



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CLÉA CONCEIÇÃO LEAL BORGES

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS E O DIRECIONAMENTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

SALVADOR
2021

CLÉA CONCEIÇÃO LEAL BORGES

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS E O DIRECIONAMENTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde” na linha de pesquisa “Promoção à Saúde, Prevenção e Controle de Agravos”.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

Coorientador: Prof. Dr. Anderson Reis de Sousa

SALVADOR

2021

- B732 Borges, Cléa Conceição Leal.
Análise da situação de saúde de homens e o direcionamento da atenção primária: implicações para a Enfermagem/Cléa Conceição Leal Borges. – Salvador, 2021.
101 f.: il.
- Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira; Coorientador: Prof. Dr. Anderson Reis de Sousa.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.
Inclui referências.
1. Saúde do homem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Enfermagem.
4. Masculinidade. 5. Gênero e saúde. I. Pereira, Álvaro. II. Sousa, Anderson Reis de. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083:614

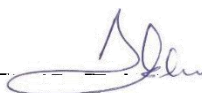
CLÉA CONCEIÇÃO LEAL BORGES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Promoção à Saúde, Prevenção e Controle de Agravos”

Aprovada em 30 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Álvaro Pereira



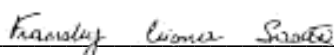
Doutor em Filosofia da Enfermagem. Professor da Universidade Federal da Bahia

Fernanda Mateus Estrela



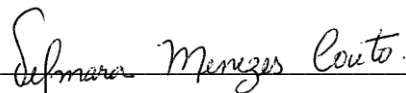
Pós-doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Enfermeira do Programa de Saúde de Homens do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário

Fransley Lima dos Santos



Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal da Bahia

Telmara Menezes Couto



Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este estudo a meus pais e toda minha família, e, principalmente, a Felipe, meu filho e maior motivador pelo meu retorno e a quem tanto amei e daria a vida por ele.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar a Deus, pela força e coragem de remover cada lágrima de tristeza e saudade do meu olhar, durante toda esta longa caminhada. Aos meus pais, pelo belo exemplo dado, que serviu como modelo em todos os momentos difíceis durante o meu trajeto, por mais árduo que pudessem ser.

Às minhas irmãs, que todos os dias conviveram com uma pessoa que não sabia se chorava, estudava, dormia, gritava, caminhava sozinha por aí ou se ficava horas e horas tentando mostrar que podia dar a volta por cima e ainda ser feliz.

Ao meu marido, por todo apoio, paciência e compreensão.

Ao meu orientador, em especial, professor Álvaro, que acreditou em mim e deu a verdadeira oportunidade de minha vida profissional e ao professor Anderson, um grande companheiro, motivador e a luz do corredor, em meu trilhar durante as correções e ensinamentos permitiu apresentar um melhor desempenho no meu processo de aprimoramento e construção desse estudo.

Aos meus colegas Josias, Márcio e, em especial, a Isabella que entre tantas demandas dedicou momentos que serão eternos no meu coração. Bem como ao grupo do “Cuidado à saúde de homens” que chegaram para marcar e acrescentar no meu enriquecimento.

À Prof. Dr^a Ridalva que aceitou participar dos artigos publicados durante o processo.

Também agradeço as minhas amigas, em especial, Raimeyre, Edilene e Cláudia, pelas trocas de ideias e/ou ajuda mútua espiritual e física. Juntas, conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos da minha vida.

“Escolhi estar presente na dor porque já estive pertinho do sofrimento.
Escolhi ajudar ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz e solidariedade
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte do saber.
Escolhi ser Enfermeira porque Amo e respeito a vida acima de tudo”.
(NIGHTINGALE, 2021)

BORGES, C.C.L. **Análise da situação de saúde de homens e o direcionamento da Atenção Primária: Implicações para a Enfermagem.** 2021. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador – Ba, 2021.

RESUMO

Analisar a configuração da situação de saúde de homens e o direcionamento das ações governamentais Atenção Primária à Saúde, no Brasil, e as implicações das ações governamentais voltadas para a saúde de homens na prática profissional da Enfermagem na APS. Estudo descritivo, baseado na literatura científica sob a utilização de duas estratégias: revisão de escopo nas bases de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem BDNF, COCHRANE, *Scientific Electronic Library Online*, LILACS, vinculada à BVS, a partir de nove artigos publicados, dos anos de 2000 a 2020, orientados pela metodologia da *Joanna Briggs Institute* e análise documental com dados obtidos em 31 ações governamentais dos anos de 2009 a 2021, extraídas das bases de dados oficiais hospedados na *internet*, dos órgãos ligados ao setor da saúde e áreas afins do governo federal do Brasil: página eletrônica do Ministério da Saúde, portal da legislação, portal de arquivos do Ministério da Saúde e outros, obtendo-se leis, planos, notas técnicas, manuais técnicos, guias de orientação e educativo/instrutivo como cartilhas, cartazes, panfletos. Os achados foram discutidos com a literatura científica atual sobre o tema, em alinhamento com os princípios e diretrizes da PNAISH. A situação de saúde de homens na APS está permeada pela concentração de barreiras de acesso e procura pelos serviços estando implicadas nesta adesão: as modalidades clínicas; o medo, a provisão familiar, a invulnerabilidade, automedicação e a feminilização dos serviços de saúde. As principais demandas estavam relacionadas à dor, febre, problemas musculoesqueléticos e as necessidades de saúde bucal, sexual, mental e à prevenção e controle de doenças negligenciadas e das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Os marcadores sociais e a construção social das masculinidades influenciam, efetivamente, na situação de saúde e na autopercepção de saúde, a qual contribui também para a busca por serviços mais especializados. Os homens apesar de reduzida frequência nas consultas e na adesão às terapêuticas, participam de grupos educativos em saúde. Quanto as ações governamentais federais relacionadas a situação de saúde de homens expressam um recorte de direcionamento focal a cada tempo histórico e político, e se revelam pela deliberação de ações normativas com o enfoque para a legislação da atenção à saúde de homens no país, ancoradas em uma agenda política para o enfrentamento da morbimortalidade elevada do público masculino e da ampliação e fortalecimento do acesso de homens aos serviços de saúde e com foco na formação, capacitação e aprimoramento profissional das equipes de saúde, dos gestores e apoiadores técnicos a nível nacional. As ações governamentais ainda são pouco expressivas, pois não contemplam todos os eixos do PNAISH, como a mental, espiritual, aos contextos de vulnerabilidade como a situação prisional, a diversidade sexual e de gênero e a etnicidade, cultural e os territórios. Necessita-se inserir o enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional atuando dentro da ESF, utilizando táticas que proporcionem a inserção do homem nos serviços de saúde, apontando a necessidade de educação permanente e capacitação desses profissionais para atuarem frente ao PNAISH, na consolidação da construção de conhecimentos sobre a relação gênero e saúde.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Masculinidade. Gênero e saúde.

BORGES, C.C.L. **Analysis of men's health situation and the direction of Primary Care: Implications for Nursing.** 2021. 101f. Dissertation (Masters in Nursing and Health) – Postgraduate Program in Nursing and Health, School of Nursing, Federal University of Bahia. Salvador – Ba, 2021.

ABSTRACT

To analyze the configuration of the men's health situation and the direction of government actions in Primary Health Care, in Brazil, and the implications of government actions aimed at men's health in the professional practice of Nursing in PHC. Descriptive study based on scientific literature using two strategies: scope review in bibliographic databases specialized in Nursing BDEF, COCHRANE, Scientific Electronic Library Online, LILACS, linked to the VHL, from nine published articles, from from 2000 to 2020, guided by the Joanna Briggs Institute methodology and documental analysis with data obtained in 31 government actions from 2009 to 2021, extracted from official databases hosted on the internet, from agencies related to the health sector and related areas from the federal government of Brazil: Ministry of Health website, legislation portal, Ministry of Health archives portal and others, obtaining laws, plans, technical notes, technical manuals, guidance and educational/instructional guides as primers, posters, flyers. The findings were discussed with the current scientific literature on the subject, in line with PNAISH principles and guidelines. The health situation of men in PHC is permeated by the concentration of barriers to access and demand for services, which are implied in this adherence: the clinical modalities; fear, family provision, invulnerability, self-medication and the feminization of health services. The main demands were related to pain, fever, musculoskeletal problems and the needs of oral, sexual and mental health and the prevention and control of neglected diseases and Chronic Non-Communicable Diseases. Social markers and the social construction of masculinities effectively influence the health situation and self-perception of health, which also contributes to the search for more specialized services. Men, despite the reduced frequency of consultations and adherence to therapies, participate in health education groups. As for the federal government actions related to the health situation of men, they express a focus of focus at each historical and political time, and are revealed by the deliberation of normative actions with a focus on the legislation of health care for men in the country, anchored in a political agenda to face the high morbidity and mortality of the male public and the expansion and strengthening of men's access to health services, with a focus on training, training and professional improvement of health teams, managers and technical supporters at the national level. Government actions are still not very expressive, as they do not cover all the PNAISH axes, such as the mental, spiritual, contexts of vulnerability such as the prison situation, sexual and gender diversity and ethnicity, culture and territories. It is necessary to insert the nurse, as a member of the multidisciplinary team working within the FHS, using tactics that provide the insertion of men in health services, pointing out the need for continuing education and training of these professionals to act in front of the PNAISH, in consolidating the construction knowledge about the relationship between gender and health.

Keywords: Men's Health. Primary Health Care. Nursing. Masculinity. Gender and Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
PA	Pronto Atendimento
ABS	Atenção Básica à Saúde
PNAB	Programa Nacional Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário em Saúde
PNAISH	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SUS	Sistema Único de Saúde
EAB	Estratégia na Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
NOAB	Norma Operacional de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários em Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
CEDAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CLAD	Centro Latino-americano de Administração para o desenvolvimento
ONU	Organização Nações Unidas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
AD	Atenção Domiciliar
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SISAB	Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença Arterial Coronariana

DCI	Doença cerebral isquêmica
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
NOAS	Norma Organizacional de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS NO BRASIL: ELEMENTOS BASILARES PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
2.2 CRIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM E AÇÕES GOVERNAMENTAIS SUBSEQUENTES: CENÁRIO BRASILEIRO.....	22
2.3 SAÚDE DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUAIS AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM?	27
3 MÉTODO	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 AMOSTRA.....	33
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	34
3.3.1 Inclusão.....	34
3.3.2 Exclusão	35
3.4 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS	35
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DOS ARTIGOS	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 ARTIGO 01	39
4.2 ARTIGO 02	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE A – TRABALHOS PUBLICADOS AO LOGO DA PÓS GRADUAÇÃO DE 2019.1 A 2021.1	99
ANEXO A – ARTIGO 01: Situação de saúde de homens na atenção primária à saúde: <i>scoping review</i>	100
ANEXO B – ARTIGO 02: Situação de saúde de homens na atenção primária: análise das ações governamentais no Brasil	101

1 INTRODUÇÃO

Homens, na faixa etária entre 15 a 60 anos, correm mais risco de morte do que as mulheres. Essa diferença ocorre, principalmente, por problemas cardíacos, pela violência e conflitos sociais, em especial, na Europa oriental, Oriente médio e América latina (WHO, 2018). A maioria dos países africanos possui altas taxas de mortalidade geral, bem como nos países da república soviética, estando essas altas taxas de mortalidade, vinculadas aos precários níveis socioeconômicos, assim como de ordem afetiva, familiar e outros (BRASIL, 2012; SILVA, 2012).

Quando observado esse contexto da morbimortalidade masculina no Brasil, deve-se as questões socioculturais construídas pela imagem de um ser forte, cuja identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007).

A resistência dos homens com ambientes de saúde e contextos de cuidado, assim como da adoção de estratégias de prevenção e o adiamento da procura por atendimento, promove o agravamento de situações clínicas e elevação de custos para o Sistema Único de Saúde (NASCIMENTO, 2018). Como consequência, gera-se a elevada frequência desse público aos serviços de saúde na atenção especializada, em especial, às unidades de emergência e os hospitais (JULIÃO, WEIGELT, 2011).

Como comprovação dessa vivência masculina, em 2015, foram realizadas cerca de 4,1 milhões de internações, na faixa etária de 20 a 59 anos (excluindo as internações por gravidez parto e puerpério) com taxa de predomínio do sexo masculino de 3.911 contra 3.619 do sexo feminino. A maior taxa de internação entre o sexo masculino ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos, totalizando 7.530 internações por doenças que levam a população masculina a óbito devido a doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e doenças isquêmicas, cirroses e hepatites, neoplasias malignas, como câncer de próstata e de pulmão, e causas externas como suicídios e violência. (SCHWARZ et al., 2012; BRASIL, 2016, MARTINS et al., 2020).

Quanto ao perfil de saúde do homem no Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que a mortalidade entre homens é 2,3 vezes maior do que entre as mulheres, elevando esse índice quando se trata da faixa etária de homens entre 20 e 29 anos de idade, com destaque para a região Nordeste do país, relacionado às doenças com maior incidência de causa de óbito transtornos mentais e comportamentais (3%), doenças do aparelho digestivo (8%) e as causas externas (35%) (BRASIL, 2012).

Estudo realizado na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil, evidenciou que homens buscam os serviços de emergência, caracterizado pelas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, em decorrência de causas externas e agudização de condições crônicas sensíveis à atenção primária e pela necessidade que eles demonstram de rápida resolução de seus problemas de saúde, que poderiam ter sido atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) (SOUZA et al., 2016).

Na APS, observa-se que o acesso de homens tem se mostrado limitado, reduzido e, por vezes, invisibilizados gerando agravos à saúde. As razões para que essa problemática ocorra estão desveladas em fatores relacionados ao modelo hegemônico de masculinidade, uma vez que os homens suprimem necessidades de saúde tidas como sinais de fragilidade e são capazes de provocar, naqueles que procuram assistência profissional, sentimentos de autodesvalorização e percepção de exclusão diante dos serviços de saúde, culminando com menor satisfação diante do acolhimento recebido, representando uma lacuna na implementação da atenção primária universal e integral à saúde da população masculina. Além disso, o Pronto Atendimento (PA), constitui um serviço de resolução rápida para diversos usuários, pois ofertam serviços como: consultas, terapias medicamentosas e exames em um único espaço, não havendo necessidade de procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) (BARRETO, ARRUDA, MARCON, 2015)

Em face dessas dificuldades ainda encontradas no acesso de homens aos serviços ofertados na Atenção Primária (AP), implica-se refletir o fato de que há no Brasil uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que entrou em vigor desde 28 de março de 2006, Ato Portaria nº 648/GM, ascendendo, principalmente, a partir da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), e, posteriormente, através da Estratégia de Saúde da Família, que dispõe do atendimento centrado no indivíduo, família e coletividade. Destaca-se que esse nível de atenção à saúde, é estruturado em princípios da APS, a partir da lógica da porta de entrada aos serviços, do acolhimento e vínculo, da integralidade, da longitudinalidade e gestão do cuidado (BRASIL, 2006; LOPES, SARDAGNA, SIERVOLINO, 2017).

A PNAB criada em 2011, teve como um dos papéis criar uma AB acolhedora, resolutiva e que seguisse em uma gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Além do reconhecimento da necessidade de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Bem como dos diversos modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a inclusão de Estratégia na Atenção Básica (EAB) para a população de rua, ampliação do número de municípios com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF),

simplificou e facilitou a criação das UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012).

A APS tem também, como papel, trazer o homem para as UBS, com o objetivo de estimular a participação em ações de promoção e educação em saúde, recebendo orientações específicas e também fazendo um atendimento preventivo nessa população, visando à prevenção de doenças que são próprias do gênero masculino, ou seja, do aparelho reprodutivo/sexual, bem como, a aproximação desses usuários com a equipe de saúde e dos serviços na APS. Isto é, responsável por garantir uma reorganização do modelo de atenção à saúde, sendo capaz de promover a resolubilidade dos problemas e das necessidades de saúde (LOPES, SARDAGNA, SIERVOLINO, 2017).

Todavia, apesar de ter sido assegurado pelas políticas públicas, o acesso dos homens aos serviços de saúde, isso não tem significado que esses tenham acessibilidade, isto é tenham sido bem acolhidos ou até mesmo, estejam comparecendo aos serviços para resolver suas demandas de saúde na ABS. Tal contexto, quando melhor compreendido e operacionalizado, pode repercutir em consequente redução dos índices de morbimortalidade masculina, que são considerados altos (FERRETI, BEHLING, SCHINEIDER, 2014).

Não obstante, no Brasil, foi aprovada, em 2009, a Política Nacional Integral à Saúde do Homem (PNAISH) cujos princípios estão fundamentados na universalidade, integralidade, equidade, intersectorialidade e humanização em saúde que priorizam o atendimento desse homem na atenção básica com foco em ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação, com a responsabilização nos três níveis de gestão e a relação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, assim como priorizar proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e concomitante a isto, que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos de cuidados, com práticas de saúde baseadas na humanização e qualidade da assistência a ser prestada (BRASIL, 2009).

A PNAISH está centrada nos eixos da PNAB e incluem a reestruturação e inclusão dos eixos de ação para a saúde de homens, implementados pela área técnica de saúde de homens do Ministério da Saúde, a saber: “acesso e acolhimento” na qual tanto os serviços quanto os homens considerem os espaços de saúde também como espaços masculinos; “paternidade e cuidado” com o envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(as) filhos(as); “saúde sexual e reprodutiva” ao reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos; “doenças prevalentes da população masculina”, possibilitando o acesso e a atenção aos fatores de risco das doenças e dos agravos

à saúde e “prevenção dos acidentes e violências”, relação entre a população masculina e as violências. Mais tarde foram incluídos a saúde dos trabalhadores e as doenças mentais (BRASIL, 2017)

No âmbito da saúde de homens, no Brasil, tem sido evidenciado a adoção de novas práticas cuidativas, a exemplo da estratégia denominada de pré-natal do parceiro com a elaboração de cartilhas de orientação do cuidado masculino, confeccionada pela equipe do Ministério da Saúde, com o intuito de priorizar os cuidados preventivos e o enfrentamento dos fatores de risco das patologias mais prevalentes na população masculina (BRASIL, 2012).

Mesmo considerando a magnitude e capacidade ampliada de cobertura em saúde operacionalizada pela APS, os homens ainda resistem em procurar esses serviços. Estudos que aprofundaram as investigações sobre esse fenômeno têm apontado para a construção social das masculinidades baseados em modelos rígidos, como sendo um dos fatores mais expressivos para que essa resistência e/ou não procura e/ou não pertencimento ao local de atendimento ocorra. A procura preventiva dos serviços de saúde iria colocá-los, no imaginário, como um ser com fragilidade, força, honra, poder e sentimento de invulnerabilidade que promovem o distanciamento dos homens da Atenção Básica (SOUZA et al., 2016; MACHADO, RIBEIRO, 2012; BURILLE, GERHARDT, 2014; LEITE, 2016),

A masculinidade hegemônica tem se configurado enquanto uma prática de gênero que incorpora uma resposta aceita e legitimada do patriarcado, que tem se perpetuado e se atualizado com o passar dos anos. Esse modelo hegemônico de construção social do masculino, tem imprimido comportamentos, práticas, atitudes de dominação, subordinação, exercício extremo na virilidade, força, honra que, por sua vez, distanciam os homens da lógica do cuidado com a saúde (CONNELL, MESSERSCHMIDT, 2013).

É relevante destacar que a presença reduzida de homens na APS, impacta, diretamente, na resolução de problemas de saúde que poderiam ser evitados precocemente, a partir de uma regularidade na frequência dos serviços ofertados por esse nível de atenção. Além disso, prevê a minimização de sofrimento físico e emocional do indivíduo e da sua família no alcance da manutenção da saúde e da qualidade de vida. Portanto, essa problemática deve chamar a atenção do poder público, de gestores, promulgadores de políticas públicas, profissionais e trabalhadores de saúde, docentes, pesquisadores, ativistas e a sociedade civil organizada, como forma de promover ações para a melhoria dos resultados (BRASIL, 2016).

É fundamental fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Tratamentos das doenças crônicas, em geral, geram menor adesão, uma vez que os esquemas terapêuticos exigem um grande compromisso

do usuário que, na maioria das vezes, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir os regimes de tratamento (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. Esse modelo de masculinidade hegemônica provoca sobrecarga financeira à sociedade como um todo, como também e, sobretudo, promove sofrimento físico e emocional ao indivíduo e a sua família (BRASIL, 2016).

Muitos profissionais não conseguem perceber as necessidades de saúde ou até mesmo a presença do público masculino nas unidades de saúde. A figura feminina acaba por mediar a relação do homem com os serviços de saúde ao procurar atendimento e as orientações, em geral, passadas a suas acompanhantes com recomendações de que ela cuide que ele tome a medicação, corretamente, ou ainda que controle a alimentação dele (ALMEIDA; SILVA; VIROR, 2019).

O enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional e atuante na Estratégia Saúde Família (ESF), porta de entrada para o sistema de saúde, apresenta papel de evidência, atuando mediante adoção de práticas assistenciais, preventivas e de promoção à saúde. Desse modo, cabe a esse profissional, desenvolver junto ao público masculino, um enfoque assistencial e preventiva atrativa, fundamentada na integralidade e humanização da assistência (ALBUQUERQUE, 2014).

No meu convívio no Serviço Médico Universitário Rubens Brasil com homens diabéticos, hipertensos, saúde mental ou no planejamento sexual e reprodutor, pude observar o fenômeno da dificuldade desses homens em sentir-se a vontade em buscar o serviço de saúde, apesar da facilidade de acesso quanto a marcação das consultas, a disponibilidade dos diversos serviços, tais como: diversas especialidades médicas, acupuntura, serviço social, terapeutas ocupacionais, fisioterapia, odontológica e toda estrutura de enfermagem, com atendimento especializado. Assim, tais constatações me motivaram a mergulhar nessa temática de estudo.

Assim, parto do pressuposto de que os homens procuram, tardiamente, os serviços de saúde, recorrendo com maior frequência a atenção de média e alta complexidade e, por esse adiamento vêm gerando como consequência, o agravamento de suas morbidades, e maior custo financeiro para o SUS.

Com base no panorama apresentado, e considerando a magnitude do cenário, que indica a necessidade de aprofundamento nas investigações, este estudo tem como questões de investigação: como se configura a situação de saúde de homens e o direcionamento das ações

governamentais na Atenção Primária à Saúde no Brasil? Quais as implicações para a prática profissional em Enfermagem?

