como atividade pontual, a PNAISH é quase realizada como ação clínico-assistencial, afastada da promoção da saúde e da prevenção de doenças. O espaço físico inapropriado à demanda masculina, práticas profissionais sem orientações quanto ao acolhimento, triagem e metodologia-assistencial adequadas a este público contribuem e reforçam o afastamento do serviço, criando um círculo vicioso (Knauth et al., 2012; Moura et al., 2012; Silva et al., 2012). Diante de um problema de saúde, os homens ainda recorrem às medidas alternativas como chás, automedicação, orientação de farmacêuticos, acreditando aí encontrar resoluções mais objetivas para seus problemas de saúde (Moura et al., 2014).

Em relação a interação da referência e contra referência entre os diversos serviços, o trânsito da atenção básica com os serviços de média e alta complexidade, estudos apontam como um problema a mais na implementação da PNAISH (Knauth et al., 2012; Leal et al., 2012; Moura et al., 2014). Há uma queixa tanto dos profissionais quanto dos pacientes da dificuldade para realização de exames mais complexos,

procedimentos especializados e internações. Ora, diante de uma população caracterizada por maior expectativa de objetividade, rapidez e resolutividade de suas demandas, a falha ou precarização da rede pode ameaçar a credibilidade do programa desenvolvido pela unidade de saúde, do profissional responsável pelo atendimento, bem como afastar ainda mais o usuário da Atenção básica (Knauth et al., 2012).

Portanto, um dos grande desafio para uma implantação efetiva da PNAISH é a articulação entre os três níveis de gestão – federal, estadual e municipal – de forma a garantir uma rede integrada, respeitando as especificidades da população masculina (Schwarz, 2012).

V. 5 O perigo do reducionismo na saúde do homem

A visão reducionista da saúde do homem, restrita ao aparelho urogenital, tem se mostrado como mais um das grande dificuldades para a realização integral da PNAISH. Para Carrara (2009), Knauth et al. (2012), Leal et al. (2012), Silva et al. (2012), Gomes et al. (2012) e Martins & Malamut (2013), o Documento-Base e as principais ações da PNAISH enfatizam mais as questões em torno dos problemas urológicos, tais como a disfunção erétil e o câncer prostático. Ressaltam a necessidade de investir e de direcionar medidas que sejam eficientes no combate também a outros problemas que prejudicam significativamente a saúde masculina, como o uso de álcool e outras drogas, doenças cardiovasculares, acidentes de trânsito, a violência e a saúde mental, tratados quase sempre de forma secundária. Atribuem a centralidade da saúde urológica na PNAISH à participação intensa e organizada da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) no processo de construção, de divulgação e de aprovação dessa política.

Gomes et al. (2012) e Martins & Malamut (2013) dizem haver uma contradição nas políticas de saúde pública que valorizam a Atenção Primária como porta de entrada ao SUS, porém têm ações iniciais voltadas para a atenção especializada, característica do nível de Atenção Secundária, neste caso aqui direcionado ao aparelho genital e urológico do homem. Segundo estes autores, não priorizar a prevenção, a promoção e o atendimento integral do paciente vai na contramão do que é preconizado na Atenção Básica.

Por sua vez, para Silva et al. (2012) não haveria contradição, pois o que se reivindica aqui é a presença da clínica urológica como uma especialidade das Unidades Básicas de Saúde, visto que o médico generalista pode não dar conta de demandas específicas desse campo. Contudo, em consonância com a posição de Gomes et al. (2012) e Martins & Malamut (2013), Silva et al. (2012), defendem que Atenção Primária não pode ser vista de forma reduzida ou fragmentada, sendo responsável por um atendimento integral da população masculina, devendo também estar capacitada para fazer conexões entre os indivíduos e as especialidades, de acordo com a necessidade, de forma eficiente e eficaz.

O estudo de Knauth et al. (2012) com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e médicos de uma unidade básica de saúde traz um relato que mostra os efeitos negativos dessa visão reducionista. A divulgação nos meios de comunicação que o serviço desenvolveria atividades voltadas para comemoração do dia da saúde do homem, fez com que muitos deles comparecessem neste dia à procura de médico urologista. Porém, ao não encontrarem o referido especialista, os homens sentiram-se frustrados e optaram por não participar de nenhuma outra atividade. No estudo de Gomes et al. (2012) realizado em cinco municípios de cada macrorregião do país, foram realizadas 6 narrativas e 21 entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde, que também criticaram a redução da política a problemas urológicos, principalmente ao câncer de próstata, apontando a necessidade de realização de trabalhos voltados para um atendimento integral, pautado em ações de prevenção e promoção.

A pesquisa de Moura et al. (2014) com gestores para determinar quais os principais motivos da população masculina na busca do atendimento na Estratégia de Saúde da Família, encontrou a procura por cuidados direcionados a situações específicas, a saber: disfunção erétil, obstrução urinária, suspeita de câncer de próstata, vasectomia e busca de preservativo. Todavia, quando interrogou os usuários da unidade a respeito das principais razões de busca ao atendimento, o resultado foi uma doença aguda/ dor repentina, exames de rotina, acidentes e atenção à saúde mental. Dessa maneira, o autor conclui que a associação entre saúde do homem e aspectos urológicos

pode estar impregnada nas práticas e concepções de gestores e profissionais da saúde, influenciando no atendimento e nas demandas dessa determinada população.