1.1 OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivos:

1. Analisar a situação de saúde de homens no Brasil;
2. Identificar o direcionamento das ações governamentais na Atenção Primária à Saúde de homens no Brasil;
3. Implicações das ações governamentais voltadas para a saúde de homens na prática profissional da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Espero, com a apresentação dos resultados deste estudo poder contribuir para novas reflexões e com a repercussão sobre a saúde de homens no contexto da universidade a qual eu trabalho e dos órgãos públicos relacionados às políticas públicas. Acredito que os gestores públicos possam ver potenciais oportunidades de inclusão de novas ações voltadas à saúde masculina contribuindo para a desconstrução do modelo cultural da masculinidade ainda vigente e do imaginário coletivo que fortalece a invulnerabilidade masculina, disseminando uma melhor qualidade de vida e de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção de revisão de literatura, apresentar-se-ão três tópicos, que versam, respectivamente, sobre a situação de saúde de homens no Brasil; criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no cenário brasileiro e, por fim, acesso dos homens aos serviços de saúde na Atenção Básica.

2.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS NO BRASIL: ELEMENTOS BASILARES PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este tópico apresenta o cenário da situação de saúde homens no Brasil, como forma de sinalizar para as nuances e especificidades existentes na condição e situação de saúde masculina, tal como apontar para os marcadores epidemiológicos essenciais na análise da saúde dessa população alvo.

Os indicadores de 2015, apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram como a condição da saúde do homem no Brasil, apresenta-se como um problema de saúde pública, isto porque a mortalidade masculina permanece maior em quase todas as faixas etárias e para a maioria das causas. Some-se a isso o fato de que os homens apresentam 4,6 vezes mais chances de não alcançar os 23 anos de idade (FONTOURA, MEDEIROS, FONTOURA, 2018).

Os homens vivem em torno de sete anos e meio a menos que as mulheres. A principal causa de mortalidade masculina ocorre entre os 20 e 59 anos por causas externas como agressões e acidentes de trânsito que correspondem a 36,4%. Em seguida, as doenças do aparelho circulatório, mais comum nos idosos em função do uso abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo e à vida sedentária, com maior predisposição para o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca, com 17,7%; neoplasias (brônquios e pulmões, estômago), e doenças do aparelho respiratório. Nessa faixa etária prevalece a ocorrência de acidentes, violência e doenças infectocontagiosas, como Aids/HIV e tuberculose (BRASIL, 2015).

Em 2007, entre os estados da Região Nordeste, a Bahia ocupava a primeira colocação na magnitude de óbitos por Neoplasias (21,7%), Causas Externas (24,1%) e Mal Definidas (37,5%) e o segundo lugar na dimensão de óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório (21,0%) e Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (6,7%). No ano de 2009, na Bahia,

as causas externas se tornaram a primeira causa de morte para a população masculina, seguidas pelas Doenças Arterial Coronariana (DAC) e neoplasias (SESAB, 2008).

Considerando todas as faixas etárias, em 2016, os homens morriam mais por causas externas, tais como agressões, acidentes de trânsito, suicídio, afogamento na faixa etária de 5 a 29 anos de idade. Naqueles de idade entre 30 e 69 anos aparecem as doenças cardíacas isquêmicas (DCI), agressões, AVC, acidentes de trânsito e infecções respiratórias baixas. Assim como na população geral, a DCI e o ACV constituíram as principais causas de morte, com taxas padronizadas no sexo masculino, maiores que no feminino, comparativamente, representando o dobro nas DCI, mas com tendência decrescente desde 2005 (BRASIL, 2019).

A saúde de homens apresenta atitude de risco enquanto detentores de uma masculinidade “dita” tóxica, enraizadas por uma sociedade estruturada pela ideologia patriarcal que legitima a masculinidade como uma ideologia influenciada pelo estereótipo hegemônico na qual o homem tem que ser forte, dominante e que, em geral, não precisa ir ao serviço de saúde preventiva ou prevenção aos agravos e doenças, procurando pelo atendimento, geralmente, em situações de urgência e/ou emergência; pois esse atendimento em relação a prevenção é vista por eles como sinal de fragilidade. Tal comportamento culpabiliza esse homem, esquecendo da responsabilidade do estado em prover saúde e prevenção de acordo com as políticas públicas (RANGELL, CASTRO, MORAIS, 2017).

Na prática a execução das políticas de atendimento voltadas a esses indivíduos, geralmente, é inexistente no seu cotidiano. Tal situação coloca a saúde masculina em vulnerabilidade, uma vez que estão propensos a enfermidades crônicas como doenças do coração, hipertensão arterial, neoplasias, diabetes e hipercolesterolemia. Além de doenças como o acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), vários tipos de câncer, colelitíase dentre outras, interferindo no processo saúde-doença (RANGELL, CASTRO, MORAIS, 2017). Entre os estudos que reconhecem os fatores sociais e culturais, enquanto comprometedor da saúde da população masculina, estão os de Herrmann e colaboradores, 2016 (FONTOURA, MEDEIROS, FONTOURA, 2018).

A masculinidade como conduta sociocultural define o gênero masculino, por meio de modos, posicionamentos e valores que são passados de pais para filhos num ciclo vicioso para o próprio homem. A comunicação de informações entre as gerações, denominada de tradição, materializa o modo de comportamento, construindo modelos (RANGELL, CASTRO, MORAIS, 2017).

Esse modelo de masculinidade, dita histórica, se conforma através de padrões tradicionais de ser homem, segundo os quais se tem a expectativa que esse homem seja viril,

machista, que provém, invariavelmente, a sua masculinidade por meio de atitudes agressivas ou de risco em seu dia a dia, além de apresentar certa distância emocional em suas ações. Essa forma de se conceber a masculinidade faz parte de um processo histórico e teve sua maior disseminação no âmbito do movimento da burguesia iniciado nos séculos XIX e XX (BRASIL, 2018).

Nas últimas décadas, vêm se tentando entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para homens incorporando-se a categoria gênero, pois sabe-se que os homens morrem mais de diabetes do que as mulheres e que os riscos de cardiopatia já se mostraram associados a características que definem o padrão da masculinidade, como a ambição, a competitividade e o individualismo. Além disso, os homens morrem com maior frequência tanto por causas externas, tais como de homicídios, acidentes de trânsito e por morbidade associada à violência, quanto por determinados modelos de masculinidade que os tornam vulneráveis, bem como pelo fato de serem os principais protagonistas da violência cometida contra mulheres, crianças, outros homens e contra eles mesmos (FERRAZ, KRAICZYK, 2010).

A maneira como a sociedade reconhece esse homem afeta seu autocuidado e o faz sentir que estão testando a sua masculinidade. É comum, homens fazerem piada sobre a ida ao médico, sobre técnicas de prevenção e exames de rotina. Desde o nascimento, o indivíduo é inserido nessa realidade institucionalizada com modelos que dizem como as coisas devem ser, de acordo com os padrões estabelecidos e que não devem ser modificados (RANGELL, CASTRO, MORAIS, 2017).

Tais elementos fazem com que a doença seja considerada por parte da população masculina como um sinal de fragilidade que não é reconhecido enquanto inerente a sua condição. Ou dito de outra forma, o homem não se reconhece enquanto ser vulnerável, o que leva a atitudes que o expõem a riscos maiores e, em consequência ao desenvolvimento de doenças, bem como do agravamento das mesmas (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, o não apoio por parte da população masculina, às medidas de atenção à saúde são consequências de variáveis culturais. A sociedade criou uma cadeia de estereótipos relacionados ao gênero, os quais estão enraizados, na qual a cultura patriarcal prevalece nas práticas baseadas em crenças e valores do que é “ser masculino”, que reforçam a ideologia hegemônica de masculinidade (BRASIL, 2016; ALBUQUERQUE, 2014).

Essa conduta é determinada pelo contexto social, no qual os homens estão inseridos e, conseqüentemente, são levados a desempenhar papéis sociais de acordo com o que a sociedade impõe, como sendo do masculino ou feminino. Ações que são percebidas como mais

adequadas, devido à naturalização das formas de ser homem e de ser mulher (RANGELL, CASTRO, MORAIS, 2017).

O desemprego compromete a saúde desse homem e pode se relacionar a suicídios de jovens, mas, por outro lado, o fato da parcela da população masculina estar inserida no mercado formal ou informal de trabalho é apontado como uma das razões da baixa procura aos serviços de saúde pelos homens. O receio em ser punido no trabalho por se ausentar para consulta médica, mesmo que ganhem atestado para tal, é um dos motivos que afasta os homens dos serviços. Além disto, muitas empresas e indústrias só abonam a falta mediante atestado médico, o que não é fornecido pelos serviços de saúde no caso de marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção ((SCHWARZ, 2012; KNAUTH, COUTO, WAGNER, 2012).

O homem, apesar da sua força física, não está isento de adoecer e de contrair uma enfermidade, o que o torna ainda mais vulnerável aos agravos, aos quais podem estar susceptíveis. O medo do desconhecido somente dificulta a descoberta de uma enfermidade. Essa negação do adoecer o torna mais frágil e propenso à doença, o qual pode estar associado ao modelo patriarcal, dificultando, assim, a adesão de práticas de autocuidado (GOMES, 2012).

A maioria dos homens têm muita dificuldade de falar sobre seus problemas de saúde, porque pode demonstrar fraqueza e feminilidade, na forma como ele encara o autocuidado. Além do imaginário masculino considerar que quem procura a doença, acaba achando, assim sendo não saber que é portador de uma doença pode ser considerado um fator protetor (FERRETI, BEHLING, SCHINEIDER, 2014). Esse fator sociocultural também vinculado a essa problemática dificulta que boa parte desse segmento populacional reconheça suas próprias necessidades de saúde, preservando a vulnerabilidade masculina, o mito do herói e a desculpa do papel social de provedor (BRASIL, 2009).

Essa sensação do homem forte que não adoecer, precisa ser trabalhada na atenção básica, permitindo que essa população expresse seus medos, ansiedades e verbalize suas demandas (OLIVEIRA, BARRETO, MARCON, 2015). Os homens não são incentivados ao autocuidado, atribuindo-se esse papel às mulheres. Nesse contexto, o comportamento que anula o cuidar do homem põe em risco a sua saúde. As ações voltadas à saúde do homem estão restritas a campanhas temáticas e/ou pontuais na educação em saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Com base no cenário da situação de saúde de homens apresentados, verifica-se a existência de um panorama que expressa características singulares nos comportamentos de

saúde dos homens, que se repercutem em morbimortalidade elevada entre esse público. Tais dados, configuram-se importantes no que diz respeito às ações de atenção à saúde, sendo merecedoras de preocupação por parte dos agentes públicos nacionais.

2.2 CRIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM E AÇÕES GOVERNAMENTAIS SUBSEQUENTES: CENÁRIO BRASILEIRO

A discussão trazida nesse tópico, dedica-se a apresentar um panorama sócio-histórico da criação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, a partir do cenário brasileiro, como forma de elucidar os marcadores políticos, sociais, científicos, normativos e governamentais existentes na implantação e consequente implementação dessa política de saúde focal.

A partir dos anos 70, os movimentos feministas e dez anos após os de *gays* passaram a lutar pela diminuição das desigualdades de gênero, procurando a inserção de outras questões do feminino para além de uma atenção à saúde voltada para o materno-infantil, e permitindo a perspectiva da saúde, de homens e mulheres, a partir da visão de gênero, ou seja, homens e mulheres possuem predicados físicos, natural e, biologicamente, definidos dos quais decorrem atributos psicológicas e sociais, construções de intervenção social que podem ser utilizados para conformar os indivíduos a esses papéis e aspectos pré-definidos (TILIO, 2014).

Historicamente, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde do povo e na tentativa de romper com um passado de descompromisso social, foi criado o SUS nas três esferas de governo: União, Estados e Municípios. Cronologicamente, até a criação do SUS, ocorreu nos anos 80 o Movimento da Reforma Sanitária e, em 1986, culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1988, com a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990 e sua complementação, a Lei nº 8.142/1990, denominadas Leis Orgânicas da Saúde, tinham como objetivo central garantir o acesso à saúde para todas as pessoas. Em 1991, foram sancionadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, a NOB 93, a NOB 96, e em 2001 a Norma de Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2016).

Em função disto, as políticas de saúde foram definidas como resposta social do Estado diante dos problemas de saúde e dos determinantes ambientais que afetam, ativamente, a saúde do indivíduo e da comunidade. Mas, para que tais ações voltadas a esse público tenham êxito, deve-se compreender a existência de uma pluralidade de formas de exercer a masculinidade, não se reduzindo a um único modelo. Essas variadas formas de masculinidade são influenciadas por vários fatores, tais como raça, classe social, grupo etário, entre outros, e

devem ser pensados pelos serviços e profissionais de saúde ao elaborarem medidas voltadas aos homens (GOMES, 2012).

No entanto, a presença da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) na PNAISH, marcou seu discurso voltado para as disfunções sexuais e centrada no modelo biomédico, desviando a atenção de outros importantes assuntos de saúde relacionadas a esse homem, dentre as quais poderíamos citar a violência e a saúde mental que, por fim, acabaram sendo menos abordadas no documento final da Política (CARRARA, 2009).

Em 2006, foi criado o Pacto pela Saúde; 2009, a PNAISH com o intuito de inserir o homem no contexto da saúde através da Portaria nº1.944, 2010 e a Portaria GM/MS nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Em 2011, foi criada nova lei sobre a organização do SUS, tais como o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa. Ainda, em 2011, é aprovada a PNAB, que estabelecia a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2016).

A PNAB distinguiu-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, com ações descentralizadas e o mais próximo da população e a sua equipe de saúde, tendo a ESF como modelo de atenção e reflete o reconhecimento de que os agravos de saúde da população masculina constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Com a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 outubro de 2011, regulamenta a PNAB e estabelece a revisão das normas e diretrizes para a organização da AB para a ESF e o PACS (BRASIL,2018).

Em 2012, a Lei Complementar 141 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados, anualmente, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde: e com a PNAB consolida e atualiza a política, permanecendo a ESF como tática recomendada para a AB; integrando alguns ajustes ao acesso. O PNAB revisa o financiamento da AB e propõe a repactuação da gestão tripartite e do papel dos estados e são constituídos por equipes com profissionais multidisciplinares, que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das ESF e das equipes de AB que atendem populações específicas. As equipes do NASF compartilham práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2016).

O PNAB inova no processo de trabalho implantando o acolhimento com classificação de risco e integrando à AB às equipes de atenção domiciliar e de apoio matricial; propondo uma AB mais fortalecida e ordenadora das redes de atenção, como estratégia central a criação de um fluxo do cuidado, buscando o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde

da população. Por meio da implantação do Sistema Nacional de Satisfação do Usuário e do Portal de Transparência do SUS, fortalecendo o controle social e a participação da comunidade. Apresenta-se o novo sistema de informação da AB, fomentando a integração dos sistemas de informação, a nova política de regulação e a implantação do Cartão Nacional do SUS (BRASIL, 2012).

Um dos grandes desafios dessa política se refere à produção de mais espaços de escuta dos homens nos serviços de saúde, direcionados aos princípios do acolhimento, humanização da assistência e a adesão a essa política promovendo, assim, o fortalecimento da articulação entre ensino, serviço e comunidade. Além disto a falta de iniciativa por parte da saúde pública vem contribuindo para a sustentação do conjunto agravante de doenças na população masculina, pois ainda não se prioriza essa população, com campanhas como se fazem em outras campanhas veiculadas na mídia, que incentivem as visitas à APS. A efetivação dessa política, lançada há 9 anos, até hoje pouco praticada vem agravando cada vez, no homem considerado como “sexo forte” que não favorece a necessária mudança de comportamentos vulneráveis relacionados ao gênero (NASCIMENTO, 2018).

A PNAISH marca a singularidade masculina nas suas diversas situações socioculturais e político-econômicas, bem como aponta princípios para a crescente expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis na população masculina de 20 a 59 anos. Nesse sentido, os objetivos dessa política se voltam para os eixos da qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado, privilegiando as ações integradas da atenção à saúde, direcionando os diferentes níveis de desenvolvimento e formação dos sistemas locais de saúde (SCHWARZ, 2012).

A PNAISH atua com cinco eixos prioritários: acesso e acolhimento com a inclusão dos homens nos serviços de saúde por se sentirem acolhidos e sujeitos que necessitam de cuidados à saúde; paternidade e cuidado buscando os benefícios gerados no cuidado paterno desde o início da gestação, aprendendo a cuidar do recém-nascido e da infância, voltadas para a saúde da família e o fortalecimento das vinculações familiares; prevenção de violência e acidentes ao mostrar ações voltadas para a redução da mortalidade masculina, a violência e os acidentes através da sensibilização; e saúde sexual e reprodutiva ao sensibilizar a população, os profissionais de saúde e os gestores sobre o reconhecimento dos homens nas questões da reprodução e sexualidade a fim de criar ações voltadas para esses homens (BRASIL, 2018).

As diretrizes da PNAISH não discordam dos princípios do SUS e utilizam da mesma coerência empregada para o atendimento aos outros grupos populacionais, se organizando de acordo com as prioridades, por meio de ações voltadas à saúde das mulheres, das crianças e

das pessoas idosas; tornando as ações voltadas à saúde dos homens restritas a campanhas temáticas e/ou de educação em saúde, pontuais. Além disso, não houve durante a criação dessa política uma extensa discussão na sociedade, o que, possivelmente, inibiu a sua implantação (BRASIL, 2016).

Existem elementos que colaboram para a construção da masculinidade que considera valores e atitudes que são eternizados enquanto padrão cultural de comportamento, segundo o qual não é permitido a esses homens demonstrar fraqueza e fragilidade, formando padrões de comportamento que os afastam dos postos de saúde, tornando-os vulneráveis ao desenvolvimento de doenças que podem contribuir para a morte precoce dessa população (FONTOURA, MEDEIROS, FONTOURA, 2018; NASCIMENTO, 2018).

O enfoque da masculinidade mudou a forma de relacionar-se do homem, a busca do autocuidado que se autorregula pela relação da felicidade da vida amorosa e o falso vínculo com a potência e a vida sexual. A PNAISH se baseia na vulnerabilidade do homem, às doenças crônicas e graves e a má captação pelos serviços de atenção primária em função da própria formação dos profissionais, que não estão sendo formados de acordo com a necessidade desse homem, direcionando-os para atenção ambulatorial e hospitalar de alta e média complexidade. Isto ocorre devido aos fatores que interferem nessa atenção, ou seja, às barreiras institucionais e socioculturais que vem dificultando o acesso desses homens aos serviços de saúde (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009).

A PNAISH aponta a singularidade masculina nas suas diversas situações socioculturais e político-econômicas, bem como aponta princípios para a crescente expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade, por causas evitáveis na população masculina de 20 a 59 anos. Nesse sentido, os objetivos dessa política se voltam para os eixos da qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado, privilegiando as ações integradas da atenção à saúde, direcionando os diferentes níveis de desenvolvimento e formação dos sistemas locais de saúde (SCHWARZ, 2012).

A alta incidência e mortalidade decorrente da neoplasia maligna de próstata faz com que esse câncer seja o segundo mais comum em homens, que se desenvolve de forma assintomática e que, possivelmente, induz à crença de que se os sintomas não se apresentam o indivíduo não se vê doente. Por outro lado, o câncer de pênis é um tumor raro, relacionado com as baixas condições socioeconômicas e a má higiene íntima, representa cerca de 2% de todos os tipos de câncer que atingem o homem no Brasil, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste, sendo que no Maranhão ultrapassa os eventos de câncer de próstata. Além

desses fatores de adoecimento relacionados à saúde, tem-se questões de ordem afetiva, familiar, socioeconômica, entre outras (SILVA, 2012).

As pesquisas científicas sobre a saúde do homem não são recentes, mas apenas na década de 70 passou-se a atribuir importância às questões de gênero e na década de 90, os pesquisadores passaram a considerar os homens não apenas como organismos do gênero masculino, mas a estimá-los enquanto indivíduos sociais, relacionando a saúde às suas funções sociais e aos papéis de gênero a eles denominados (BRASIL, 2019).

A PNAISH leva em conta o que parece ser uma aversão dos homens em penetrar no serviço de saúde pela porta da atenção primária à saúde (APS). Tal resistência vem causando, além de atraso no diagnóstico, um aumento considerável nos gastos com internações hospitalares ao SUS. Como resultado, no ano de 2012, o valor médio pago por internação hospitalar no âmbito do SUS chegou a R\$1.050,80. Nesse contexto, com o aumento do número de idosos e de doenças crônicas e degenerativas, o Ministério da Saúde criou a chamada Atenção Domiciliar (AD), que tem como um de seus eixos o cuidado continuado do usuário em domicílio. Estima-se que a economia obtida com o uso de AD, por usuário, seja de cerca de 80% menor, em comparação à internação hospitalar (FERREIRA, 2018; DANTAS, COUTO, 2018).

Diante disto, deve-se repensar esse modelo de masculinidade que impõe ao homem uma condição tida como vulnerável ao adoecimento e às fragilidades sociais, numa conjuntura que determina uma barreira para que os homens cuidem da própria saúde, por entender que essa procura é desnecessária e por assumir essa fragilidade como uma espécie de “arranhadura” à sua masculinidade (GUERRA, 2015; BRASIL, 2016).

Embora o conceito de masculinidade venha sendo contestado e tenha perdido seu rigor inicial na dinâmica do processo cultural, a concepção ainda predominante de uma masculinidade hegemônica continua presente como um dos principais motivos pela não procura de homens aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o cuidado com a saúde ainda é papel considerado como sendo do domínio feminino e as mulheres são educadas para desempenhar e se responsabilizar por esse papel, cabendo ao homem a exposição excessiva a riscos considerados desnecessários (BRASIL, 2016).

A PNAISH deve considerar as diferentes possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e socioculturalmente, sendo o significado de masculinidade um processo em constante construção e transformação. Masculino e o feminino são modelos culturais de gênero, que conservam no imaginário dos homens e das mulheres nas sociedades judaico-cristãs ocidentais. Isto resulta na importância de determinantes sociais

que revelam vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando os modelos de masculinidade vigentes que comprometem o acesso à atenção integral, bem como refletem de modo determinante na vulnerabilidade dessa população, as situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2016).

Com base no exposto, vislumbra-se os movimentos sociais, políticos, científicos, governamentais e normativos existentes para que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem se torne uma realidade presente no cenário brasileiro. Nesse sentido, percebe-se ainda há necessidade de avanços para a efetiva implementação nos distintos espaços territoriais no país, carecendo de maior empenho institucional e governamental para que esse avanço seja possível.

2.3 SAÚDE DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUAIS AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM?

O acesso dos homens aos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) será problematizado nesse tópico a seguir, como forma de apresentar os fatores e/ou aspectos que se encontram relacionados a essa problemática.

Historicamente, o acesso aos serviços de saúde teve como foco na assistência às crianças e as mulheres, em relação ao seu aspecto reprodutivo, não tendo se organizado de modo a receber e acolher as demandas masculinas. Os homens, por outro lado, crescem influenciados por uma noção de gênero e masculinidade que exige uma eterna vigilância dos gestos, das emoções e do próprio corpo, o que produz reflexos no campo da saúde, principalmente, no tocante à promoção de medidas preventivas (COELHO, 2018).

Essas diferenças, que respondem a uma trajetória histórica e cultural de formação sobre modos de ser e de viver e, também, de se cuidar como homens, têm relação direta com as questões de gênero e a forma desigual na qual são condicionados, socialmente, pelas diferenças entre o gênero masculino e o gênero feminino. Seja porque a orientação para o cuidado de si e dos outros não faz parte da socialização dos homens, ou porque eles compreendem que o setor saúde estende-se a mulher e seu filho como uma díade inseparável (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2015).

O fato é que as ações em saúde têm sido pautadas em representações conservadoras. Essas desigualdades com que são tratados os homens e as mulheres acabam, inúmeras vezes, por colocar em risco a saúde desses sujeitos, pois as políticas e os programas de saúde ainda privilegiam cuidados estereotipados para cada um dos sexos (FERREIRA, 2018).

As políticas de saúde atuais negam as potencialidades de avaliar as diferentes implicações às questões de gênero em seus programas, o que pode levar a diagnósticos equivocados, ou não considerados, pela prevalência real da doença para o sexo oposto. Por outro lado, os homens delegam o cuidado da sua saúde às mulheres. Essa falta de cuidado masculino, com sua própria saúde, pode ser relacionada com a negligência dos sinais e sintomas e/ou desconhecimento da fragilidade do próprio corpo, ou ainda pela perpetuação dos estereótipos de gênero, de força e virilidade tão presentes nas construções sociais e familiares, em especial, nas sociedades judaico-cristãs ocidentais (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2015; RODRIGUES, CORREA, FRAGA, 2016).

Além disso, existem determinantes socioestruturais e de gênero, que condicionam o homem ao risco de adoecer, devido aos comportamentos assumidos que estão relacionados a fatores de ordem pessoal, profissional e também a gestão dos serviços. A procura aos serviços de saúde por homens é motivada pela esperança da cura de um mal que os angustia, quando a dor se torna intolerável, dificultando o desenvolvimento de suas atividades laborais. Contudo, apesar de as taxas de comorbidades masculinas adotarem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que o comparecimento de homens nos serviços de saúde, principalmente na APS, é menor do que a das mulheres, uma vez que os homens estão mais vulneráveis por seus hábitos e comportamentos de risco, tais como o uso de álcool, drogas, tabagismo, sedentarismo, violências e acidentes de trânsito (SOUSA et al., 2014).

A PNAISH, oficialmente publicada no Brasil em 2009, foi criada a partir da necessidade de se evidenciar e reduzir os agravos recorrentes à saúde de homens, bem como melhorar o seu acesso a cuidados e serviços de saúde, se constituindo como um cenário desafiador no campo da saúde pública. Assim, faz-se necessário um olhar atento à temática, pois acreditamos que devem ser criados mecanismos que facilitem esse acesso aos serviços de atendimento integral à saúde na AP, contribuindo dessa maneira para redução dos índices de morbimortalidade masculina, considerados altos em relação ao feminino (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2015).

O acesso ao serviço de saúde é denominado como a facilidade aos usuários na marcação de consulta, atendimento, bem como as estratégias para recuperar as expectativas. Seus limites estão relacionados a fatores socioeconômicos ou a barreiras geográficas, que se relacionam a acessibilidade, assim como a fatores culturais, sociais e políticos, sendo assim, um conceito complexo (MENEZES, 2017).

Nesse sentido, são dimensões do acesso: a disponibilidade entendida como a relação entre a quantidade e o tipo de serviços existentes; acessibilidade pela relação entre localização

da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos; adequação funcional é definida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade em adaptar-se a esses fatores e perceberem a necessidade dos mesmos; a condição financeira dos serviços e a relação entre os custos e a sua oferta e, por fim, a aceitabilidade que pode ser entendida como sendo a compatibilidade entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e as práticas desses serviços (ASSIS, JESUS, 2012).

Portanto, ter acesso indica aspectos que vão desde distância de moradia do usuário ao equipamento de saúde, passando pelos meios utilizados para seu deslocamento, tempo de espera, tratamento recebido até a priorização de situações de urgência. Já o acolhimento está focado em como o profissional sente e lida com as necessidades dos usuários, direcionando-o para o sistema com vistas a responder suas demandas (LEITE, 2016).

O acesso pode ser dificultado em função dos fatores intervenientes, tais como a disponibilidade de horários, dias de atendimento, a possibilidade de ser atendido mesmo que não esteja agendado, bem como a percepção que a população tem em relação a esses parâmetros citados e a acessibilidade refere-se à possibilidade da população de superar as dificuldades de chegar ao serviço e dar continuidade ao tratamento (MENEZES, 2017, ASSIS, JESUS, 2012).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, deve atender, independente ao modelo de sistema aceito e estar relacionado a capacidade de um grupo ou usuário procurar e obter a atenção adequada. No conceito geral, estão, assim, simplificados: a disponibilidade que está relacionada a quantidade e o tipo de serviços existentes, a demanda de usuários e a sua necessidade. A acessibilidade relaciona-se entre a localização da oferta e dos usuários, ou seja, a distância entre o cliente e a localização da oferta; meio de transporte até o local e o seu custo para o usuário e a adequação funcional se refere ao modo como a oferta está organizada para acolher os usuários, pela capacidade financeira dos serviços e a relação entre os custos e a sua oferta e pela aceitabilidade como as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas desses serviços (ARAÚJO, NASCIMENTO, 2016).

O uso dos serviços de saúde relaciona-se aos fatores predisponentes, que são os fatores sociodemográficas (idade, gênero, raça, hábitos, entre outras variáveis). Os fatores capacitantes relacionados pela renda, cobertura pública/privada e a oferta de serviços e os fatores determinantes que pode ser definida como o indivíduo se percebe ou é diagnosticado pelo profissional. Quanto ao atendimento, está dividido em fases que devem ser superadas pelos sistemas de saúde, abrangendo a disponibilidade ou não dos serviços, a distância até o

local a ser atendido, recursos disponíveis, capacitação técnica do profissional e o comprometimento com a sua população a quem deve prestar o atendimento (ASSIS, JESUS, 2012).

Entende-se, assim, a necessidade de olharmos para a temática do acesso do homem ao serviço de saúde, pois acredita-se que devem ser criados mecanismos que facilitem o acolhimento dessa população aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, contribuindo dessa maneira para redução dos índices de morbimortalidade masculina, considerados altos pelos indicadores de saúde em todas as faixas etárias (OLIVEIRA, 2016).

Essa dificuldade dos homens por buscar os serviços de saúde se dá pela forma como os serviços lidam com as demandas específicas dos mesmos, comprometendo ainda mais a sua evasão. Os serviços disponibilizados aos homens não possuem um horário diferenciado de atendimento, não existe uma visita domiciliar específica para os mesmos, e o atendimento é baseado na relação dialógico-reflexivo entre profissional e cliente, em que procure se conscientizar sobre sua condição de saúde-doença. Uma alternativa seria a ida ao estabelecimento na qual esses homens trabalham, criando parcerias com as empresas, que também teriam um retorno positivo, diminuindo o número de afastamento ao serviço que, muitas, veem enfrentando por conta do quadro de saúde dos trabalhadores (MOURA, 2014).

A resistência de acesso da população masculina nos serviços da APS demonstra falhas no acolhimento e confirma a necessidade de ações mais efetivas nesse setor, previstos na PNAISH. Tais ações convergem na qualificação dos profissionais de saúde para o adequado atendimento à saúde do homem, inserir assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem esse homem e, para que os profissionais de saúde possam reconhecer esses homens como sujeitos que necessitam de cuidados, incentivando-os na atenção à própria saúde (COELHO, 2018).

Tentando evitar as desigualdades do acesso, já são percebidas algumas mudanças nas comunicações dirigidas a essa população pelo Ministério da Saúde, incluindo as ações relacionadas ao gênero, família e raça/etnia nos materiais disponibilizados, no entanto ainda não são percebidas no trabalho diário das equipes de saúde. Assim, a presença majoritária nos serviços das APS ainda são das mulheres, crianças, população, historicamente, acolhida pelos programas de saúde materno-infantil e de idosos. Em relação aos espaços de atendimento, ainda são percebidas a desigualdade do acesso e a “invisibilidade” das necessidades e demandas masculinas de saúde, não esquecendo, contudo que passam pela triagem dos

próprios homens, expostos aos estereótipos sociais de gênero, a um tipo de masculinidade que os imagina como menos propensos aos problemas de saúde, cooperando, assim, para a diferenciação dos serviços da APS como espaços feminizados (SEPARAVICH, CANESQUI, 2013).

Existem estratégias pontuais de políticas de saúde e de ação dos profissionais da saúde, visando ampliar a atenção integral à saúde masculina, com a presença e participação efetiva dos homens nos serviços, o que significa rever atitudes na atenção e atendimento que ainda se baseiam numa masculinidade estereotipada. A ideia de se despertar nos homens a consciência de que trazem necessidades específicas de saúde, caminha no sentido de estruturação dos serviços que atendam suas demandas e à superação de estereótipos de gênero (NASCIMENTO, 2018).

Além disto, a implantação e execução de ações direcionadas à saúde do homem esbarram em fracassos e deficiências do próprio sistema. Portanto, infraestruturas deficitárias, burocratização dos serviços, recursos humanos e financeiros insuficientes, ausência de continuidade das ações em saúde e de uma resposta adequada em tempo cabível, terminam por gerar descrédito do serviço, até mesmo do próprio profissional, não contribuindo para a adesão e para o aumento da demanda pelo público masculino (SEPARAVICH, CANESQUI, 2013).

Nesse sentido, apesar de o acesso desses homens ter sido assegurado pelas políticas públicas, isso não significou que tem tido um bom acesso aos serviços, ou seja, não, necessariamente, houve uma superação dos obstáculos referentes a oferta de serviços e obtenção de cuidados à saúde por parte desse grupo, verifica-se que essa questão continua sendo um grande desafio, sobretudo, no campo ético-profissional. Os homens procuram as práticas curativas, não frequentando as unidades de saúde e os programas oferecidos pelos serviços ao priorizar as atividades laborais, pondo o cuidado à saúde em segundo lugar. Em função disso, torna-se tardia, resultando na busca pela atenção de média e alta complexidade que será realizada após o agravamento do processo saúde/doença, quando os sinais e sintomas já estão alojados e tornam-se crônicos (SILVA, 2012, SOUZA, 2016).

Ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde é um dos principais desafios a serem alcançados pelos profissionais de saúde e cabe ao profissional enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional que atua dentro da ESF a responsabilidade de agir junto ao público masculino e, portanto, tem papel proeminente em desenvolver uma abordagem atrativa e acolhedora, baseada na integralidade e humanização da assistência,

valorizando o indivíduo a ser cuidado, suas vivências, experiências, e adotando medidas de cuidado coerentes com as suas necessidades pontuais (ALVES, 2017).

Percebe-se a necessidade da educação continuada no contexto da saúde do homem, seja através de cursos, capacitações e treinamentos. Torna-se vital pensar e discutir maneiras de inserir os profissionais de saúde nos ambientes, onde a população masculina se concentra, rotineiramente, como em locais de trabalho, ou ocasionalmente, como em feiras e eventos, principalmente, quando se verifica a necessidade de distribuição de folhetos informativos, palestras, oficinas, orientações em grupo, avaliação de risco para Hipertensão e *Diabetes Mellitus*, problemas cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Com essas atitudes, permitiria uma maior sensibilização sobre a imperativa necessidade de prevenir doenças e de aproximar cada vez mais o homem dos serviços de saúde (NASCIMEN, 2018; ALVES, 2017).

Conhecer os fatores, bem como os aspectos que se encontram relacionados com o acesso de homens aos serviços de saúde na Atenção Básica, nos permite identificar barreiras, assim como obstáculos no acesso do público masculino a esses serviços, os quais possibilitam repensar as estratégias específicas a serem criadas, a fim de potencializar a presença masculina nesses espaços. Este estudo pretende abrir portas para futuras pesquisas relacionadas ao tema proposto.

3 MÉTODO

Esta sessão foi dedicada a apresentar o método de construção deste trabalho científico, como forma de localizar as etapas a serem desenvolvidas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva que teve por base duas estratégias: a revisão de escopo e a análise documental.

A **revisão de escopo** permite ampliar a visão total a respeito de um determinado tema e os principais conceitos que originam uma determinada área de conhecimento, além de auxiliar no exame quanto à extensão, alcance e natureza das investigações, sumariza seus resultados e identifica possíveis lacunas a serem abordadas ou aprofundadas em estudos posteriores. Nessa perspectiva, essa revisão foi elaborada de acordo com a metodologia recomendada pelo Instituto *Joana Briggs* (PAIVA, CAETANO, 2020; CABRAL, VIANA, GONTIJO, 2020).

A **análise documental** é realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados, cientificamente, autênticos, os quais podem ser primários e secundários, escritos ou não, que permitem explanar e esclarecer a questão/problema em anuência com o objetivo do pesquisador, favorecendo a compreensão do contexto social, compreensão da observação de um passado recente, além de permitir a observação do processo de evolução dos indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, ações e práticas (COGO, LUNARDI, 2018).

3.2 AMOSTRA

Na **revisão de escopo**, as estratégias de busca foram construídas em três etapas.

1. Primeiramente, utilizou-se os descritores “Men” AND “Mens Health”, no *Medical Literature Analysis AND Retrieval System Online* via *US National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed) para achar descritores não controlados presentes nos artigos de interesse.
2. Em seguida, realizaram-se combinações de descritores controlados, adquiridos no *Medical Subject Headings* (MeSH), e não controlados, obtidos na busca inicial, acrescidos dos operadores booleanos “OR” e “AND”.

3. Por fim, essa estratégia foi adaptada para cada base de dados, utilizando as bases de dados MEDLINE/PubMed, *SCOPUS* (Elsevier), *Science Direct* (Elsevier), *Web of Science* (WOS), BDNF, COCHRANE, *a Scientific Electronic Library Online*, SciELO e a LILACS (Literatura Latino-americana de Ciências da Saúde), principal fonte de informação da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

Na **análise documental**, foram utilizados os documentos que tinham sido idealizados e/ou que tivessem ações relacionadas à Atenção Primária à Saúde. A técnica de busca dos dados foi guiada pelo uso de palavras-chaves/descriptores, nas fontes investigadas, tais como: Saúde do Homem; Homem; Homens; Masculino; Saúde Masculina; Atenção Primária à Saúde; extraídas das bases oficiais dos órgãos relacionados ao setor da saúde e áreas afins do governo federal do Brasil, a partir de sites instalados na internet, a exemplo de: página eletrônica do Ministério da Saúde, portal da legislação, portal de arquivos do Ministério da Saúde, dentre outros.

Para a extração desses dados, o instrumento de coleta utilizou-se das seguintes variáveis: descrição da fonte, ano de publicação, título e descrição da ementa, classificação, objetivos, título/órgão responsável, instância/abrangência e proposta/contribuição.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

3.3.1 Inclusão

Nesse contexto, para considerar a inclusão de um estudo, utilizou-se a estratégia P (problema) C (conceito) e C (contexto), ou seja, como acrônimo de homens (P), o (C) situação de saúde e (C) a atenção básica para obtenção dos dados, com o intuito de investigar, sumarizar e divulgar dados da investigação e identificar as lacunas de pesquisas existentes. A leitura completa dos artigos incluídos na primeira etapa foi realizada por três revisores, de forma independente. Na segunda etapa, os revisores tiveram a responsabilidade de verificar se o artigo atendia os critérios de elegibilidade e se os mesmos respondiam ao objetivo do estudo. Por fim, após a confirmação de inclusão do artigo, o revisor fez a busca dos estudos, potencialmente, úteis nas referências do mesmo. As discordâncias entre os revisores foram avaliadas ao final por um quarto revisor. Já na terceira e última fase da revisão, todos os estudos incluídos foram divididos entre os quatro revisores que preencheram a matriz de síntese da extração de dados. A descrição de tais justificativas constam no Prisma (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*).

Como critérios de inclusão na **revisão de escopo** foram selecionados: estudos primários, sem limite temporal, publicados em qualquer língua e discorrer sobre perfil de homens nos serviços de saúde que utilizam a atenção básica. Os estudos primários, geralmente, são coletados com o propósito de resolver diferentes problemas que poderiam surgir no futuro. Eles correspondem a investigações originais e constituem a maioria das publicações e fazem uso da coleta de dados através da entrevista, questionário, estudo de caso e pesquisa. Sendo assim, inicialmente, foram obtidos 258 artigos replicados e sem analogia com o tema proposto pelo trabalho e ao final foram obtidos nove artigos.

O critério de inclusão na **análise documental**, foram os documentos de bases oficiais dos órgãos ligados ao setor da saúde e áreas afins do governo federal do Brasil, a partir de sites hospedados na *internet*, a exemplo de: página eletrônica do Ministério da Saúde, portal da legislação, portal de arquivos do Ministério da Saúde e outros do tipo estudo secundário no período de 2009, implantação do PNAISH até 2021. A coleta foi realizada entre os meses de janeiro a março de 2021, totalizando 37 documentos incluídos.

3.3.2 Exclusão

Na **revisão de escopo**, foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: estudos secundários (como resumos em conferências, notas de conferência ou outras revisões) e estudos replicados.

Na **revisão documental**, foram excluídos todos os textos que não apresentassem relação direta com documentos que tivessem ações direcionadas à Atenção Primária à Saúde extraída. Incluem-se documentos que não fossem de bases oficiais dos órgãos ligados ao setor da saúde e áreas afins do governo federal do Brasil, a partir de sites hospedados na *internet*, tais como página eletrônica do Ministério da Saúde, portal da legislação, portal de arquivos do Ministério da Saúde.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi organizada a partir do emprego de estratégias diversificadas, apresentadas a seguir.

A primeira estratégia foi delineada a partir do seguimento dos passos de construção de uma revisão de escopo da literatura (*scoping study* ou *scoping review*), baseado no protocolo de *Joanna Briggs Institute* (JBI), com o intuito de fornecer uma síntese abrangente e neutra

de um grande número de estudos proeminentes dentro dos limites de um único documento, usando métodos rigorosos e claros. Para a elaboração da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia *Population, Concept e Context* (PCC), acrônimo de homens (P), (C) situação de saúde e (C) a Atenção Primária. Foram vistos os critérios de inclusão e exclusão. Para obtenção dos estudos, utilizou-se a estratégia de busca em três etapas. Inicialmente, fez-se uma busca no MEDLINE/PubMed para encontrar descritores não controlados, em seguida, realizou-se a combinação de descritores controlados obtidos MeSH e os não controlados acrescidos dos operadores “OR” e “AND”. Os estudos selecionados que respondiam à questão norteadora desta revisão foram lidos na íntegra e suas referências foram analisadas em busca de estudos adicionais. Para compor as chaves de busca a serem utilizadas para buscas nas bases de dados.

Selecionaram-se as bases de dados MEDLINE/PubMed, *SCOPUS* (Elsevier), *Science Direct* (Elsevier), *Web of Science* (WOS), as bases de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem BDEF, a entidade COCHRANE que dá acesso a informações de alta qualidade e a revisões sistemáticas (metanálises) sobre efeitos de intervenções em saúde, a *Scientific Electronic Library Online*. A *Scientific Electronic Library Online* – SciELO biblioteca eletrônica que atinge uma coleção selecionada de publicações científicas brasileiras, a A Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, principal fonte de informação da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

O período de busca e a seleção dos manuscritos para a constituição do corpus de análise da revisão de escopo ocorreram entre os meses de março e maio de 2020 e foram realizadas por dois profissionais independentes, sendo que as divergências existentes foram resolvidas por um terceiro revisor.

Os estudos selecionados foram exportados para o *software* gerenciador de referências EndNote® (versão on-line). Foi utilizado para identificar duplicidades e reunir todas as revistas do referido período. Consultou-se a lista de citações, com o objetivo de encontrar estudos adicionais. A escolha dos estudos seguiu as sugestões do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* conhecida como (PRISMA-ScR), que discute uma lista dos temas que devem estar presentes em uma revisão sistemática, com ou sem metanálise. O PRISMA-ScR é composto por 22 itens divididos nos capítulos obrigatórios do relatório de revisão: Título, Resumo, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Financiamento.

A segunda estratégia metodológica trata-se de uma **análise documental**, cujos dados pesquisados foram retirados das bases oficiais dos órgãos ligados ao setor da saúde e áreas

relacionadas ao governo federal do Brasil, a partir de sites instalados na *internet*, a exemplo da página eletrônica do Ministério da Saúde, do portal da legislação, do portal de arquivos do MS e outros. A amostra foi composta de documentos normativos: leis, planos, notas técnicas; técnicas: manuais, guias de orientação, e educativo/instrutivo: cartilhas, cartazes, panfletos.

Foi elaborado um instrumento próprio para obtenção das informações que seriam obtidas nas fontes investigadas, estruturado em um formulário de pesquisa, previamente, construído e validado pela própria equipe de pesquisa. Para cumprimento do critério de qualidade da pesquisa, seguiu-se com as recomendações propostas nas diretrizes do *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)* - Versão em Português.

A técnica de busca dos dados foi guiada pelo uso de palavras-chaves Saúde do Homem; Homem; Homens; Masculino; Saúde Masculina; Atenção Primária à Saúde. Os critérios para seleção das fontes estabelecidos foram: fonte documental disponível na íntegra, de alcance nacional, com a abordagem na Atenção Primária de Saúde (APS).

Para a extração dos dados, o instrumento de coleta foi composto pelas variáveis de interesse: descrição da fonte, ano de publicação, título e descrição da ementa, classificação, objetivos, título/órgão responsável, instância/abrangência e proposta/contribuição. Tal procedimento envolveu a participação de dois pesquisadores assistentes, supervisionado por quatro pesquisadores responsável, ambos, previamente, treinados.

Os dados apreendidos foram organizados em planilhas em arquivo de *Word*, submetidos à sistematização e codificação. A análise dos dados foi estruturada no método da análise de conteúdo temático proposto por (Braun e Clarke, 2014). A interpretação dos achados foi realizada com base no referencial normativo da PNAISH.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DOS ARTIGOS

Para realização deste trabalho não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, por usar dados secundários, de domínio público, conforme Resolução nº510, de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016). No entanto, cumpriu-se com os aspectos éticos da veracidade, confiabilidade, elegibilidade dos dados produzidos a partir da literatura pesquisada, o bom uso da ciência mediante ao respeito da utilidade social e científica explicitados nos resultados produzidos (NASCIMENTO, 2018).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados estão expressos a partir da estruturação de dois artigos científicos, os quais ilustram os resultados das investigações científicas, realizadas na literatura científica e nas fontes documentais consultadas, em cumprimento com a apresentação da situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde e das ações governamentais realizadas, no Brasil, com o enfoque a essa população e os resultados dos apontamentos realizados sobre as implicações para a prática profissional em enfermagem.