A reflexão provocada por estes autores aponta para a necessidade de rompimento com a concepção reducionista que restringe a saúde do homem ao funcionamento do aparelho genital. A importância de resgatar o olhar global sobre a saúde masculina deve abranger todos os atores envolvidos, quais sejam: os usuários, os profissionais, os gestores das unidades básicas de saúde e da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

VI. DISCUSSÃO

Existe uma concordância entre os autores no tocante a importância da PNAISH para a consolidação de saberes e construção de ações que visem aproximar a população masculina das unidades de saúde, principalmente da Atenção Básica. Na contramão do cenário atual em que a busca por assistência se dá diante de uma situação de necessidade, esta política pode ocupar posição estratégica no sentido de incentivar medidas de prevenção de doenças e agravos, bem como a promoção e a recuperação da saúde.

Há muito a ser feito no sentido de informar a sociedade sobre a existência dessa política, seus princípios e diretrizes, para que de forma articulada, a família, contratantes, amigos e demais círculos sociais se envolvam no sentido de influenciar positivamente o homem a procurar pelos serviços e de colaborar para seu acompanhamento contínuo, já que muitas vezes são os membros da família ou até mesmo os patrões que não compreendem a importância da busca ao cuidado e reforçam o paradigma da invulnerabilidade masculina.

Profissionais de saúde carecem de informações a respeito da política e de como eles devem atuar para a sua incorporação nas rotinas do serviço. A capacitação dos profissionais, portanto, é elemento central para o sucesso desta política, uma vez que, são os trabalhadores da saúde que estarão à frente do diálogo com o público masculino. Ressalta-se também que, além das competências técnicas, estes profissionais devem estar preparados para um olhar atento e uma escuta qualificada, de forma a criar um ambiente sensível às necessidades específicas deste grupo. Profissionais de saúde são fundamentais na ruptura das questões de gênero que constroem um imaginário de que o homem não adocece. Daí a importância da construção de uma relação em que o usuário do serviço consiga manifestar seus medos, fragilidades, dúvidas e que se sinta confortável em procurar ajuda nos assuntos relacionados à sua própria saúde.

Os estudos demonstram que experiências práticas de atividades educativas são ferramentas úteis no processo de aproximação dos homens com o serviço. Tais ferramentas podem influenciar na desconstrução de questões relacionadas à masculinidade, assim como debater temas cotidianos como abuso de bebidas, fumo e

outras drogas, violência e acidentes que são fatores que interferem no dia-a-dia deste grupo. Contudo, percebeu-se que este tipo de ação precisa ter um caráter permanente e não pontual, como ocorre na maioria das vezes. Além disso, é importante que as temáticas sejam escolhidas a partir das necessidades locais, pois atividades verticalizadas não provocam o efeito de acolhimento e conscientização que se pretende.

Vale ressaltar que os estudos apontaram que muitas vezes as atividades que são destinadas aos homens discorrem sobre saúde urológica. Este ponto foi ressaltado por diversos autores no sentido de que as atividades educativas e o atendimento prestado não devem estar voltados, exclusivamente, para esta questão. O homem precisa ser visto de forma integral, sendo este apenas um dentre os diversos pontos a serem abordados.

No tocante ao serviço de saúde, é evidente a necessidade reconsiderar sua estrutura e aspectos físicos que se apresentam como um fator a manter afastada a população masculina da atenção básica, logo uma dificuldade a mais para consolidação da política. Primeiro, porque o ambiente em si é considerado pelos homens como “feminilizado”, haja vista os cartazes, o material exposto, a sala de espera muitas vezes estarem voltados apenas para mulheres, crianças ou idosos. O segundo ponto diz respeito ao horário de funcionamento da Unidades Básicas de Saúde. A ampliação e criação de horários alternativos de funcionamento podem ser estratégias de incorporação dos homens ao serviço, por não chocar com sua rotina de trabalho ou desempenho de tarefas de ordem familiar.

A interligação da rede SUS também se mostrou central no estabelecimento de vínculo, visto que a confiança pode ser perdida se ao procurar ajuda, o serviço não conseguir responder à demanda do usuário. Para tal, a comunicação da atenção básica com os outros níveis de atenção precisa existir de forma efetiva e resolutiva.

A questão do financiamento é outro ponto relevante de ser analisado. A política precisa de recursos que garantam sua existência plena. É necessário dinheiro para o desenvolvimento de atividades, para remuneração de funcionários e profissionais que irão trabalhar em horários alternativos. Para tal, necessário se faz o entendimento que esta será mais uma tarefa que não pode ser bem desempenhada por profissionais de um serviço sobrecarregado. A contratação de mais servidores pode ser um incentivo à

realização de novas atribuições e um investimento para melhoria da qualidade de vida, tornando o serviço mais humanizado. Além do mais, não se deve perder de vista a questão da alocação de recursos, haja vista que é muito mais dispendioso o custo com internações hospitalares e recuperação de sequelas causadas por doenças e/ou acidentes do que investir em espaços que estimulem a prevenção de doenças, agravos e a promoção da saúde.

Em face do exposto, as questões aqui discutidas são relevantes podem servir para ampliar o conhecimento dos futuros profissionais de saúde, que devem estar informados sobre as necessidades da população que irá servir, bem como de problemas a serem enfrentados tendo em vista a educação para a saúde e mudanças de estilos de vida. Mais a mais, a informação sobre políticas públicas de saúde pode ter efeito sobre as ações de implementação e gerenciamento, além de servir como estímulos para novos estudos e pesquisas na área, com impactos científicos, tecnológicos e sociais.

VII. CONCLUSÕES

1. Parece haver poucos artigos na literatura abordando a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH);
2. A PNAISH foi de grande importância para o início das discussões a cerca da saúde do homem no âmbito da prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde;
3. As construções sociais de gênero junto com a falta de estrutura, profissionais capacitados, espaço físico adequado e ampliação do horário de atendimento, tendo em vista as características e necessidade as população masculina, constituem os maiores entraves a implantação e efetivação da PNAISH.
4. Além do potencial de resolver questões relacionadas à saúde física, a PNAISH pode levar à mudança de hábitos e comportamentos que ditam a forma de “ser homem” na sociedade;
5. Em sua maioria, os homens costumam entrar em contato com os serviços de saúde quando já possuem uma doença grave, através dos serviços de saúde de média ou alta complexidade; e
6. O pensamento reducionista limita o campo de ação sobre a saúde do homem, a ficar quase restrita ao aparelho urogenital.

VIII. SUMMARY

TITLE: NATIONAL POLICY OF ATTENTION TO MAN'S HEALTH: SYSTEMATIC REVIEW. **Theoretical foundation:** Given the high morbidity and mortality rate of the male population when compared to the female population in the different ages, national health policy has been working on the problem. In Brazil, it justified the implementation of the National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH). However, the so-called male culture and the lack of institutional infrastructure have as one of the first consequences of the delay of this population seeking, regularly, health service; and therefore there is increased higher risk of chronic diseases. **Objectives:** To describe factors which hinder the full implementation of PNAISH; and search the literature on PNAISH. **Methods:** In this systematic literature review were used as a source of information indexed papers on this topic in the database Scientific Electronic Library Online (SciELO), after application of the eligibility criteria of each study. **Results:** 15 articles were selected which addressed the following five topics within the human health: importance given to PNAISH; interference of socio-cultural issues in human health; institutional barriers in achieving health policy; levels of care and its relationship to human health; and the danger of reductionism in human health. **Conclusion:** There is few articles in the literature that talk about PNAISH; this policy was crucial for the start of discussions on human health; gender issues, lack of infrastructure, trained professionals, appropriate physical space, inadequate opening hours contributed to increasing barriers to the implementation and execution of the PNAISH.

Key words: 1. PNAISH, 2. men's health, 3. health policy

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarenga WA, Silva SS, Silva MEDC, Barbosa LDCS, Rocha SS. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65: 929-935.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Capítulo II: Da Seguridade Social. Seção II: Da Saúde, art.196. Brasília; 1988 [acesso em: junho de 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Brito RS, Santos DLA, Maciel, PSO. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia da saúde da família. *Rev. Rene.* [Fortaleza]. 2010; 11: 135-142.
5. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2009; 19: 659-678.
6. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comunicação Saúde Educação* 2010 abr./jun; 14(33):257-70.
7. Fontes WD, Barboza TM, Leite MC, Fonseca RLS, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta paul. enferm.* [online]. 2011; 24(3):430-433.
8. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012; 17(10):2589-2596.

9. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello, LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(1):983-992.
10. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2006 mai; 22(5):901-911.
11. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. *R. Enferm. UFSM* 2011 mai/ago; 1(2):144-152.
12. Junior SJ, Duarte H, Oliveira JR, Souza RR. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 2012; 3(1):520-530.
13. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. 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. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2012; 17(10):2617-2626.
14. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde . *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2012; 17(10):2607-2616.
15. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2013; 18(3):743-752.
16. Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saude soc. [online]*. 2013; 22(2):429-440.
17. Moura EC, Lima AMP, Urdaneta M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à

- Saúde do Homem (PNAISH). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012; 17(10):2597-2606.
18. 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 [online]. 2014; 19(2):429-438.
 19. Nascimento M, Carrara S. Sobre “Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão”. Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17(10):2579-2588.
 20. Nolasco S. De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas ocidentais. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2001.
 21. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho AS, Silva SFC. Política de saúde do homem. Rev. Saúde Pública [online]. 2012; 46(1):108-116.
 22. Schwarz E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012; 17(10):2581-2583.
 23. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Saude soc. [online]. 2013; 22(2):415-428.
 24. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDOS, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc. Anna Nery [online]. 2012; 16(3):561-568.
 25. Souza LPS, Almeida ER, Queiroz MA, Silva JR, Souza AAM, Figueredo MFS. Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. Trab. educ. saúde [online]. 2014; 12(2):291-304.