O **primeiro artigo** teve como finalidade compreender o contexto do cuidado em saúde, na qual os homens estão inseridos na Atenção Primária à saúde. Nesse artigo, os principais resultados encontrados foram relacionados ao câncer de próstata e a procura por medicamentos, quando não sabem lidar com o sintoma apresentado, tais como estado febril, dor em geral e complicações da doença crônica. Além das questões relacionadas às demandas com enfoque de gênero, medo do adoecimento e resistência em procurar a APS; reforçando o modelo rígido e hegemônicos nas quais foram construídas as masculinidades desses grupos.

Portanto, das nove publicações selecionadas, com produções oriundas de estudos qualitativos, evidenciou-se que a situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde está, fortemente, permeada pela concentração de barreiras e dificuldades de acesso e procura pelos serviços, presença de fatores impeditivos intervenientes na permanência dos homens nos serviços e na adesão às terapêuticas. Com demandas de saúde relacionadas à apresentação de sintomas tais como a dor.

Já o **segundo artigo** apontou como resultados, que foram criadas portarias, políticas, ações voltadas para saúde de homens e grupos vulneráveis; instrumentos, pesquisas, relatórios que buscam demonstrar o perfil de mortalidade masculina, dados sobre o envolvimento dos homens na paternidade pelos programas dos serviços de atenção primária à saúde. Cartilhas, folders, cartazes, manuais dirigidos para os homens, os profissionais de saúde e à comunidade com o foco na participação do público masculino no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, pós-parto e nos cuidados à criança; direito à acompanhante no período de trabalho de parto ao pós-parto; adesão aos serviços de saúde e incentivo ao cuidado em saúde; prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Quanto as implicações geradas pelos dois artigos resultaram na detecção de reduzidas ações realizadas pela equipe de enfermagem foram evidenciadas; carência da aparição da presença do profissional enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional na produção do cuidado à saúde de homens na APS. As iniciativas necessitam apresentar ações específicas

para a prática em enfermagem e os achados conferem valor à prática clínica, à gestão do cuidado, gerenciamento da assistência, planejamento e programação em saúde e para o ensino/formação e pesquisa em enfermagem na APS direcionada à atenção à saúde de homens no Brasil.

4.1 ARTIGO 01

SITUAÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SCOPING REVIEW*

*estruturado conforme as normas do periódico: *The Open Nursing Journal*.

SITUAÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SCOPING REVIEW

RESUMO

Objetivo: Mapear a literatura sobre a situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde. **Método:** *scoping review*, segundo protocolo de Joana Briggs Institute, com acrônimo PCC (P – homens, C – situação de saúde, C – na atenção primária), nas bases de dados MEDLINE/PubMed, COCHRANE, *Web of Science*, SCOPUS, *Science Direct*, LILACS, BDEF, MEDCARIBE e SciELO, usando os descritores “Men”, “Mens Health”, “Health Services Needs and Demand”, “Primary Health Care”. Internamento hospitalar), em três fontes de informação (EBSCO, PubMed e SciELO). **Resultados:** Das nove publicações selecionadas, com produções oriundas de estudos qualitativos, evidenciou-se que a situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde está fortemente permeada pela concentração de barreiras e dificuldades de acesso e procura pelos serviços, presença de fatores impeditivos intervenientes na permanência dos homens nos serviços e na adesão às terapêuticas. Com demandas de saúde relacionadas à apresentação de sintomas com a dor. **Conclusão:** O mapeamento da literatura apontou para a carência de aprofundamento do cenário da situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde em relação à promoção da saúde, medidas de prevenção e às práticas de cuidado.

Descritores: Homens. Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Introdução

Crescentes são os estudos que tem evidenciado o perfil de morbimortalidade masculina, suas causas e consequências relacionadas, e sua associação com a baixa procura e permanência dos homens nos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS), os quais

têm chamado a atenção para o contexto problemático existente na situação de saúde de homens em diversos países do mundo [1, 2]. Contudo, escassas são as investigações que tem se dedicam em apresentar como se configura a situação de saúde masculina no contexto da APS, as práticas de cuidado, os comportamentos de saúde adotados pelos homens, as queixas, as demandas e as necessidades de saúde levantadas nas unidades e estabelecimentos de saúde que compõe este nível de atenção [3-6].

Os homens em larga escala se expõem mais às situações de risco para a saúde quando comparado às mulheres, e esse risco é tido como algo a ser enfrentado e prevenido nas políticas públicas, já que o cuidado de saúde pode estar associado à noção de fragilidade por parte da população masculina, gerando ocultamento das demandas e necessidades masculinas, numa perspectiva de gênero, por parte da Atenção Primária à Saúde, que não tem como foco, em geral, a população masculina. Neste contexto, deve-se buscar formas de envolver os homens nesses serviços em função dos custos excedentes produzidos pelas internações hospitalares [5-9].

Em países como o Brasil, em que há uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pelo Ministério da Saúde, o perfil da situação de saúde do público masculino tem revelado que a cada três mortes de pessoas entre 20 e 53 anos, duas são de homens e a cada cinco mortes de pessoas entre 20 e 30 anos, cinco são masculinas. Entre as principais causas de morbidade estão as doenças do aparelho circulatório, doenças crônicas e neoplasias [3, 10, 11]. No entanto, os dados epidemiológicos pouco apresentam aspectos relativos à promoção da saúde e às práticas de cuidado adotadas pelos homens na APS. À vista disso, aspectos relacionados com a prevenção, especialmente sobre as causas externas como os acidentes de transporte e de trabalho, as violências, o suicídio, hábitos alimentares, consumo de álcool e outras drogas, realização de exames clínicos, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, devem ser explorados [9-16].

Em convergência com as necessidades mencionadas, ressalta-se a importância de reconhecer os aspectos que tecem influências na situação de saúde de homens na APS, que vão desde fatores socioculturais relativos à ordem de gênero e das construções sociais das masculinidades, até fatores institucionais que advém da problemática do acesso, da cobertura de serviços e de atendimento, da estruturação de linhas e redes de cuidado específicas, da capacitação e sensibilização das equipes de profissionais de saúde e do estabelecimento de uma cultura de cuidados de saúde masculina [14- 18].

Desse modo, por essas razões se torna imprescindível mapear a literatura científica por meio de uma revisão de escopo que seja capaz de apontar os marcadores essenciais para revelar as especificidades do cenário investigado e apontar direcionamentos para o planejamento e a execução das ações voltadas à atenção à saúde e a produção do cuidado de saúde de homens. Ademais, ser capaz de caracterizar o contexto da situação de saúde de homens a partir da densidade tecnológica presente na APS em diferentes territórios geográficos como forma de evidenciar a presença de potencialidades e fragilidades que norteiam o processo de trabalho em saúde e de enfermagem e a prática Inter profissional e Inter colaborativa.

Com base no panorama apresentado, e considerando a magnitude do cenário, que indica a necessidade de aprofundamento nas investigações, este estudo tem como objetivo principal mapear na literatura qual a situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde.

Método.

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, do tipo *scoping review*, no intuito sintetizar evidências científicas sobre questões emergentes. Seguiu-se o protocolo *Joanna Briggs Institute* [19] para identificação dos estudos elegíveis e formulação da questão de pesquisa utilizando a estratégia PCC, acrônimo de homens (P), VER situação de saúde e VER a atenção básica.

Para inclusão nesta revisão, os estudos devem ser primários, sem limite temporal, publicados em qualquer língua e discorrer sobre perfil de homens nos serviços de saúde que utilizam a atenção básica. Foram excluídos os estudos secundários (como resumos em conferências, notas de conferência ou outras revisões) e estudos replicados.

As estratégias de busca foram construídas em três etapas. Inicialmente utilizou-se “Men” AND “Mens Health” no Medical Literature Analysis AND Retrieval System Online via US National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed) para encontrar descritores não controlados, contidos nos artigos de interesse. Em seguida, realizaram-se combinações de descritores controlados, obtidos no Medical Subject Headings (MeSH), e não controlados, obtidos na busca inicial, acrescidos dos operadores booleanos “OR” e “AND”. Por fim, esta estratégia foi adaptada para cada base de dados (**Quadro 1**).

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados
MEDLINE/PubMed	(("Men" OR "Mens Health" OR "Men's Health") AND ("Health Services Needs and Demand") AND ("Primary Health Care")).	93
COCHRANE	(("Men" OR "Mens Health" OR "Men's Health") AND ("Health Services Needs and Demand") AND ("Primary Health Care")).	03
<i>Web of Science</i>	(("Men" OR "Mens Health" OR "Men's Health") AND ("Health Services Needs and Demand") AND ("Primary Health Care"))	02
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY(("Men" OR "Mens Health" OR "Men's Health") AND ("Health Services Needs and Demand") AND ("Primary Health Care"))).	87
<i>Science Direct</i>	(("Men" OR "Mens Health" OR "Men's Health") AND ("Health Services Needs and Demand") AND ("Primary Health Care"))	13
LILACS	(("Homem" OR "Homens" OR "Saúde do Homem" OR "Saúde dos homens" OR "Saúde Masculina" OR "Men" OR "Mens Health" OR "Men's Health" OR "Hombres" OR "Salud de los hombres" OR "Salud del Hombre") AND ("Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde" OR "Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde" OR "Necessidades de Atenção à Saúde" OR "Health Services Needs and Demand" OR "Necesidades y Demandas de Servicios de Salud") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud")).	40

BDENF	<p>((“Homem” OR “Homens” OR “Saúde do Homem” OR “Saúde dos homens” OR “Saúde Masculina” OR “Men” OR “Mens Health” OR “Men’s Health” OR “Hombres” OR “Salud de los hombres” OR “Salud del Hombre”) AND (“Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde” OR “Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde” OR “Necessidades de Atenção à Saúde” OR “Health Services Needs and Demand” OR “Necesidades y Demandas de Servicios de Salud”) AND (“Atenção Primária à Saúde” OR “Atendimento Primário de Saúde” OR “Atenção Básica” OR “Atenção Básica de Saúde” OR “Atenção Básica à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Primária de Saúde” OR “Atenção Primária em Saúde” OR “Cuidados Primários” OR “Cuidados Primários de Saúde” OR “Cuidados Primários à Saúde” OR “Cuidados de Saúde Primários” OR “Primary Health Care” OR “Atención Primaria de Salud”)).</p>	09
MEDCARIBE	<p>((“Homem” OR “Homens” OR “Saúde do Homem” OR “Saúde dos homens” OR “Saúde Masculina” OR “Men” OR “Mens Health” OR “Men’s Health” OR “Hombres” OR “Salud de los hombres” OR “Salud del Hombre”) AND (“Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde” OR “Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde” OR “Necessidades de Atenção à Saúde” OR “Health Services Needs and Demand” OR “Necesidades y Demandas de Servicios de Salud”) AND (“Atenção Primária à Saúde” OR “Atendimento Primário de Saúde” OR “Atenção Básica” OR “Atenção Básica de Saúde” OR “Atenção Básica à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Primária de Saúde” OR “Atenção Primária em Saúde” OR “Cuidados Primários” OR “Cuidados Primários de Saúde” OR “Cuidados Primários à Saúde” OR “Cuidados de Saúde Primários” OR “Primary Health Care” OR “Atención Primaria de Salud”)).</p>	01
SciELO	<p>((“homem” or “homens” or “saúde do homem”) and (“atenção básica” or “atenção primária à saúde”) and (“necessidades de saúde”).</p>	10

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas por bases de dados. Salvador, BA Brasil, 2020.

A busca e a seleção dos estudos ocorreram entre os meses de março e maio de 2020 e foram realizadas por dois revisores independentes, sendo as divergências resolvidas por um terceiro revisor. Selecionaram-se as bases de dados MEDLINE/PubMed, *SCOPUS* (Elsevier), *Science Direct* (Elsevier), *Web of Science* (WOS), as bases de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem BDEF, a entidade COCHRANE que dá acesso a informações de alta qualidade e a revisões sistemáticas (metanálises) sobre efeitos de intervenções em saúde, a *Scientific Electronic Library Online*. A Scientific Electronic Library Online – SciELO biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, principal fonte de informação da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

Os estudos encontrados foram exportados para o *software* gerenciador de referências EndNote® a fim de identificar duplicatas e reunir todas as publicações. Ademais, consultou-se a lista de referências, com o objetivo de encontrar estudos adicionais. A seleção dos estudos seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews conhecida como* (PRISMA-ScR), que trata uma lista dos itens que devem estar presentes em uma revisão sistemática, com ou sem metanálise (*PRISMA checklist*). A Figura 1 resume o fluxo das análises [20].

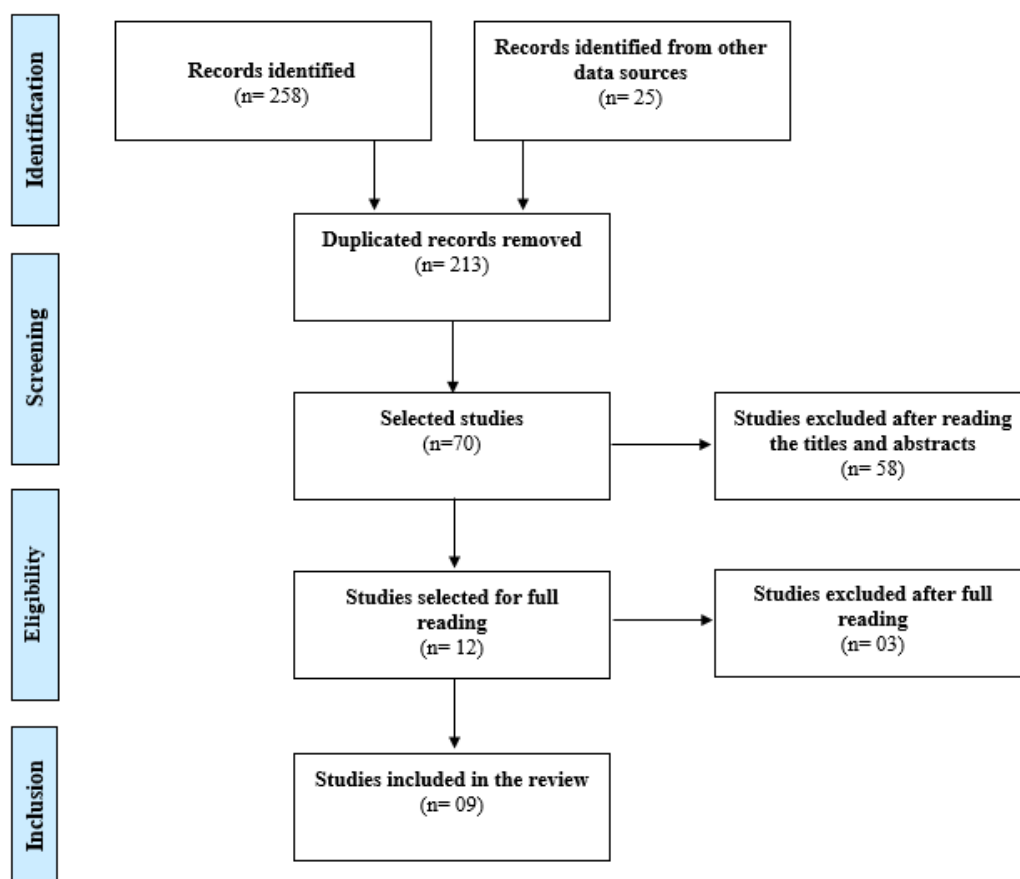


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos. 2020.

RESULTADOS

A produção científica sobre o tema selecionado nesta revisão tem concentração em publicações brasileiras, no entanto, países como a Austrália, Espanha e Reino Unido também produziram conteúdos sobre a temática.

No que se refere ao ano de publicação, os mais expressivos foram o de 2010 e 2014 com duas e três produções, respectivamente. Sendo evidenciado a concentração dos manuscritos nos anos 2000 a 2020, o que perfaz um recorte temporal de 20 anos. Ademais, os periódicos mais publicados têm a característica de serem

m da área da saúde coletiva/saúde sanitária, Enfermagem, família e atenção psicossocial e trabalho, e voltadas à área de especialidade em saúde, a saber: oncologia.

Quanto aos periódicos, destacaram-se os manuscritos publicados pela revista brasileira da Escola de Enfermagem Anna Nery, que se configurou como de maior prevalência 02 (22,22%) e as demais na amostra desta pesquisa 01 (11,11%), totalizando 07 (77,77%). Os objetivos propostos pelos estudos analisados, em sua maioria, tinham como finalidade

compreender o contexto do cuidado em saúde na qual os homens estão inseridos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Além disso, os métodos mais empregados na pesquisa estão pautados nas necessidades emergentes dos estudos qualitativos, em que se destacam os estudos do tipo exploratório-descritivo, etnográfico, hermenêutico. Contudo, estudos quantitativos também compuseram a amostra e são de bases prospectiva e transversal. A população e/ou a amostra que configurou os participantes das pesquisas variaram entre 11 a 1473.

A síntese da caracterização dos estudos que foram incluídos na revisão de *scoping review* estão sintetizados no **Quadro 2**, a seguir:

Quadro 2 – Principais resultados dos estudos. Salvador, BA, Brasil. 2020.

Variáveis Internas					
Referências	Autores (ano)	País	Periódico/Base de dados	Método	População(n)/Amostra
A1	Strange P, Tenni M (2012) [21]	Austrália.	Australian Family Physician/ Scopus.	Qualitativa, descritivo.	População (n= 70).
A2	Arruda GO (2014) [22]	Brasil.	Acta Paulista de Enfermagem/Scielo.	Quantitativo, transversal.	421.
A3	Storino LP, Ventura SK, Silva KL (2013) [23]	Brasil.	Revista Ana Nery/ Scopus.	Qualitativo/Análise temática.	27.
A4	Linnell S, James S (2010) [24]	Inglaterra.	Community Practitioners ‘& Health Visitors’ Association Scopus.	Qualitativo, com grupo focal Análise de conteúdo.	11.
A5	MIRANDA SVC de. (2020) [25]	Brasil.	Trabalho, Educativo e Saúde/Scielo	Qualitativo, de abordagem hermenêutica-dialética.	41.
A6	Rivera CF. (2000) [26]	Espanha.	Gaceta Sanitária SESPAS/ Scopus.	Estudo prospectivo Quantitativo.	1.473.

A7	Schraiber LB et al. (2010) [27]	Brasil	Cadernos de Saude Publica/ Scopus	Etnográfico, Pesquisa de Campo	182.
A8	Forbat L. (2014) [28]	Reino Unido	<i>Journal Supportive Care in Cancer/Scopus</i>	Revisão de escopo	30
A9	Cavalcanti JRD (2014) [29]	Brasil	Revista Ana Nery/Scielo	Qualitativo Análise de Conteúdo de Bardin	52

Em se tratando da metodologia empregada, cinco artigos utilizaram a metodologia qualitativa, dois quantitativa, uma utilizava a revisão de escopo e outra a pesquisa etnográfica. Ao analisar os principais achados do estudo evidenciou nas produções uma centralidade no levantamento de barreiras e dificuldades enfrentadas pelos homens quanto ao acesso aos serviços e a procura dos mesmos, assim como dos fatores impeditivos e intervenientes que permeiam a permanência dos homens nos espaços institucionais de saúde e a sua adesão e continuidade nas terapêuticas instituídas, à exemplo dos tratamentos de doenças e agravos crônicos.

Além desses aspectos temáticos, elementos da construção social das masculinidades, tal como os fatores relacionais de gênero, foram localizados no contexto da situação de saúde dos homens que buscam os serviços de saúde na APS. Destaca-se aspectos culturais relativos às normas de gênero, medo do adoecimento e resistência na busca por atenção à saúde. E, ressalta-se que o perfil de saúde dos homens é demarcado por condutas socialmente edificadas, que reafirmam modelos rígidos e hegemônicos de masculinidades.

Ademais, as principais demandas e necessidades de saúde encontradas foram as relacionadas ao câncer de próstata, procura por medicações relacionadas a um determinado sintoma ou quando não sabem lidar com tais sintomas patológicos, dentre esses o estado febril, dor em geral e agravos das doenças crônicas. Porém, o não conhecimento das vulnerabilidades às doenças pelos homens, o receio de perder o emprego e a condição cultural de provedor do núcleo familiar ainda prevalecem como barreiras encontradas no cuidado à saúde dos grupos pesquisados.

Quanto às recomendações levantadas nos estudos para a melhoria do cenário de saúde de homens na APS, propõe-se ações e estratégias que visam romper o ciclo da invisibilidade do público masculino. A seguir, no **Quadro 3**, observa-se a síntese dos estudos selecionados, os quais estão apresentados os instrumentos de coleta de dados utilizados e de avaliação clínica, resultados principais e recomendações apontadas.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão, quanto aos instrumentos de coleta de dados utilizados, instrumentos de avaliação clínica, resultados principais e recomendações apontadas. (n=9). Salvador, BA, Brasil. 2020.

Variáveis externas		
Instrumentos de coleta de dados utilizados	Resultados principais	Recomendações apontadas
A1: Entrevista semiestruturada. Análise com referência à análise do gráfico. [21]	As facilidades no acesso e procura dos homens aos serviços de saúde e ao cuidado primário foram evidenciadas a partir do estabelecimento das relações entre cônjuges e amigos. O estabelecimento de diagnósticos clínicos realizado pelos profissionais nos serviços também promoveu facilidades na promoção do cuidado de saúde.	- Aprofundar as investigações sobre relacionamento interpessoal, com inclusão de parcerias e redes sociais. - Identificar e acessar os homens com maior risco para o desenvolvimento do câncer de próstata. Ampliar o conhecimento sobre as rotas tradicionais frequentadas pelos homens na busca por cuidado em saúde, oportunizar as ações de promoção da saúde.
A2: Inquérito domiciliar de base populacional. Utilização do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Análise múltipla por meio de Modelos de Regressão Logística Múltipla não condicionada. Aplicação do método <i>Forwards</i> . [22]	Marcadores sociais como raça/cor, ter companheiras e filhos, ser adeptos as religiões, ter ensino médio completo, estar inseridos no mercado de trabalho, ter renda entre 2,1 e 4 salários-mínimos, ser empregadores/autônomos, não apresentar plano de saúde e estar enquadrado na classe econômica B se mostravam relevantes para	- Alinhar a auto percepção da saúde aos indicadores sócios demográficos junto às características que condicionam a socialização das necessidades masculinas com o foco no direcionamento da atenção ao homem adulto.

	<p>análise da situação de saúde.</p> <p>A autopercepção da saúde regular/ruim e a presença de morbidade referida foram encontradas entre o público masculino. Contudo, ter tido faixa etária entre 30 e 39 anos, escolaridade fundamental, status ocupacional de desempregados, classe econômica, trabalho, renda familiar, cor da pele, plano de saúde e religião constituíram fatores de importância a serem considerados na situação de saúde masculina. Destaca-se que a classe econômica constituiu fator de importância para a auto percepção da saúde. Por outro lado, homens de raça/cor branca, na faixa etária de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos, aposentados ou em licença médica obtiveram maior morbidade.</p>	
<p>A3: Entrevista semiestruturada, utilizando gravador. Análise de conteúdo de Bardin. [23]</p>	<p>Os homens que mais procuraram o serviço de saúde na Atenção Primária tinham o perfil de 42 e 62 anos e baixa escolaridade. As principais demandas de saúde estiveram direcionadas à prevenção do câncer de próstata. O medo da detecção de uma doença grave permeou as queixas de saúde masculinas em relação à percepção de saúde e doença. Responsabilidade em ser o provedor da família, somado ao não</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher e criar a promoção de vínculo entre os profissionais dos serviços e os homens, em todo o sistema de saúde. Romper com a invisibilidade do público masculino - Dar vistas para os princípios de equidade e integralidade da assistência.

	reconhecimento de vulnerabilidades individuais tem impactado na necessidade do cuidado em saúde.	
A4: Entrevista semiestruturada, até saturação dos dados e registros em um diário de campo. Utilização da Taxonomia das Necessidades de Saúde sob a análise temática de conteúdo. [24]	Os homens, apesar de reconhecerem suas necessidades de saúde, não reconhecem suas vulnerabilidades, não se veem responsáveis pelo autocuidado e mesmo que ele esteja precisando do serviço, este não dará conta de resolver as suas necessidades. Apesar de apresentar doenças crônicas graves, tais como a diabetes e a hipertensão arterial, os homens apresentaram negativa para realizar os tratamentos propostos. Contudo, mostraram ter construído vínculos com os profissionais de saúde do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a construção de práticas em saúde mais eficientes na identificação e interpretação de necessidades de saúde são indicadas - Criar possibilidades de acolhimento e vínculo para os homens, em todo o sistema de saúde.
A4: Entrevista semiestruturada, até saturação dos dados e registros em um diário de campo. Utilização da Taxonomia das Necessidades de Saúde sob a análise temática de conteúdo. [24]	Os homens, apesar de reconhecerem suas necessidades de saúde, não reconhecem suas vulnerabilidades, não se veem responsáveis pelo autocuidado e mesmo que ele esteja precisando do serviço, este não dará conta de resolver as suas necessidades. Apesar de apresentar doenças crônicas graves, tais como a diabetes e a hipertensão arterial, os homens apresentaram negativa para realizar os tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a construção de práticas em saúde mais eficientes na identificação e interpretação de necessidades de saúde são indicadas - Criar possibilidades de acolhimento e vínculo para os homens, em todo o sistema de saúde.

	propostos. Contudo, mostraram ter construído vínculos com os profissionais de saúde do serviço.	
A5: Entrevistas individuais em profundidade, coleta de informações nos prontuários dos entrevistados e registros em um diário de campo. Análise baseada nos níveis de interpretação. [25]	Baixa visibilidade ao homem rural foi evidenciada na atuação dos profissionais de saúde que atuam no serviço de APS. No contexto de saúde de homens trabalhadores rurais, a satisfação em relação aos medicamentos vai além do seu fornecimento. Notou-se o aumento na variedade do uso de medicamentos. O público masculino investigado apresentou como necessidades de saúde: dentária, fisioterapia, acesso ao programa de detecção e tratamento da tuberculose e hanseníase e dispositivos de cuidado em saúde mental. A busca dos homens trabalhadores rurais ao serviço de saúde esteve centralizada na realização do exame de avaliação da próstata.	A5: Entrevistas individuais em profundidade, coleta de informações nos prontuários dos entrevistados e registros em um diário de campo. Análise baseada nos níveis de interpretação. [25]
A6: Consulta à prontuário; testes estatísticos; processamento dos dados no software SPSS 7.5. [26]	Os homens, na sua maioria jovens, que não retornaram ao serviço para continuidade terapêutica em saúde instituídas e os mesmos não possuíam diagnósticos de doenças e/ou agravos confirmados. Baixa frequência e realização de consultas com profissionais de saúde no serviço foi evidenciada.	A6: Consulta à prontuário; testes estatísticos; processamento dos dados no software SPSS 7.5. [26]

<p>A7: Observações etnográficas, entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais, análise hermenêutico-dialética. [27]</p>	<p>Os homens afirmam que preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas do tipo a dor dentária. Fatores impeditivos para buscar o serviço foram levantados: estar no trabalho; falta de tempo; receios da perda do emprego; dificuldade de acesso e o funcionamento do serviço. Acham que o atendimento deve ser rápido e pontual e, por isso, dão prioridade aos hospitais e os pronto-socorro. Fragilidades no serviço foram reveladas pelos homens: falta de profissionais e de frequentes adiamentos das consultas ou exames; ausência de um urologista, que lhes parece profissional mais apropriado; falta de medicamentos ou outros recursos; baixa qualidade do atendimento. O usuário evita o serviço de APS porque não sabem lidar com algumas situações relacionadas ao abuso de álcool ou drogas, à violência urbana ou doméstica, ou sofrimentos/doenças psiquiátricas. As demandas mais referidas pelos homens foram: dores; febres; contusões e ferimentos; doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes e tratamento dentário.</p>	<p>A7: Observações etnográficas, entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais, análise hermenêutico-dialética. [27]</p>
--	---	--

<p>A8:</p> <p>Questionário e grupo focal com homens. Análise de conteúdo. [28]</p>	<p>Os homens que participaram de grupo de educação em saúde no serviço de APS mostraram acreditar ser um papel feminino o cuidar em saúde. Àqueles homens que residem em comunidades carentes relatavam ter acesso ao serviço de saúde e consideram-no amigável. Morar próximo do serviço contribuiu para a participação dos homens nas ações ofertadas no serviço, a exemplo de grupos educativos. Mudanças no estilo de vida a longo prazo só ocorreram mediante a autopercepção masculina quanto aos benefícios práticos para a saúde. O medo de apresentação de sintomas de doenças influenciou na não procura pelo serviço de saúde na APS. A feminilização no ambiente do serviço de saúde na APS foi levantado como um fator dificultador da presença masculina nesse cenário. Os homens identificaram que era importante adotar uma abordagem que não atribuísse automaticamente a culpa de todos os problemas de saúde ao comportamento do indivíduo, exemplo: ser tabagista.</p>	<p>A8:</p> <p>Questionário e grupo focal com homens. Análise de conteúdo. [28]</p>
<p>A9:</p> <p>Aplicação de entrevista semiestruturada e telefone - <i>Enterprise Data Warehouse</i>. [29]</p>	<p>Os homens nem sempre agem com base no conhecimento sobre o risco de estar doente. Neste contexto, os parceiros e as amizades das redes sociais</p>	<p>A9:</p> <p>Aplicação de entrevista semiestruturada e telefone - <i>Enterprise Data Warehouse</i>. [29]</p>

	<p>servem para mediar a interpretação desse risco. O comportamento de saúde é uma maneira de representar formas mais abertas de masculinidades. Se parceiros são posicionados (as) como responsáveis pela saúde dos homens, então isso pode prejudicar os avanços na própria responsabilidade desses homens pelo seu bem-estar, e adicionar encargos adicionais para as mulheres.</p> <p>Homens que navegaram com sucesso e têm acesso aos cuidados de saúde, enfrentam as masculinidades hegemônicas (que podem evitar buscar ajuda ou falar de fragilidade física e sexual).</p> <p>O diagnóstico de câncer foi considerado um catalisador para a discussão de sinais e sintomas em potencial e para o incentivo a comportamentos da busca de ajuda, uma vez que muitos homens indicaram que antes de seu próprio diagnóstico, eles não falavam rotineiramente sobre o risco de câncer de próstata ou sobre outros cânceres.</p> <p>Após o diagnóstico de câncer, os homens podem adotar uma abordagem mais aberta e direta para discutir assuntos íntimos questões como fluxo urinário e maior sensação de risco com amigos, redes</p>	
--	---	--

	<p>sociais e família. Eles se envolvem ativamente, tanto proativa quanto reativamente, ao falar sobre o câncer de próstata e encorajar os outros a serem “conscientes dos sintomas” e buscar aconselhamento e exames nos serviços de atenção primária.</p>	
--	--	--

DISCUSSÃO

Diante do exposto, compreende-se que a inclusão dos homens na atenção primária à saúde é um desafio proposto às políticas públicas, que devido aos fatores que combinam o modo como costumeiramente as populações masculinas têm concebido a saúde e, a maneira como os profissionais produzem o cuidado à saúde para os homens, e como os gestores e o poder público reconhecem as necessidades de saúde desse público, a situação de saúde de homens na Atenção Primária é permeada por circunstâncias e barreiras específicas, ora complexas, ora singulares, que contornam o contexto de saúde a ser observado.

A saúde do homem tem despertado interesse nos sistemas de saúde brasileiros, no caso da América Latina hoje e em outros países como Irlanda e Austrália. Esses países ouviram que as narrativas alternativas baseadas em forças sobre meninos e homens são uma importante estratégia de promoção da saúde para influenciar a melhoria dos resultados de saúde para homens e mulheres [30].

As facilidades no acesso também são observadas nos achados, que revelam oportunidades na inserção dos dispositivos e tecnologias de cuidado em saúde masculina existentes no nível primário de atenção. Contudo, os estudos selecionados explicitaram em larga escala a presença de fatores que dificultam, impedem e afastam os homens dos serviços, e por consequência geram implicações danosas para a situação da saúde masculina, como o reconhecimento tardio de doenças e agravos. Logo, ações de comunicação em saúde precisam ser mais valorizadas e eficazes no alcance e sensibilização dos homens para com a APS, com potencial agregador na melhoria da visibilidade deste nível de atenção à saúde.

Outrossim, marcadores sociais tecem influências na situação de saúde de homens, identificada na rede de serviços da APS a partir dos resultados encontrados nos estudos.

Pesquisa epidemiológica recente [31] indicou que os homens aumentam os riscos à saúde devido a fatores biológicos e sociais. É relevante atentar para variáveis com dimensões estruturantes como a idade e geração, a escolaridade, raça/cor, classe social, situação laboral e empregabilidade e religião, como àquelas que demarcam relações com a situação de saúde dos homens.

A vista disso, dados colhidos pelo Ministério da Saúde no Brasil apontaram que homens na faixa etária entre 20 a 59 anos apresentam maior morbimortalidade quando comparado às mulheres na mesma faixa etária. Além disso, estão frequentemente mais envolvidos na maioria dos casos de violência, procuram pouco pela APS, estão mais expostos aos incidentes de trânsito, drogas lícitas e ilícitas, entre outros fatores. Tais aspectos estão diretamente relacionados ao perfil sociodemográficos, econômicos, educacionais, políticos, territoriais e culturais que os homens apresentam e estão envolvidos [18, 32, 33].

Em consonância com os marcadores sociais destacados anteriormente, acrescenta-se o fato de que a construção social das masculinidades mostrou ser influente na situação de saúde dos homens no contexto da APS. Tem sido observado entre as populações masculinas a exacerbação de atributos considerados típicos dos homens, a exemplo, da virilidade, força, honra, poder e sentimento de invulnerabilidade, os quais em grande medida promovem o afastamento desses homens do serviço de saúde, perpetuam as práticas curativas e a automedicação [8, 32, 33].

Na sociedade que nivela poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade. Estas atribuições distintas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predispõem a doenças, a lesões e a morte. O mais comum é que homens casados precisem de suas companheiras no cuidado à saúde, condicionando que o casamento é fator de proteção para uma série de doenças, o que não acontece para as mulheres [14, 26, 34, 35]. No entanto, entre as publicações investigadas não foi possível apreender informações sobre a situação de saúde de homens gays, bissexuais e transgêneros, o que revela um fator limitante em relação a categoria de identidade sexual e de gênero.

Um aspecto notório da situação de saúde de homens na APS é percepção de saúde masculina em relação à prevenção de doenças, especialmente o câncer de próstata, e ao caráter biologista, biomédico e curativista, que ainda permeiam a produção do autocuidado

que exercem influência no comportamento de saúde masculina, como visto nos achados dos estudos que revelaram a forte inclinação dos homens para a automedicação. É relevante que as abordagens centradas na queixa, no ato prescritivo e na sintomatologia sejam superadas para o alcance de uma abordagem global da situação de saúde masculina [36].

Observou-se, também, que a auto percepção de saúde de homens quando satisfatória tem potencial de contribuir para a adesão aos serviços ofertados na APS. Neste sentido, é relevante desenvolver ações que ampliem a sensibilização dos homens para o cuidado da saúde, assim como a sua visibilidade na APS, a fim de garantir a superação de estereótipos e dos fatores intervenientes impeditivos do acesso masculino aos serviços [37-41].

Neste estudo evidenciou-se que fatores como medo do adoecimento, ser provedor familiar, apresentar senso de invulnerabilidade, reconhecer os serviços de saúde como espaços feminilizados, podem fortalecer o afastamento masculino da APS.

Determinantes relacionadas ao autocuidado, que englobam as dificuldades de reconhecer e aceitar suas fragilidades podem contribuir para o reduzido acesso de homens aos serviços de saúde, realizado, geralmente, apenas quando o sintoma ou o problema de saúde já se estabeleceu [42, 43]. A inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária, é uma questão desafiadora, pois em geral, as campanhas priorizam crianças, mulheres e idosos, dando pouca ênfase à atenção à saúde do homem. Desse modo, as equipes profissionais de saúde, como as de Enfermagem, necessitam estar vigilantes para que as intervenções em saúde deem conta de contemplar esses fatores, a fim de que seja possível fortalecer a cultura de cuidados de saúde masculina na APS [35]. Definitivamente este ressurgimento da cultura masculina, deve ter importância para os sistemas de saúde, serviços de saúde, enfermagem e profissionais de saúde, respeitando valores, sentimentos e políticas de equidade de gênero.

Neste estudo foi possível apreender que as necessidades de saúde localizada nos estudos, a partir das investigações realizadas com os homens usuários dos serviços na APS, apresentaram maior nuance para a saúde bucal, o controle de doenças negligenciadas e das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), as dores, os problemas musculoesqueléticos, o controle de sintomas clínicos – febre, a saúde sexual e a saúde mental. Esses resultados ilustram a caracterização, ainda que limitada, da situação de saúde de homens nesse nível de atenção à saúde, e expõe as limitações existentes nos estudos em apresentar de maneira robusta e mais detalhada como se dá a configuração desse panorama no Brasil.

Vale salientar que é necessário atentar-se para o modo como se dá a interseccionalidade na situação de saúde de homens na APS, possibilitando reconhecer de maneira antecipada e qualificada a maneira como tais variáveis se entrecruzam, como eles exercem influência nas práticas de cuidado de saúde masculina, no acesso aos serviços, na adesão e continuidade às terapêuticas, e por consequência, na formulação de desigualdades, vulnerabilidades ou na segurança e sobrevivência da população masculina, na perspectiva da melhoria da situação individual e coletiva de saúde [44-47].

A abordagem interseccional, por sua vez, avalia que nenhuma diferença deve ser diminuída a um único sistema classificatório, na intenção de não submergir a força da articulação que propõe para os marcadores sociais, no intuito de apreender as múltiplas dimensões das desigualdades que acedem e influenciam as posições sociais, as vivências dos sujeitos e as relações de poder masculinas que constituem, por exemplo, na sociedade patriarcal [46-47].

Demais focos da situação de saúde dos homens, que não apenas o controle das doenças e agravos específicos desta população chave necessitam ser levadas em consideração na oferta de cuidados na APS, a fim de que maior ênfase seja direcionada para a promoção da saúde. Sob esta perspectiva, é imprescindível que as singularidades, especificidades, necessidades e demandas de saúde sejam levantadas entre o público masculino [47].

A divulgação de dados e informações em saúde, tal como a formulação de indicadores específicos que revelem a situação de saúde masculina é extremamente relevante para o avanço no desenvolvimento e na estruturação das políticas públicas de saúde, a exemplo das políticas de saúde focais para a população masculina [46, 47].

Cabe destacar que a abordagem aos homens na consulta de Enfermagem pode contribuir para a identificação de fatores de risco, sinais e sintomas de prováveis alterações que motivem esses homens a realizarem o exame de rastreamento e consequentemente a prevenção [13, 32, 35, 41].

Embora, haja uma crescente compreensão das divergências entre os gêneros no que tange às demandas e necessidades de saúde, e um aumento nas ações de promoção à saúde de homens, ainda há lacunas expressivas a serem preenchidas, desde a adequação da estrutura/ambiência para o acolhimento na APS até o desenvolvimento de estratégias de prevenção, tratamento e recuperação dos agravos neste público [34, 41].

Referente a isso, um estudo de revisão revelou que embora tenha sido observado a sensibilização e maior empenho dos profissionais de saúde, no decorrer nos anos, para o fortalecimento das ações em saúde direcionadas às demandas e necessidades masculinas, eles demonstram enfrentar dificuldades e limitações estruturais, governamentais, financeiras e culturais na gestão do cuidado e na promoção à saúde de homens [32, 45].

Ainda que os resultados tenham demonstrado que os homens apresentam baixa frequência nas consultas realizadas na APS, apresentem dificuldades no cumprimento das terapêuticas, como os tratamentos instituídos pelos profissionais de saúde nos serviços, aspectos positivos foram observados, como o estabelecimento de vínculo entre a população masculina e os profissionais do serviço, a participação em grupos educativos em saúde e a mudança no estilo de vida, percebida a partir do cuidado à saúde estimulado na APS [35, 42, 45, 46].

É essencial que o homem tenha noção da importância de ser acompanhado na APS próxima a sua residência, realizando a consulta com o enfermeiro, que irá nortear com relação à promoção de sua saúde, ouvindo e elucidando quanto às dúvidas que surgirem durante o acompanhamento. Cabe a esse profissional traçar ações para atrair os homens ao sistema de saúde. Dessa forma, podem se aprimorar cada vez mais para melhor atender a essa população; criar espaço para esses usuários e um grupo exclusivo para discussão da saúde de homens; gerenciar estratégias que evitem filas; realizar visitas domiciliares e gerar uma assistência integral [13, 35, 43].

Ótimas práticas podem ser realizadas ao evitar a demora em agendar consultas e exames que poderão acabar desmotivando e, até mesmo, distanciando os homens da APS. Ressalta-se o valor da educação em saúde enquanto atividade que poderá fortalecer o vínculo dos homens com os serviços de saúde, evitando o atendimento apenas em momentos de emergência, levando-o a pensar em prevenção como uma resposta em educação em saúde [47]. A criação de grupo de homens que busquem sensibilizar os homens em idade produtiva sobre a importância da prevenção de doenças para evitar que desenvolvam complicações que poderiam ser evitadas [14, 16]. Outra prática que vem sendo utilizada No Reino Unido e na Austrália são as redes sociais, como uma nova forma de relacionar-se, através das trocas de informações pessoais dentro de determinados grupos sociais, que vão além das rotas tradicionais, mas que pode ser um canal poderoso, estes podem servir como mecanismos eficazes para identificar e acessar os homens na APS [23, 37, 40].

Logo, ressalta-se que a compreensão dos empecilhos institucionais e socioculturais são indispensáveis para a proposição do planejamento de ações conjuntas de promoção ao acesso dos homens aos serviços de atenção primária, e assim contribuir para equidade em saúde e diminuição dos índices de morbimortalidade masculina.

Em virtude disso, os resultados encontrados nos estudos poderão estimular pesquisas futuras, colaborando para discussões, reflexões e novas estratégias de políticas públicas em saúde do homem nos serviços de Atenção Primária à Saúde para o Brasil e América Latina.

CONCLUSÃO

A situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde envolve facilidades no acesso, mas está fortemente permeada pela concentração de barreiras e dificuldades de acesso e procura pelos serviços. Envolve a presença de fatores impeditivos intervenientes na permanência dos homens nos serviços e na adesão às terapêuticas e se destacam o medo, a situação de provisão familiar, o senso de invulnerabilidade, automedicação, e a feminilização dos serviços de saúde. Marcadores sociais e a construção social das masculinidades tecem influências na situação de saúde e a auto percepção de saúde contribui para a adesão masculina à APS.

As principais demandas de saúde que caracterizaram a situação de saúde dos homens na APS estiveram relacionadas à apresentação de queixar sintomatológicas como a dor, a febre, os problemas musculoesqueléticos e as necessidades de saúde bucal, sexual, mental e para prevenção e controle de doenças negligenciadas e das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Os homens têm estabelecido vínculos com os profissionais de saúde, embora revelem baixa visibilidade na APS e apresentem reduzida frequência nas consultas e na adesão às terapêuticas instituídas pelos profissionais de saúde nos serviços. Contudo, participam de grupos educativos em saúde, neste nível de atenção investigado. Por fim, O mapeamento da literatura apontou para a carência de aprofundamento do cenário da situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde em relação à promoção da saúde, medidas de prevenção e às práticas de cuidado.

A saúde do homem faz com que os cientistas pensem nos processos de saúde, e em gerar estudos culturais, para compreender os comportamentos de cuidar de si, sendo uma

oportunidade de gerar serviços de saúde amigáveis (apoio social) e voltados para as necessidades próprias do homem e de sua masculinidade.

REFERÊNCIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional. Brasília, 2009.
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Plano-Nacional.PNAISH-2009-2011.pdf>.
2. Griffith DM, Gilbert KL, Bruce MA, Thorpe RJ. Masculinity in men's health: barrier or portal to healthcare?. In Heidelbaugh J. Men's health in primary care. Humana Press, Cham. 2016;19-31. [doi: 10.1007/978-3-319-26091-4_2]
3. Beltrán-Sánchez H, Finch CE, Crimmins EM. Twentieth century surge of excess adult male mortality. National Academy of Sciences. 2015;112(29):8993-8. [doi: 10.1073/pnas.1421942112]
4. Martins ERC, Medeiros AS, Oliveira KL, Fassarella L.G et al. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. Escola Anna Nery. 2020, 24 (1), e 20190203.
[\[https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0203\]](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0203).
5. Ches AF, 2016 Survey of State-Level Health Resources for Men and Boys: Identification of an Inadvertent and Remediable Service and Health Disparity American Journal of Men's Health 2018; 12(4): 1131–1137.Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav. [Doi:10.1177/1557988318763].
6. Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(4): e00060015.
[\[https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015\]](https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015).
8. Sousa AR, Queiroz RM, Florêncio RMS, Portela PP et al. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. Revista Baiana de Enfermagem. 2016;30(3),1-10. [\[http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054\]](http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054).
9. Magalhães J, Silva RL. Percepção do cenário atual da saúde do homem: dificuldades encontradas por indivíduos masculinos em monitoramento contínuo de pressão arterial e diabetes na procura por assistência de saúde em Cáceres- MT. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina da UEMT – UNEMAT (Cáceres) 2015, n.3,39-56. Disponível em: <file:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Downloads/426-2716-1-PB.pdf>.
10. Lírio, J.G.S et al. Abuso intrafamiliar na infância de homens em processo criminal. Acta Paul Enferm. 2018, 31 (4): 423-29. [\[http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800059\]](http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800059).
11. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 05.01.2021.
12. Hemm APA, Baptista TWF, Rezende M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem O processo de construção da Política Nacional de

- Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 2020; 30 (03): 1-28. [<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>].
13. Silva JFG et al. Câncer de próstata com ênfase na saúde preventiva do homem. *Brazilian Journal of Development Braz. J. of Develop. Curitiba* 2020; 6 (10): 74532-74549. [DOI: 10.34117/bjdv6n10-034].
14. Vieira UA et al. Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por atenção primária à saúde. *Ver. Saúde Col.* 2020; 10: 58-66. [DOI: 10.13102/rscdauefs.v10.5454].
15. Palmeira SS, Pereira TM, Almeida TL, Sousa AR, Alencar DC. Resolubilidade dos serviços ofertados na estratégia saúde da família: discurso de homens. *Saúde em Redes*. [Internet] 2018; 4(4):105-117. [DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p105-117>].
16. Bacelar AYS, Coni DGL, Santos DV, Sousa AR. Homens na unidade de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(9):2507-13. <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgxwKkbbkTIKGjGVZsJFZSgDpPQ PdG?projector=1&messagePartId=0.1>.
17. Oliveira VER, Araújo IFM, Silva GTR et al. Estratégias e competências do enfermeiro na atenção à saúde do homem: uma revisão integrativa. *Ver. Bras. Enferm.* 2020;73 (6). [<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0546>].
18. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília;2018. <https://portalarquivos.2saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/Perfil-da-mortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>>.
19. The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual. Austrália: Supplement: 2015
20. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(2). [<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>].
21. Arruda GO, Corrêa ACP; Marcon SS. Fatores associados aos indicadores de necessidades em saúde de homens adultos. *Acta paul. Enferm.* 2014;27,6. [DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400091>].
22. Cavalcanti JRD et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc. Anna Nery*. 2014;18,4. [<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>].
23. Forbat L et al. The role of interpersonal relationships in men's attendance in primary care: Qualitative findings in a cohort of men with prostate cancer. *Supportive Care in Cancer* 2014; 22(2): 409-415. [doi: 10.1007/s00520-013-1989-y].
24. Miranda S V C M et al. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(1). [<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00228>].
25. Casares FR, Mayordomo AI, Benavent AO, Hostaled MN, Benlloch C, Peña BR. [Characteristics of patients who do not use primary care services]. *Gac Sanit.* 2000;14(2):117-21. [doi: 10.1016/s0213-9111(00)71444-0].

26. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R et al . Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad. Saúde Pública. 2010;26(5):961-970. [<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>].
27. Linnell S, James S. Involving men in targeted primary health care: men's health MOTs. Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association. 2010; 83(5):31-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20503792/>
28. Storino LP, Souza KV, Silva KI. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. Esc. Anna Nery. 2013;17(4). [<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130006>].
29. Stranger P, Tenni M. Bendigo CHS Men's Health Clinic: Improving access to primary care. Australian Family Physician. 2012;41(9),731-733. <https://search.informit.org/doi/10.3316/INFORMIT.737706206822745>
30. Smith JA, Watkins DC, Griffit DM. Equity, gender and health: New directions for global men's health promotion. Health Promotion Journal of Australia.2020;31(2), 161-165. [<doi:ezproxy.unal.edu.co/10.1002/hpja.337>]
31. Park, Byoungjin y Yong-Jae Lee. "La próxima sociedad del envejecimiento y la salud de los hombres: enfoque en las implicaciones clínicas del ejercicio y la modificación del estilo de vida". World J Mens Health 38.1 (2020): 24.
32. Moreira RLSF, Fontes WD, Barbosa TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Esc Anna Nery. 2014,18(4): 615-621, PB. [doi: 10.5935/1414-8145.20140087].
33. 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. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. MG 2020;16:105–120. [<http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia16053468>].
34. Silveira CLG, Melo VFC de, Barreto AJR. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. Ver enferm UFPE. 2017; 11(3):1528-9. [DOI: 10.5205/elou.10263-91568-1-RV.1103sup201727].
35. Vaz CAM, Souza GB, Moraes-Filho IM, Santos OP, Cavalcante MMFP. Contribuições do enfermeiro para a saúde do homem na atenção básica. Ver Inic Cient e Ext. 2018; Jul-Dez,1(2):122-6. <file:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Downloads/60-Texto%20do%20artigo-45-1-10-20180626.pdf>.
36. Cardos DV, Amorim DS, Robles AJM, Rangel TLV. A invisibilidade dos homens nas unidades de atenção primária a saúde no brasil de acordo com estudos realizados nos últimos dez anos. Sociedade Ciência e Tecnologia da FACIG. 2018;4. <file:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Desktop/A%20invisibilidade%20dos%20homens%20nas%20Unidades%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20de%20acordo%20com%20estudos%20realizados%20nos%20%C3%Baltimos%20dez%20anos..pdf>.
37. Valentim de Sousa DHA, Souza de Lima MA, Vieira KFL, Saldanha AAW. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. G&D. 2015; 4(1). <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/22693>.

38. Gomes, R, Nascimento EF, Araújo, FCA. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-574.
<file:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Downloads/0765.pdf>.
39. Gomes R, Granja GEMS, Honorato EJS, Riscado JLS. Corpos masculinos no campo da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2014;19(01). [<https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.0579>].
40. Silveira CLG, Melo VFCD, Barreto AJR. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE*. 2017; 11(3):1528-35.
[File:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Downloads/13998-35848-1-PB%20\(1\).pdf](File:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Downloads/13998-35848-1-PB%20(1).pdf).
41. Cesaro BCD, Santos, HBD, Silva FNMD. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2018, 42-119.
[<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>]. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e119/>.
42. Oliveira ED, Couto MT, Separavich MAA, Luiz ODC. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2020; 24, e180736.
[<https://doi.org/10.1590/interface.180736>].
43. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, et al. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *Int J Equity Health*. 2010; 9(1):5.
<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-9-5>
44. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014; 110:10-7. [<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>]
45. Oliveira VER et al. Estratégias e competências do enfermeiro no cuidado à saúde dos homens: revisão integrativa. *Ver. Bras. Enferm*. 2020; 73(6). [<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0546>].
46. Moura EC et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2014;19(2): 429-438. [<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>].
47. Schraiber LB, Gomes R, Couto, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde coletiva* 2015; 1(10):7-17. [<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>]

4.2 ARTIGO 02

Situação de saúde de homens na atenção primária: análise das ações governamentais no Brasil

Resumo: este estudo tem o objetivo de analisar, documentalmente, os registros das ações governamentais direcionadas à saúde de homens no Brasil. Estudo exploratório, descritivo, análise documental, com caráter retrospectivo elaborado a partir de um recorte temporal do ano de 2009 a 2021. Os achados apontaram que foram criadas portarias, políticas, ações voltadas para saúde de homens e grupos vulneráveis; instrumentos, pesquisas, relatórios que buscam demonstrar o perfil de mortalidade masculina, dados sobre o envolvimento dos homens na paternidade pelos programas dos serviços de atenção primária à saúde. Cartilhas, folders, cartazes, manuais dirigidos para os homens, os profissionais de saúde e à comunidade com o foco na participação do público masculino no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, pós-parto e nos cuidados à criança; direito à acompanhante no período de trabalho de parto ao pós-parto; adesão aos serviços de saúde e incentivo ao cuidado em saúde; prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Concluiu-se que as ações governamentais apresentaram direcionamentos normativos, técnicos instrutivos de formação, capacitação e aprimoramento profissional e educativo e com fins de pesquisa sobre a situação e a atenção à saúde de homens no Brasil, com um marcador temporal dos últimos 13 anos, face a criação de uma política pública de saúde específica.

Descritores: Homem. Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde. Saúde Pública.

Introdução

Atender as necessidades de saúde da população, a exemplo da população masculina, com vistas ao avanço da qualidade de vida é motivo de preocupação em todos os sistemas de saúde, considerando o alto custo das tecnologias e a escassez de recursos públicos. A avaliação das ações governamentais relacionadas à situação de saúde é um importante mecanismo de gestão e planejamento, que contribui de modo singular na otimização do uso dos recursos públicos da forma mais correta, sustentável e mais efetiva possível, a fim de ajudar os formuladores e gestores no aperfeiçoamento de novas ações, como ocorre com as políticas de saúde (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

A Política Nacional da Atenção Básica recomenda a institucionalização da avaliação na Atenção Primária à Saúde (APS). Esforços direcionados à produção do cuidado à saúde de homens necessitam ser tomados, e podem ser justificados pelo cenário desvantajoso que enfrentam os países como os Estados Unidos, a Inglaterra e o México, que juntos somaram um gasto de mais de 20 bilhões de dólares anuais em razão do comportamento tido como “tóxico” de saúde masculina (BERBEL, CHIRELLI, 2020).

A produção do cuidado à saúde de homens necessita ser compreendida como uma prioridade para os sistemas de saúde em todos os seus níveis de atenção (SOUSA, 2020). No contexto da Atenção Primária à Saúde, a questão torna-se ainda mais crucial, uma vez que em quase todos os contextos globais, os homens morrem mais cedo, apresentam elevada morbimortalidade, estão mais expostos a conviverem com situações de risco para a saúde e tem revelado declínio na adoção de práticas de cuidado consideradas saudáveis (BRASIL, 2018; SOUSA, 2020) e, por essas razões, carecem de ações governamentais robustas, que garantam a resolubilidade do cumprimento das ações estratégicas e programáticas em saúde.

Do ponto de vista das políticas públicas que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2008, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A institucionalização formal da política deu-se pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018). A partir da implantação dessa política focal de saúde no SUS, ele fica comprometido a facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde e às medidas de promoção do cuidado de saúde masculina em todo território brasileiro (BRASIL, 2013; QUEIROZ, 2020).

Poucas são as ações governamentais voltadas a esse assunto, o que pode repercutir em elevação cada vez mais descontrolável os gastos com o setor saúde, mediante a necessidade de reparação de doenças, agravos e mortalidade precoce, por causas que poderiam ser evitadas (PINTO, GIOVANELLA, 2018). Como reflexo deletério tem sido observada a superlotação do setor terciário de saúde, que culmina com a insustentabilidade do sistema de saúde e a fragilização orçamentária da APS (NASCIMENTO, 2018; CUNHA, 2018).

Sustentados nesses argumentos, este estudo foi guiado pela questão de pesquisa: como se configura as ações governamentais desenvolvidas no Brasil direcionadas à situação de saúde de homens? Para tanto, este artigo tem o objetivo de analisar documentalmente os registros das ações governamentais direcionadas à situação de saúde de homens no Brasil.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo análise documental, o qual se caracteriza pela pesquisa de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico e requerem uma reelaboração (BELOTTI, IGLESIAS, AVELLAR, 2019), com caráter retrospectivo, elaborado a partir de um recorte temporal do ano de 2009, período de criação da PNAISH, até o ano de 2020.

As fontes de dados documentais pesquisadas foram extraídas das bases oficiais dos órgãos ligados ao setor da saúde e áreas afins do governo federal do Brasil, a partir de sites

hospedados na *internet*, a exemplo de: página eletrônica do Ministério da Saúde, portal da legislação, portal de arquivos do Ministério da Saúde, entre outros. Importa salientar que alguns documentos não constavam nas páginas oficiais, sendo alguns deles retirados na atual gestão federal, a exemplo de documentos direcionados à saúde de homens gays, bissexuais e transgêneros. A amostra foi composta de documentos normativos: leis, planos, notas técnicas, manuais técnicos, guias de orientação e educativo/instrutivo como cartilhas, cartazes, panfletos.

Para coleta de dados, foi elaborado um instrumento próprio de extração dos documentos nas fontes investigadas, estruturado em um protocolo de pesquisa, previamente, construído e validado pela equipe de pesquisa. Para cumprimento do critério de qualidade da pesquisa, seguiu-se com as recomendações propostas nas diretrizes do *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0) - Versão em Português. O instrumento de coleta foi submetido à validação interna por membros do grupo de pesquisa do qual se vincula este estudo.

Adotou-se como recorte da pesquisa os documentos que tivessem sido idealizados e/ou que tivessem ações direcionadas à Atenção Primária à Saúde (APS). A técnica de busca dos dados foi guiada pelo uso de palavras-chaves nas fontes investigadas, a saber: Saúde do Homem; Homem; Homens; Masculino; Saúde Masculina; Atenção Primária à Saúde. Os critérios para seleção das fontes estabelecidas foram: fonte documental disponível na íntegra, de abrangência nacional, com o enfoque na APS. A coleta foi realizada entre os meses de janeiro a março de 2021 e totalizou 31 documentos.

Para a extração dos dados, o instrumento de coleta foi composto por variáveis de interesse, a saber: descrição da fonte, ano de publicação, título e descrição da ementa, classificação, objetivos, título/órgão responsável, instância/abrangência e proposta/contribuição. Tal procedimento envolveu a participação de dois pesquisadores assistentes, ambos previamente treinados, supervisionados por quatro pesquisadores responsáveis. A equipe de pesquisa foi composta de três enfermeiros e quatro enfermeiras, que atuavam na área de ensino, pesquisa e assistência à saúde, com expertise na área de investigação e formação de graduação, mestrado, doutorado e Pós-Doutorado em Enfermagem e Saúde.

Os dados apreendidos foram organizados em planilhas, em arquivos gerados pelo software *Word*, submetidos à sistematização e codificação. A análise dos dados foi estruturada no método de análise de conteúdo temático proposto por Braun e Clarke (2014). A interpretação dos achados foi realizada com base no referencial normativo da PNAISH.

Para realização deste trabalho não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, por usar dados secundários, de domínio público, conforme Resolução nº510, de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que considera a ética como uma constante construção humana, logo histórica, social e cultural.

Resultados

Os achados apreendidos na análise documental derivaram três quadros sinóticos, estruturados a partir do caráter dos documentos selecionados, a saber: documentos normativos, que comportam as Leis, normas, notas técnicas, políticas públicas de saúde, portarias e planos nacionais. Documentos técnicos como manuais, guias de orientação, dados de pesquisa, e documentos educativos como campanhas publicitárias, materiais educativos como cartilhas folders e outros.

Os quadros sintetizam dados científicos os quais expressam as fontes documentais expedidas por instâncias federativas do setor saúde a nível central do governo federal brasileiro, seus respectivos anos de publicação, as características, as instâncias e/ou os órgãos responsáveis pela execução, as ementas com as descrições dos objetivos, finalidades e a definição do documento e, por fim, as propostas de contribuição apresentadas.

A seguir no **quadro 01** concentram-se as portarias, políticas, ações e estratégias voltadas para saúde de homens e grupos vulneráveis, buscando assegurar melhorias no cuidado aos homens, ampliando o conjunto de demandas em saúde em uma visão transversal, integral, em combate às desigualdades e iniquidades socioeconômicas e culturais.

Quadro 01 – Relação de documentos normativos oriundos de ações governamentais direcionadas à saúde de homens com o enfoque para a APS no Brasil. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

<p>Variáveis de investigação e análise: Número/documento/Ano de publicação/Instância/Órgão responsável; Ementa – descrição do documento; Proposta de contribuição.</p>
<p>N. 01: Documento: Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Ano de publicação: 2009. Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde. Ementa: institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral. Proposta: promover a melhoria das condições de saúde da população brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa</p>

população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação aos serviços de assistência. Oferecer e assegurar melhorias para a saúde de homens.

N.02:

Documento: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Ano de publicação: 2009.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de atenção à saúde; Departamento de ações programáticas estratégicas.

Ementa: aprofundar os conhecimentos, revisitando princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Proposta: trabalhar a efetiva extensão da cobertura do SUS às diversas populações masculinas mediante o conhecimento e a implementação da PNAISH, considerando os desafios vivenciados pelo(a) profissional de saúde em sua prática diária. Compreender as possibilidades de aplicação da PNAISH no contexto do SUS e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Elucidar as vulnerabilidades da população masculina em seus diversos contextos sociais, apresentar a PNAISH, abordar questões fundamentais para que o acesso qualificado da população masculina possa ser priorizado pelo sistema público de saúde.

N.03:

Documento: PORTARIA Nº 2.634, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2012.

Ano de publicação: 2012.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde.

Ementa: dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio aos Municípios para a execução de ações de implantação, implementação, fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da PNAISH no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Proposta: tornar sem efeito a Portaria nº 2.566/GM/MS, de 9 de novembro de 2012. Tornar sem efeito a Portaria nº 2.566/GM/MS, que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio aos Municípios para a execução de ações de implantação, implementação, fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

N.04:

Documento: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional 2009-2011.

Ano de publicação: 2009.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Área Técnica de Saúde do Homem.

Ementa: Plano de Ação Nacional apresenta as intenções e os resultados a serem buscados, em um período de tempo determinado (2009- 2011).

Proposta: nortear a elaboração de Projetos-piloto nos 26 Estados e DF e nos 26 Municípios – um por estado – posteriormente, selecionados pelo MS (Projeto-piloto único no DF). Servir de subsídio para Gestores, Comissões Intergestores Bipartite – CIBs, Colegiados de Gestão Regional – CGR e Conselhos desenvolverem estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem, inserindo-as em seus respectivos Planos de Ação Estadual e Municipal, respeitando as especificidades e as diversidades loco-regionais.

N.05:

Documento: PORTARIA Nº 1.474, de 8 de setembro de 2017.

Ano de publicação: 2017.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde

Ementa: inclui e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais do SUS. Objetivo: incorporar o Pré-Natal do Parceiro.

Finalidades: considerando o processo constante de atualização de procedimentos na Tabela de procedimentos SUS e a necessidade a de incorporar o Pré-Natal do Parceiro que possibilita o conhecimento da quantidade de homens que realizam o Pré-Natal do Parceiro e, assim, demonstrar a efetividade da estratégia no SUS e favorecer a saúde dos homens brasileiros.

Proposta: fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS o procedimento 03.01.01.023-4 – consulta pré-natal do parceiro e, alteração dos nomes dos procedimentos abaixo relacionados: de: para: 02.14.01.004-0 teste rápido para detecção de hiv na gestante; 02.14.01.004-0 teste rápido para detecção de hiv na gestante ou pai/parceiro; 02.14.01.008-2 teste rápido para sífilis na gestante; 02.14.01.008-2 teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro.

N.06:

Documento: Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Ano de publicação: 2013.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Ementa: Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT.

Proposta: a complexidade da saúde de LGBT exigiu que o movimento social buscasse amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à Política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado.

N. 07:

Documento: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Ano de publicação: 2013.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Ementa/descrição: Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de

Saúde Integral LGBT. Objetivos: promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Finalidades: reafirmar o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade, onde contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular.

Proposta: a complexidade da saúde de LGBT exigiu que o movimento social buscase amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à Política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado.

N. 08:

Documento: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Uma Política do SUS).

Ano de publicação: 2017.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.

Ementa/ descrição: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras. Objetivos: promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS. Finalidades: orientar a implementação da PNSIPN por meio de conteúdo informativo que contribua para a operacionalização da política, considerando as especificidades e necessidades regionais.

Proposta: o Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide, negativamente, nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania.

Fonte: Dados da Pesquisa.

No **quadro 2**, a seguir, apresentam-se instrumentos, pesquisas e relatórios que buscam demonstrar o perfil de mortalidade masculina e dados sobre o envolvimento nos homens na paternidade pelos programas dos serviços de atenção primária à saúde; contribuir no

fortalecimento e efetiva implantação das diretrizes da PNAISH; abordar e facilitar o conhecimento sobre a temática e aproximação dos homens nas Unidades Básicas de Saúde; debater os desafios e estratégias na implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva e saúde de homens gays e bissexuais, além de sensibilizar a participação popular, os gestores e profissionais de saúde para essa abordagem na atenção primária.

Quadro 02 – Relação de documentos técnicos, oriundos de ações governamentais direcionadas à saúde de homens com o enfoque para a APS no Brasil. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

Variáveis de investigação e análise:		
Número/Nome /Classificação do documento . Glossário temático/ Ano de publicação/Instância/Órgão responsável	Ementa – descrição do documento	Proposta de contribuição
N.09:	<p>Documento: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: saúde do homem.</p> <p>Classificação do documento: Glossário temático.</p> <p>Ano de publicação: 2018.</p> <p>Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria-Executiva; Secretaria de Atenção à Saúde; Comitê técnico da Coordenação Nacional de Saúde do Homem.</p> <p>Ementa: glossário temático que tem a finalidade de normalizar, descrever, representar e divulgar a terminologia especializada, utilizada nos saberes científico, tecnológico e técnico das áreas do Ministério da Saúde e entidades vinculadas. São instrumentos que buscam facilitar o aprendizado do conhecimento e favorecer a comunicação interna e externa, propósitos da gestão do conhecimento que garantisse o tratamento terminológico das áreas do conhecimento envolvidas com a saúde do homem.</p> <p>Proposta: auxiliar os profissionais envolvidos com a tradução de documentos ou preparação de palestras para estrangeiros; promover ações de saúde que contribuam, significativamente, para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de estados e municípios; promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).</p>	
N.10:	<p>Documento: Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil.</p> <p>Classificação do documento: Perfil Epidemiológico.</p> <p>Ano de publicação: 2018.</p>	

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Ementa: apontar o perfil de morbidade masculina, no Brasil, nos anos de 2009 e 2015 e a mortalidade nos anos de 2009 e 2014.

Proposta: demonstrar o Perfil da Situação de Saúde de Homens no Brasil. Descrever, numa perspectiva de gênero, dados de mortalidade e morbidade, em geral, e de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, em particular, a partir de informações das fontes oficiais.

N.11:

Documento: Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica.

Classificação do documento: Documento de reforço da PNAISH.

Ano de publicação: 2013.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

Ementa: contribuir para que as diretrizes da atenção à saúde integral de homens sejam refletidas em termos de sua efetiva implantação. Esboçar contribuições para as gestões das unidades federadas e dos municípios implantarem a PNAISH.

Proposta: atualizar o cadastro da população masculina do território; realizar busca ativa de homens pela equipe de saúde para a realização de ao menos uma consulta/ano; ofertar atendimento em horários alternativos adequados para a população masculina; orientar e sensibilizar a população masculina quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e disfunção erétil, entre outros agravos do aparelho geniturinário; incorporação dos homens nas ações e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar; f) ampliação da participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança; ofertar exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino; realizar ações de identificação, acolhimento e encaminhamento de situações de violência envolvendo homens; e realizar ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina.

N.12:

Documento: Relatório da Pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil – III etapa (Paternidade e Cuidado Brasil – III etapa.)

Classificação do documento: Relatório técnico.

Ano de publicação: 2018.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Coordenação Nacional de Saúde do Homem.

Ementa: um dos eixos da PNAISH é Paternidade e Cuidado que tem o objetivo de engajar os homens nas ações do planejamento reprodutivo, no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, possibilitando a todos uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis. Dessa forma, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem junto ao Departamento de Ouvidoria do SUS

está realizando a pesquisa “Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado”. O presente relatório apresenta os dados nacionais da III etapa da pesquisa.

Proposta: obter dados sobre o acesso, acolhimento e cuidados com a saúde masculina nos serviços públicos de saúde. Levantar informações sobre o envolvimento do pai no pré-natal e nascimento da criança. Prevenir e diminuir a transmissão de IST/HIV, ampliar e melhorar o acesso e acolhimento dos homens nos serviços de saúde.

N. 13.

Documento: II Relatório da pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Rio de Janeiro.

Classificação do documento: Relatório técnico

Ano de publicação: 2017.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Coordenação Nacional de Saúde do Homem.

Ementa: um dos eixos da PNAISH é Paternidade e Cuidado que tem o objetivo de engajar os homens nas ações do planejamento reprodutivo e no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, possibilitando a todos uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis. Dessa forma, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem junto ao Departamento de Ouvidoria do SUS está realizando a pesquisa “Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado”. O presente relatório apresenta os dados nacionais. Foi realizado um recorte no questionário de algumas perguntas e respostas, e analisadas cada uma. O resultado da análise será apresentado nos anexos A e B neste relatório.

Proposta: obter dados sobre o acesso, acolhimento e cuidados com a saúde masculina nos serviços públicos de saúde. Levantar informações sobre o envolvimento do pai no pré-natal, nascimento e cuidado com a criança.

N.14:

Documento: I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina e Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem: relatório final.

Classificação do documento: Anais do Simpósio

Ano de publicação: 2018.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Ementa: o I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina, que ocorreu no dia 26 de setembro de 2016, teve como objetivo debater os desafios e as estratégias para a implementação de ações em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSSR) na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), considerando as diferentes realidades regionais e territoriais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Proposta: promover a discussão da temática entre as diferentes áreas do Ministério da Saúde e parceiros externos, compartilhando experiências exitosas, explicitando e problematizando os principais desafios existentes para a inclusão dos homens nas ações relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e fomentando estratégias que promovam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos na população masculina.

N.15:

Documento: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado.

Ano de publicação: 2018.

Classificação do documento: Documento informativo/reflexivo

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Ementa: a publicação Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado tem como objetivo sensibilizar gestores e profissionais de saúde para a abordagem do papel do homem em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, promovendo seu protagonismo nos processos de cuidado à saúde.

Proposta: tornar um instrumento de diálogo, troca de saberes e rodas de conversa, entre gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, contribuindo para a atenção integral à saúde do homem.

N.16:

Documento: Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.

Ano de publicação: 2016.

Classificação do documento: Guia de Participação de Parceiros.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Coordenação Nacional de Saúde do Homem.

Ementa: guia que apresenta a estratégia Pré-Natal do Parceiro, uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, jovens adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e fornece a ampliação do acesso aos serviços de saúde na APS.

Proposta: instruir os profissionais de saúde acerca do pré-natal do parceiro. Apresentar a estratégia do pré-natal do Parceiro, como uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, jovens adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento dessa população aos serviços de saúde, com enfoque na Atenção Básica.

N.17:

Documento: Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Ano de publicação: 2016.

Classificação do documento: Guias para Ag. Comunitários.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Coordenação Nacional de Saúde do Homem.

Ementa: este Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS) traz à tona a temática da saúde do homem.

Proposta: abordar os eixos temáticos: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violência e Acidentes e mostrar a importância do ACS para aproximar os homens das Unidades Básicas de Saúde.

N.18:

Documento: NOTA TÉCNICA Nº 1-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS.

Ano de publicação: 2017.

Classificação do documento: Nota técnica com recomendações e orientações.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de Saúde do Homem; Coordenação Geral de Saúde das Mulheres; Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno; Departamento de Atenção Básica e Coordenação Geral e Saúde do Trabalhador.

Ementa: recomendações do Ministério da Saúde para regulamentar a participação do homem em programa ou atividade de orientação sobre paternidade em relação ao Marco Legal da Primeira Infância, (Lei Nº 13.257 de 08 de março de 2016). Ampliação e melhoria do acesso e acolhimento dos homens nos serviços de saúde; - Melhoria no autocuidado masculino; - Estímulo ao cuidado e ao vínculo do homem com a parceira e com seus filhos/suas filhas; - Prevenção e possível diminuição da transmissão de IST e HIV/AIDS; - Redução da morbimortalidade masculina, materna e infantil; - Possível estímulo ao aleitamento materno; - Redução da depressão materna no pós-parto; - Aprimoramento do conhecimento dos homens sobre seus direitos e deveres no exercício da paternidade.

Proposta: promover um maior envolvimento dos pais no cuidado com os filhos(as), se estendendo para além do período de licença e tendo reflexos importantes para a vida das crianças; - Maior desenvolvimento cognitivo, melhor desempenho escolar e menores Taxas de criminalidade entre as crianças; - Maior probabilidade de amamentação durante o primeiro ano em comparação a filhos de pais que não utilizaram a licença; - Possível mudança no comportamento das famílias quanto à divisão de tarefas domésticas e diminuição na diferença entre homens e mulheres no mercado de trabalho; - fortalecimento da construção da equidade de gênero no cuidado.

N.19:

Documento: Homens Gays e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social.

Ano de publicação: 2016.

Classificação do documento: Nota técnica informativa.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Ementa: demonstra a relevância da participação social na construção das políticas Públicas com enfoque na saúde de homens gays e bissexuais.

Proposta: promover informações sobre o que é ser homem gay ou bissexual e dar visibilidade a esse público para refletir de forma positiva no acesso e acolhimento a saúde desses homens.

N.20:

Documento: Avaliação das Ações Iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: relatório final.

Ano de publicação: 2012.

Classificação do documento: Nota técnica sobre avaliação de implantação da política.

Instância/órgão responsável: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; Fundação Oswaldo Cruz.

Ementa: trata-se da primeira pesquisa avaliativa da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem realizada por meio de uma abrangência nacional. Há investimento de um estudo de triangulação de métodos, sob o envolvimento de analistas, pesquisadores e distintos aportes disciplinares para a análise complexa, a saber: socioantropológico e estatístico.

Proposta: resgata o histórico da implantação da PNAISH nas unidades federadas e municípios envolvidos; identifica, a partir da implantação da PNAISH como cada localidade se organizou para realizar as ações voltadas para os campos: Infecções Sexualmente Transmissíveis / Aids, violência, hipertensão, diabetes, obesidade e câncer prostático entre a população masculina de 20 a 59 anos; analisa os sentidos atribuídos à vida por parte dos gestores e profissionais de saúde; estima o percentual da população masculina de 20 a 59 anos atendida nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A seguir, no **Quadro 3**, destacam-se cartilhas, folders, cartazes e o caderno de atenção básica dirigidos para informar homens, homens trans, trabalhadores, profissionais e a população acerca da participação do público masculino no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, pós-parto e nos cuidados à criança; direito a acompanhante no período de trabalho de parto ao pós-parto; adesão aos serviços de saúde e incentivo ao cuidado em saúde; infecção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Quadro 03 – Relação de documentos educativos e pesquisa oriundos de ações governamentais direcionadas à saúde de homens com o enfoque para a APS no Brasil. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE: Número/documento/Ano de publicação/Instância/Órgão responsável; Ementa – descrição do documento;Proposta de contribuição.
<p>N.21: Documento: como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança. Ano de publicação: 2018. Classificação: documento instrutivo. Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Coordenação Nacional da Saúde do Homem. Ementa: informar os homens trabalhadores quanto a sua participação no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança. Proposta: ajudar os homens trabalhadores a ter informações acerca da sua participação nas consultas de planejamento reprodutivo, no pré-natal, no parto, no apoio na amamentação a compartilhar com a parceira os cuidados com o desenvolvimento da criança e atividades domésticas, abordar os direitos trabalhistas em relação à ampliação da licença- paternidade e também no acompanhamento nas consultas de pré-natal e nas consultas médicas do filho, apresentar os benefícios para os homens, para a família, para a comunidade e para a empresa</p>

no envolvimento com a paternidade ativa.
<p>N.22: Documento: cartilha para pais. Como exercer uma paternidade ativa. Ano de publicação: 2018. Classificação: cartilha. Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ementa: estimular o envolvimento de pais e futuros pais no processo de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, pós-parto e nos cuidados com a criança. Proposta: informar os homens sobre o planejamento familiar e estimular os pais e futuros pais a exercer uma paternidade presente se fazendo presente em todos os processos do pré-natal ao nascimento.</p>
<p>N. 23: Documento: licença-paternidade um direito do pai. Ano de publicação: 2018. Classificação: documento educativo. Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Ementa: folder educativo/informativo sobre a licença-paternidade. Proposta: informar os homens sobre o direito à licença-paternidade. Instruir os homens acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, demonstrando que um dos objetivos dessa política é incentivá-lo a ser um pai presente, estando junto com a parceira nas consultas de pré-natal, durante toda a gravidez, no momento do parto e compartilhando dos cuidados com a criança depois que ela nascer. Para isto, as Unidades Básicas de Saúde ofertam o pré-natal do parceiro, mostrando que os homens também realizam a consulta de pré-natal. Além disso, é importante que, durante essas consultas, o homem se informe sobre o seu direito referente à licença paternidade.</p>
<p>N.24: Documento: dados da morbimortalidade masculina no Brasil. Ano de publicação: 2017. Classificação: dados de pesquisa. Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Ementa: folder educativo/informativo sobre os dados da morbimortalidade masculina no Brasil. Proposta: informar a população de forma rápida e com informações obtidas através de análise de indicadores.</p>
<p>N.25: Documento: amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Seja pai, esteja presente. Ano de publicação: 2014. Classificação: documento educativo. Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde, UNICEF. Ementa: folder educativo/informativo sobre Lei do acompanhante, nº 11.108. Proposta: informar sobre o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Finalidades: informar sobre a importância do envolvimento e da presença do pai durante todo o período da gravidez, no pré-natal, parto e pós-parto e dos direitos que eles possuem garantidos pela Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou</p>

conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Além de alertar a equipe de saúde sobre os benefícios da participação masculina durante esses processos.

N26.

Documento: fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica.

Ano de publicação: 2013.

Classificação: dados de pesquisa.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

Ementa: apresentar uma avaliação realizada em dez municípios brasileiros com objetivo de verificar se o compromisso assumido pelos municípios se transformou em ações de fortalecimento da PNAISH. **Objetivos:** avaliar se os municípios estão tendo a incumbência no fortalecimento da PNAISH transformando em ação por meio da identificação, junto às Equipes da Saúde da Família (ESF), com ações voltadas à saúde da população masculina bem como a sua participação nos espaços de saúde. **Finalidades:** verificar se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está sendo implantada e executada nos municípios.

Proposta: contribuir para as diretrizes da atenção à saúde integral de homem para que sejam refletidas em termos de sua efetiva implantação. São apresentados os resultados de uma investigação realizada em dez municípios brasileiros. A partir da leitura do estudo, se esboçam pelo menos duas contribuições para as gestões das unidades federadas e dos municípios implantarem a PNAISH. A primeira delas diz respeito ao fato de os resultados apresentados e discutidos servirem de referência para que outras experiências possam – por meio de espelhamento – avaliar o quanto suas ações se aproximam ou se distanciam das realidades estudadas. A segunda contribuição é de natureza metodológica. O estudo, que se encontra desenhado sob os rigores do método científico, pode servir de base para que outros estudos sejam empreendidos. Essas duas contribuições constituem-se em argumentos para que haja continuidade na leitura do estudo.

N.27:

Documento: homem, cuide-se o melhor da vida é ter saúde I.

Ano de publicação: 2020.

Classificação: cartaz.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde.

Ementa: cartaz informativo de estímulo ao cuidado à saúde do homem.

Objetivos: estimular a população masculina ao cuidado com a sua saúde, e incentivar a busca a Unidades de saúde. **Finalidades:** Fazer com que a população masculina cuide da sua saúde, procure os serviços de saúde e se previna. **Especificidades:** População do sexo masculino de todas as faixas etárias.

Proposta contribuir para a adesão da população aos serviços de saúde e incentivar o cuidado com a saúde.

N.28:

Documento: homem, cuide-se o melhor da vida é ter saúde II.

Ano de publicação: 2020.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde.

Classificação: cartaz.

Ementa: cartaz informativo com estímulo à paternidade presente.

Objetivos: incentivar o homem a acompanhar suas companheiras em suas consultas de pré-natal e estimular a criação de vínculos com a criança. **Finalidades:** fazer com que o homem frequente as unidades de saúde junto com suas parceiras na realização do pré-natal e

estimular a criação do vínculo pai/filho. Especificidades: homens que são ou vão ser pai.
Proposta: contribuir para a inserção do homem nas unidades de saúde e nas consultas de pré-natal, além de incentivar o homem a criar um vínculo com o seu bebê.

N.29:

Documento: Plano de ação Nacional da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde.

Ano de publicação: 2009.

Classificação: plano.

Ementa: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde busca melhorar a inserção dos homens nos serviços de saúde identificando estratégias, ações e metas que permitam a cobertura deste grupo populacional, respeitando as especificidades e as diversidades locais e regionais.

Objetivos: servir de subsídio para que os Gestores, as Comissões Intergestores Bipartite - CIBs, Colegiados de Gestão Regional – CGR e Conselhos desenvolvam estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem, inserindo-as em seus respectivos Planos de Saúde Estadual e Municipal, respeitando as especificidades e as diversidades locais e regionais.

Finalidades: reverter o quadro de pouca procura por parte da população masculina aos serviços de saúde.

Instância: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas área técnica de saúde do homem

Proposta: contribuir para a adesão masculina ao serviço de saúde e na criação de projetos voltados à população masculina.

N.30:

Documento: homens trans: vamos falar sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis? Versão atualizada e corrigida.

Ano de publicação: 2019.

Classificação: cartilha.

Instância/órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Ementa: cartilha informativa a respeito da transmissão e prevenção de ISTs, que tem como público-alvo homens trans e pessoas trans masculinas.

Proposta: informar homens trans e pessoas trans masculinas sobre a transmissão e a prevenção de ISTs. Finalidades: tornar o público-alvo mais instruído sobre as formas de transmissão e prevenção de ISTs, de forma a oferecer conhecimento, visando o sexo seguro e a diminuição do risco de transmissão no caso das pessoas que já têm alguma das condições. Especificidades: direcionado para homens trans e pessoas trans masculinas.

N. 31:

Documento: caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

Ano de publicação: 2013.

Classificação: caderno de Orientações.

Instância/Órgão responsável: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica.

Ementa: o Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva auxilia na atenção em planejamento familiar por implicar não só na oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. Objetivos: ampliar a abordagem e as ações, não somente com a mulher adulta no ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, mas para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens. Finalidades: oferecer orientações técnicas para a atuação

dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Proposta: auxiliar os profissionais de saúde que sentem dificuldades em abordar os aspectos relacionados à saúde sexual, por trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus

Fonte: Dados da Pesquisa.

Discussão

No que concerne a PNAISH, se reconhece às especificidades socioculturais masculinas e direciona seus princípios, consonantes aos do SUS, à humanização, promoção da integralidade, do cuidado e qualidade de vida de homens. Todavia, a implementação desses princípios, particularmente, na atenção primária, esbarra nos entraves encontrados pelos gestores e profissionais de saúde para sua efetivação, já que requer uma reforma estrutural, política, cultural e paradigmática (BRASIL, 2009; OLIVEIRA, 2020).

Quanto as questões culturais arraigadas na condição de saúde-doença de homens, é preciso considerar que ser homem é a representação de um modelo carregado de sentidos e significados, e a demonstração de fragilidade tende a afastá-lo do modelo hegemônico de masculinidade, na qual espera-se que seja forte e invulnerável. Essas características condicionam a maioria dos homens a adotarem um papel de baixo autocuidado e de distanciamento dos serviços de saúde, principalmente na APS, o que pode contribuir para a negação à saúde dessa população, o que é percebido pelas altas taxas de morbimortalidade entre os homens, especialmente, na faixa etária entre 20 a 59 anos. (SOUSA et al., 2016; SCHWARZ, 2012). Diante desses cenários, o desenvolvimento e fortalecimento da PNAISH destina-se para atender a atenção à saúde do homem, orientada pelo princípio do cuidado integral, com vistas ao avanço das condições de saúde (OLIVEIRA et al., 2017; LEAL, FIGUEIREDO, SILVA, 2012; BERBEL, CHIRELLI, 2020). Por essa razão, é essencial que os países instituem políticas públicas de saúde focais direcionadas à atenção à saúde de homens, e mais do que isso, que garantam a efetividade das ações nos territórios adscritos.

As evidências encontradas nos registros elegidos das ações governamentais direcionadas à situação de saúde de homens no Brasil revelaram que o enfoque esteve centralizado no desenvolvimento, implementação e fortalecimento da PNAISH, no intuito de consolidar diretrizes e determinar estratégias de ampliação dos eixos temáticos determinados nessa política. No entanto, tais iniciativas sinalizaram pouca expressividade quando direcionadas aos grupos de homens mais vulnerabilizados, considerando que à

promoção a saúde perpassa o combate às desigualdades sociais, como o enfrentamento de estereótipos de gênero, raça-cor, idade, etnia, orientação sexual e identidade de gênero e situação sociocultural (BRASIL, 2018; SOUSA, 2020; COUTO, GOMES, 2012; CARRARA, S; RUSSO, J. A.; FARO, 2009). Desse modo, é imprescindível que gestores, formuladores de políticas públicas, conselhos, profissionais das equipes de saúde, unam forças e estratégias para junto aos governos ampliem e fortaleçam o emprego de ações e tecnologias a tais grupos de homens (BORGES et al., 2020).

As ações relacionadas aos eixos de saúde implantadas no âmbito da APS, apresentam uma lacuna entre as normativas e diretrizes e sua aplicação na prática assistencial quanto à situação de saúde de homens. O fato de fazer parte das diretrizes dos programas e políticas de saúde não certifica que sejam, efetivamente, praticadas nos serviços. Para assegurar a eficácia das intervenções, seria necessário conhecer o nível de prática e os fatores que beneficiam ou que são um obstáculo a sua dinâmica interna no próprio serviço (DEUS et al, 2020). Desse modo, a avaliação de implementação pode ser uma tática relevante para apreensão e compreensão dessas falhas, barreiras e/ou potenciais, assim, contribuindo com a readequação dos processos de trabalho e melhoria da qualidade do cuidado ofertado (PAIVA, CAETANO, 2020).

Ocorre também que tanto os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como os gestores de escolas de desenvolvimento dos profissionais e da APS admitem não conhecer a PNAISH de forma integral e nem as ações que possam estar relacionadas aos homens. Identificam somente a prevenção do câncer de próstata em material didático e televisiva como cuidado aos homens e relatam ausência de um programa e planejamento de ações voltados para esse gênero (BERBEL, CHIRELLI, 2018).

Existe a necessidade de novas formas de interação e divulgação de trabalhos que se proponham a compreender e se apropriar da política de saúde e suas ações de forma dialogada e de procedimentos participativos para realizarem melhor as orientações aos usuários (OLIVEIRA et al., 2017). Dessa forma, produtos que propiciem a promoção e prevenção da saúde, através de novas técnicas que possibilitem a sensibilização da população de homens, referente a comportamentos de risco e educação, são de extrema utilidade para que ocorra a mudança no panorama atual. Um exemplo disto, foi o artigo sobre tecnologias cuidativas em saúde, que enfatiza o quanto a instituição de incrementos a serem inseridos no sistema de saúde pode ser capaz de alcançar status satisfatórios, no que se refere ao fortalecimento da prática profissional, a exemplo da Atenção Primária à Saúde (SOUSA et al.,2016).

Compreendendo que a APS é a porta de entrada às demandas de saúde, ressalta-se que

ações e estratégias à saúde de homens devam acontecer, prioritariamente, por esse serviço. Diante disso, a partir da Portaria GM/MS nº 2.488/2011 foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituindo a revisão das diretrizes e normas para a organização da APS, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), trazendo como destaque a requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS); estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado para apoiar os profissionais das ESF e das equipes de AB que atendem populações específicas e o Programa Saúde na Escola (PSE), entre outras ações. (BRASIL, 2011; SCHIMITH ET AL., 2017; BRASIL, 2018).

Com essa portaria, instrui-se sobre as funções da Rede de Atenção à Saúde (RAS) constituída de equipe multidisciplinar, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde da população e, no caso, às demandas dos homens, criando pontes para o acesso facilitado da população masculina ao serviço, ofertando acolhimento, minimizando as iniquidades e as taxas de morbimortalidade entre homens (SCHIMITH et al., 2017).

Por isso, nas últimas décadas, a avaliação de políticas e programas governamentais assumiu grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais. No entanto, a avaliação das políticas públicas está, em geral, associada as dificuldades que são verificadas no processo de prática de seus programas, pois, dificilmente, esses projetos atingem os objetivos e metas indicadas e, pior ainda, raramente são praticados de acordo com seu desenho original e com as estratégias traçadas por seus gestores (CAVALCANTI, 2006; BRASIL, 2009; LOTTA, 2019; PIFFER, MATOS, 2020; FILHO, 2020).

Nos países desenvolvidos, a avaliação é vastamente praticada e propostas metodológicas foram geradas por organismos internacionais de financiamento, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, e por outras instituições, como a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e o Centro Latino-americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD) (CUNHA, 2018).

Um dos tipos de avaliação a ser utilizada pode ser a acadêmica, voltada para a figura da efetividade das políticas através de seus impactos e benefícios. A outra forma é a avaliação promovida durante o período das práticas das políticas e programas governamentais, com foco na análise de sua eficiência e eficácia. No Brasil, a importância da avaliação também é realizada de maneira sistemática, com ênfase na eficácia e eficiência dos programas expressos nos Planos Plurianuais do Brasil. As avaliações de políticas e programas das ações governamentais admitem que formuladores e implementadores devem tomar decisões com

maior conhecimento, maximizando o resultado do gasto público, identificando êxitos e superando pontos negativos (CUNHA, 2018).

Uma das ações a ser citada é a Governança Solidária Local, no Rio Grande do Sul. Programa de governo, utilizando o capital social local de modo que formasse uma rede solidária e cooperativa que viabiliza ações, projetos e campanhas e as equipes articuladas em cada região, estabelecendo metas e ações prioritárias em parceria com a ONU (Organização das Nações Unidas), porém suas ações ficaram restritas e inviáveis (NASCIMENTO, 2018). Contudo, para que essas iniciativas sejam impactantes nessa população será necessário que ocorra uma relação entre profissionais e população alvo, dentro de cada particularidade regional ou cultural. De modo a apontar as falhas e desafios que precisam ser enfrentados pelo corpo gestor e equipe profissional, para atender a essa parcela tão distante de seus direitos (FERREIRA et al., 2020).

As limitações do estudo estão concentradas no fato da apreensão dos resultados apresentarem fragilidades quanto à disponibilização completa nas fontes, inconsistência e incompletude dos dados, carência de dados disponibilizados na ambiência virtual – on-line. Além disso, as pesquisas analisadas priorizaram os dados documentais extraídos das bases oficiais dos órgãos ligados ao setor da saúde e áreas afins do governo federal, excluindo fontes que não estavam disponíveis na íntegra e que não tinham enfoque na atenção primária nem tinham abrangência nacional.

Contudo, ressalta-se que as análises de ações governamentais são valiosas para desvelar fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção, favorecendo melhorias e estimulando novas ações. Outrossim, a análise documental reúne potencial para fomentar e subsidiar investigações que, futuramente, levem em considerações outras formas de busca nas fontes de dados e contribua para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde de homens.

Este estudo traz significativas contribuições para saúde pública, por meio do levantamento de dados documentais que podem potencializar o redirecionamento, planejamento, organização, execução e avaliação das ações e estratégias para produção do cuidado e atenção à saúde de homens. Diante disso, é necessária a realização das avaliações das políticas e programas de ações governamentais, como forma de fortalecer as estratégias de promoção à saúde, a fim de ampliar o cuidado aos grupos masculinos e voltar para as múltiplas formas de ser/sentir homem na sociedade e, assim, contribuir para diminuição dos riscos à saúde e melhoria da qualidade de vida de homens.

Conclusões

As ações governamentais, no Brasil, com o enfoque para a situação de saúde de homens expressam um recorte de direcionamento focal impulsionado pelo governo federal, a partir das instâncias reguladoras em cada tempo histórico e político, que se revela pela deliberação de um conjunto de ações normativas com o enfoque para a legislação da atenção à saúde de homens no país, expresso na forma de leis, portarias e na criação de uma política pública de saúde focal e de outras correlatas. Tais ações estão ancoradas em uma agenda política para o enfrentamento do contexto epidemiológico de morbimortalidade elevada do público masculino no país e da ampliação e fortalecimento do acesso de homens aos serviços de saúde.

Ainda sobre as ações governamentais, no Brasil, entre os anos investigados, demonstram um caráter técnico no que tange à criação de dispositivos focalizados na formação, capacitação e aprimoramento profissional das equipes de saúde, gestores e apoiadores técnicos a nível nacional, com recortes voltados, especialmente, ao acesso e acolhimento, à saúde sexual e reprodutiva, à paternidade, aos autocuidados e às doenças prevalentes da população masculina.

No que se refere ao contexto da educação e da comunicação em saúde, as ações governamentais estiveram direcionadas a produzir iniciativas com o foco na ampliação da visibilidade e do desenvolvimento científico sobre a área. Apesar das ações relacionadas a atenção à saúde masculina, até o momento em vigor, na realidade ainda serem tímidas, as barreiras construídas podem estar vinculadas a falta de informações claras e efetivas entre todas as partes envolvidas na atenção a essa população. Entre 2009 e 2021 as ações dirigidas a essa política têm sido pouco expressivas, de efetividade questionável, pois ainda não contemplam a todos os eixos do PNAISH, como a mental, espiritual; também nos contextos de vulnerabilidade, como a situação prisional; na diversidade sexual, cultural, gênero, etnicidade e nas dimensões territoriais.

Em relação a educação e a comunicação em saúde, tais ações estiveram direcionadas a produzir iniciativas tímidas com o foco na ampliação da visibilidade e do desenvolvimento científico sobre a área;

Somam-se a isso, que de 2009 e 2021 essas ações têm sido pouco expressivas, de efetividade questionável, pois ainda não contemplam a todos os eixos do PNAISH, como a mental, espiritual; também nos contextos de vulnerabilidade, como a situação prisional; na diversidade sexual, cultural, gênero, etnicidade, nas dimensões territoriais. Faz-se necessário reconhecer a disparidade de posições de sujeito assumida por homens, considerando inclusive

um olhar crítico e resolutivo para as populações de homens, historicamente, estigmatizadas e, muitas vezes, destituídas do direito de usufruir de forma adequada das políticas públicas de saúde, como é o caso da população LGBTQI+, negros, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, entre outras.

REFERÊNCIAS

- CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006.
- BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 39, e185025, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100123&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Mar. 2021. Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003185025>.
- BERBEL, C. M. N.; CHIRELLI, M. Q. Reflexões do cuidado na saúde do homem. **Rev Bras Promoc Saúde**. 2020; 33; 1-9, São Paulo. Disponível em: [file:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Downloads/11559-44744-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Jonh%20Moraes/Downloads/11559-44744-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 26.01.2021.
- BERBEL, C. M. N.; CHIRELLI, M. Q. Saúde do homem: desafios da implementação do cuidado. **Investigación Cualitativa en Salud**. V. 2, 2018, p306-65. São Paulo. Disponível em: <1796-Texto Artigo-6898-1-10-20180704.pdf>. Acesso em: 05/04/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº510**, de 2016, Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 02/03/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.944**, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 01/03/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília (DF); 2013. Disponível em: [Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília \(DF\)%3B 2013](Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF)%3B 2013). Acesso em: 30/01/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF, 2009, p1-41. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/31/2.%20a%20Pol%C3%ADtica>

%20Nacional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Homem.pdf. Acesso em: 23/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pai presente, cuidado e compromisso**. [Folder]. Brasília (DF); 2012. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Licença Paternidade. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/licenca_paternidade_direito_homem.pdf. Acesso em: 25/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde do homem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Plano de Ação Nacional 2009-2011**. Brasília (DF); 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/plano_nacional.pdf Acesso em: 23/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.474, DE 8 DE setembro de 2017**. Institui a atualização de procedimentos na Tabela de procedimentos SUS e a necessidade a de incorporar o Pré-Natal do Parceiro. Disponível em: http://www.fiocruz.br/bibsmc/media/comoreferenciarecitarsegundoEstiloVancouver_2008.pdf. Acesso em: 25/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do Homem: **Projeto de terminologia da saúde**. Brasília (DF); 2018, p. 140. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_homem.pdf. Acesso em: 02/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília (DF); 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 02/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica**. Brasília (DF); p. 1-73, 2013. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf>. Acesso em 22/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **II Relatório da pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado**. Rio de Janeiro. Brasília (DF); 2017. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 02/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Relatório da Pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil - III etapa**. Brasília (DF); 2018. Disponível em:

http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 03/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **I Simpósio de saúde sexual e saúde reprodutiva masculina e Encontro nacional de coordenadores de saúde do homem relatório final**. [Internet]; 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/simposio_saude_sexual_masculina_relatorio.pdf. Acesso em: 05/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado**. Brasília (DF); 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva_homens_cuidado.pdf. Acesso em: 04/03/2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Brasília (DF); 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 04/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia de saúde do homem para agente comunitário de saúde. (ACS)**. Brasília (DF); 2016. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/369121/>. Acesso em: 26/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília (DF); 2009. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/CAB_SAUDE_Sextual_Reprodutiva.pdf. Acesso em: 26/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica e Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. **Nota Técnica nº 1-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS**. Brasília (DF); 2017, p. 9. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/02/NT-participacao-do-homem-marco-legal.pdf>. Acesso em: 03/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Homens Gays e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social**. Coleção Movimentos Sociais. Brasília (DF); v. 3, p. 58. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/homens_gays_bissexuais_direitos_saude.pdf. Acesso em: 26/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?** Brasília (DF); p. 35, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt->

br/pub/2019/homens-trans-vamos-falar-sobre-prevencao-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-versao. Acesso em: 03/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança**. Brasília (DF); p. 17, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_trabalhador_envolver_planejamento.pdf. Acesso em: 26/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para pais. Como exercer uma paternidade ativa**. [Folder]. Brasília (DF). 2018, p. 28. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pais_exercer_paternidade_ativa.pdf. Acesso em: 20/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Licença-paternidade um direito do pai**. [Folder]. 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/licenca_paternidade_direito_homem.pdf. Acesso em: 22/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Dados da morbimortalidade masculina no Brasil**. [Folder]. Brasília (DF); 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dados_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf. Acesso em: 23/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Seja pai, esteja presente**. [Folder], 2014. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-lei-acomp-Folder-Lei-do-Acompanhante.pdf>. Acesso em: 24/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha publicitária: homem se cuide, o melhor da vida é ter saúde**. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/11/campanha-incentiva-cuidado-a-saude-do-homem>. Acesso em: 19/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado**. Brasília (DF): 2018. Disponível em: [file:///Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva/ os homens como sujeitos de cuidado. Brasília \(DF\)/ 2018](file:///Saúde%20Sexual%20e%20Saúde%20Reprodutiva/os%20homens%20como%20sujeitos%20de%20cuidado.Brasília%20(DF)/2018). Acesso em: 24/02/2021.

BRAUN V,; CLARKE V. What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? **Int J Qual Stud Health Well-being**. 2014, Oct ;v. 9, p. 57-71: 26152. doi: 10.3402/qhw.v9.26152. eCollection 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201665/>, Acesso em: 26/02/2021.

CAVALCANTI, M. M. A. C. Avaliação de políticas públicas^[1] e programas governamentais: **uma abordagem conceitual**. Pernambuco, p. 1-13. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1782343-Avaliacao-de-politicas-publicas-e-programas-governamentais-uma-abordagem-conceitual.html>. Acesso em: 05/04/2021.

COUTO, M. T.; GOMES R. Homens, saúde e políticas: a equidade de gênero em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 17, n. 10, p. 2569-78, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/02.pdf>. Acesso em: 12.04.2021.

CUNHA, C. G. S. C. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento**. n. 12, p. 27-57, RGS, dez. 2018. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19501593/avaliacao-de-politicas-publicas-e-programas-governamentais>. Acesso em 09/04/2021.

DEUS, V. A. H. de; SILVA, R. M. C. R. A.; PEREIRA, E. R.; SILVA, R. de C. F.; OLIVEIRA, E. F.; CHICHARO, S. C. R.; CARNEIRO, E. C. S. P. Preceptorial in teaching about men's health from the perspective of the body in light of Merleau-Ponty: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. e108932500, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i3.2500. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2500>. Acesso em: 12 apr. 2021.

Ferreira, F. G. P.; Costa, H. P.; Carvalho, C. M. D. L.; Leite, A. C. P.; Celestino, J. J. de H. Male health in the theory-practice paradox: applicability in Nursing. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e574986155, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.6155. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6155>. Acesso em: 1 apr. 2021.

FILHO, A. M. et al. Comunicação e Gênero: Campanhas do Ministério da Saúde. **Revista comunicação cultura e seus desafios**. Ed. 11, v. 7, p. 62-82. 2020. Editora da Unemat. ISSN 2317-7519.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. 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**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, Oct. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.

LOTTA, G. (organizadora). Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília: **Enap**, p. 1-324, 2019. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20Análises%20sobre%20Implementação%20de%20Pol%C3%ADticas%20Públicas%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 09/04/2021.

OLIVEIRA, J. C. A. X. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para Enfermagem. **Cogitare enfers**, v. 22, n. 2, p. 1-10: e49724, 2017, Cuiabá. [<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49742>]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868384/49742-204171-1-pb.pdf>. Acesso em: 12/02/2021.

NASCIMENTO, C. A. Do governo dos homens... e das almas. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 23, e230014, 2018. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

24782018000100210&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Apr. 2021. Epub Mar 05, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782018230014>.

OLIVEIRA, J. A.; ARAÚJO I. F. M.; SILVA G. T. R.; SOUSA A. R.; PEREIRA A. Strategies and competences of nurses in men's health care: an integrative review. **Rev Bras Enferm.** Salvador, 2020; v. 73, n. 6, p. 1-11:e20190546. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0546>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s6/pt_0034-7167-reben-73-s6-e20190546.pdf. Acesso em: 24/02/20221.

PAIVA, C. C. N.; CAETANO, R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190142, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100703&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. Epub Nov 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0142>.

PIFFER, D. M.; MATOS, G. B. C. M. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PNMAQ-AB): **avaliação sob o escopo teórico das políticas públicas**. 2020. Curitiba, v. 6, n. 11, p.91729-91749, nov. 2020. DOI:10.34117/bjdv6n11-545.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n. 6, p. 1903-1913, Jun, 2018. [<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt/>.

QUEIROZ, I. B. S. et al. Analysis of male behavior towards primary health care services and recommended by pnaish in the perception of nurses. **Amadeus International Multidisciplinary Journal**, [S. l.], v. 5, n. 9, p. 278–293, 2020. DOI: 10.14295/aimj.v5i9.147. Disponível em: <https://amadeusjournal.emnuvens.com.br/amadeus/article/view/147>. Acesso em: 3 abr. 2021.

SCHIMITH, M. D. et al. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 163-182, Apr. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100163&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2021. Epub Jan 05, 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00038>.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**. 2012, v. 46, p. 106-116. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf> Acesso em: 12/04/2021.

SOUSA, A. R. Produzir cuidado à saúde de homens e suas masculinidades: uma prioridade. **REVISIA**. 2020; v. 9, n. 4, p. 681-4. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p681a684>. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/628/526>. Acesso em: 25.01.2021.

SOUSA, A. R. et al. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.30, n.3, p. 1-10, jul/set, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054>. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16054/pdf_76. Acesso em: 11/04/2021.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para atender aos objetivos de mapear a literatura sobre a situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde e analisar, documentalmente, os registros das ações governamentais direcionadas à saúde de homens, no Brasil, foi possível depreender a partir dos resultados descritos nestes artigos que:

– A situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde envolve facilidades no acesso, e está permeada pela concentração de barreiras e dificuldades de acesso e procura pelos serviços, estando implicadas nessa adesão: as modalidades terapêuticas; o medo, a provisão familiar, o sentido atribuído a invulnerabilidade, automedicação e a feminilização dos serviços de saúde. As barreiras construídas podem estar vinculadas a falta de informações claras e efetivas entre todas as partes envolvidas na atenção a essa população;

– As principais demandas de saúde que caracterizaram a situação de saúde dos homens na APS estiveram relacionadas à dor, febre, problemas musculoesqueléticos e as necessidades de saúde bucal, sexual, mental e à prevenção e controle de doenças negligenciadas e das Doenças Crônicas não Transmissíveis;

– Os marcadores sociais e a construção social das masculinidades influenciam, efetivamente, na situação de saúde e na autopercepção de saúde, a qual contribui também para a busca pelos recursos de saúde e adesão masculina à APS. Os homens têm baixa visibilidade na APS, e apesar de reduzida frequência nas consultas e na adesão às terapêuticas, participam de grupos educativos em saúde, nesse nível de atenção investigado;

– As ações governamentais, no Brasil, na situação de saúde de homens expressam um recorte de direcionamento focal a cada tempo histórico e político, e se revelam pela deliberação de ações normativas com o enfoque para a legislação da atenção à saúde de homens no país, ancoradas em uma agenda política para o enfrentamento do contexto epidemiológico de morbimortalidade elevada do público masculino e da ampliação e fortalecimento do acesso de homens aos serviços de saúde;

- Tais ações nos anos investigados demonstram um caráter técnico, focalizados na formação, capacitação e aprimoramento profissional das equipes de saúde, dos gestores e apoiadores técnicos a nível nacional, com enfoques voltados, especialmente, ao acesso e acolhimento, à saúde sexual e reprodutiva, à paternidade, aos autocuidados e às doenças prevalentes da população masculina;

Sendo assim, urge a necessidade de novas discussões que podem ser enfatizadas no meio científico, nas pautas de assembleias em saúde, de modo que se possa discutir e fazer emergir possíveis soluções, por parte dos conselhos de classes e órgãos competentes, para os problemas apontados.

Por fim, ainda há uma carência de aprofundamento científico e técnico no cenário da situação de saúde de homens na Atenção Primária à Saúde, em relação à promoção da saúde, medidas de prevenção e às práticas de cuidado. A saúde do homem faz com que os cientistas repensem os processos de saúde, a geração de novos estudos culturais, para compreender os comportamentos de cuidar de si, sendo uma oportunidade de gerar serviços de saúde amigáveis (apoio social), voltados para as necessidades próprias dos homens e de suas masculinidades.

As ações governamentais relacionadas à saúde masculina em vigor, ainda reforçam a necessidade da inserção do profissional enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional atuando dentro da ESF.

Cabe a esse profissional de saúde, com o potencial desenvolvido em sua formação e o protagonismo buscado em sua prática, desenvolver uma abordagem mais atrativa, baseada na integralidade e humanização da assistência, valorizando o ser cuidado, suas vivências, experiências, adotando medidas de cuidados voltadas para as suas reais necessidades. A materialização e execução da PNAISH representam uma condição imperativa para a mudança no atual perfil epidemiológico e na busca por um paradigma de atenção a saúde do homem, mais humano e solidário.

Nesse sentido, a PNAISH precisa ser reavaliada, urgentemente, para que se possa idealizar instrumentos mais efetivos para a sua implementação, tais como protocolos e manuais que possam descomplexificar e auxiliar o trabalho dos enfermeiros que estão na ponta, em contato direto com o homem.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery**. v. 18, n.4, p. 607-614, 2014.
- ALMEIDA, E. K.; SILVA, M. M. O.; VITOR, R. V. A contribuição da enfermagem na melhoria da baixa procura do homem à atenção primária à saúde. **Revista Terra e Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 35, n. esp, p. 26-38, 2019.
- ALVES, B. M. S. *et al.* Atuação do enfermeiro da atenção básica diante das dificuldades para a implementação da política de saúde do homem. **Rev enferm UFPE**, v.11, n.12, p. 5391-401, 2017.
- ARAÚJO, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A. **Dinâmica Organizativa do Acesso dos Usuários do Programa Saúde da Família aos Serviços e às Práticas de Saúde de Média e Alta Complexidade**. Salvador: Ed. UEFC, 2016. p. 45-49
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p.43-64, 2012.
- BARRETO, M. S.; ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, 2015.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira, 2012. p.42-128.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Homens gays e bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de Situação de Saúde**. Brasília: Universidade Federal de Goiás, 2015. 282p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** Brasília, 2009
- BRAUN, V.; CLARKE, V. What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 9, p. 252-61, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018. **Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.** Brasília – DF, 2019,

BURILLE, A; GERHARDT, TE. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde Social.** v. 23, n. 2, p. 644-76, 2014.

CABRAL, M. F. C. T., VIANA, A. L., GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery,** v. 24, n. 3, p. e20190235, 2020.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem. **Revista de saúde coletiva,** v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

COELHO, E. B. S. *et al.* Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **UFSC,** p. 66, 2018.

COGO, S. B.; LUNARDI, V. L. Diretivas antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. **Texto contexto - enferm.,** v. 27, n. 3, e1880014, 2018

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.,** v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013.

DANTAS, S. M. V.; COUTO, M. T. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. **Sexualidade, Saúde e Sociedade.** n.30, p. 99-118, 2018.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP,** v. 9, n.1, p. 72, 2010.

FERREIRA, J. A. *et al.* O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca do Programa Melhor em Casa. **Rev Panam Salud Publica,** n. 42, e123, 2018.

FERRETTI, F.; BEHLING, F.; SCHNEIDER, E. G. F. Concepção de saúde segundo população masculina usuária do SUS. *Revista Eletrônica Tempus - Actas de Saúde Coletiva.* v. 8, n. 3, p. 67-74, 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência de enfermagem à saúde do homem: um desafio para os serviços de saúde de atenção primária. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** v.10, n.1, p.105 – 109, 2005.

FONTOURA, J. R.; MEDEIROS, M. M.; FONTOURA F. A. P. Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Trajectoires Humaines Transcontinentales,** n. 4, 2018.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.3, p. 567-569, 2007.
- GUERRA, V. M. *et al.* Concepções da masculinidade: suas associações com os valores e a honra. **Revista Psicologia e Saber Social**, v. 4, n. 1, p. 72-88, 2015.
- JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à Saúde do Homem em Unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.
- LEITE, F. L. Produção de sentidos sobre os serviços de saúde: estudo com homens da cidade de Natal-RN. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 1, p. 126-144, 2016.
- LOPES, G. S. S. P.; SARDAGNA, M. C.; SIERVOLINO, A. S. Motivos que levam os homens a procurar um serviço de pronto atendimento. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 20, n. 2, p. 151-165, 2017.
- KNAUTH, D. R.; COUTO M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617- 2626, 2012.
- MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 41, n. 16, p. 343-55, 2012.
- MARTINS, E. R. C. *et al.* Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. 1-7, 2020.
- MENEZES, E. L. C. *et al.* Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 26, n. 4, p. 888-903, 2017.
- MOURA, EC *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-38, 2014.
- NASCIMENTO, I. M. *et al.* A Saúde do Homem: Um estudo reflexivo na ótica das ações de promoção à saúde. **Revista Pró-universo SUS**, v. 9, n. 2, p.41-46, 2018.
- NIGHTINGALE, F. ABEClin. **Homenagem Dia da Enfermagem**. 2021.
- OLIVEIRA, A. B. B. **Saúde do homem: mortalidade e morbidade, sua relação com a política nacional de atenção integral á saúde do homem**. 2016. 72f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2016.
- OLIVEIRA, G. A.; BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Percepção de homens adultos sobre suas práticas preventivas e redes de apoio em saúde. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 363-73, 2015.

PAIVA, C. C. N.; CAETANO, R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. e20190142, 2020.

RANGEL, E. M.; CASTRO, B.G.S.M.M.; MORAES, L.P. “Porque eu sou é home!”: Uma análise dos impactos da construção social da masculinidade no cuidado com a saúde. **Interfaces científicas, Humanas e Sociais**, v..6, n. .2, p. 243 – 52, 2017.

RODRIGUES, T. C.; CORREA, A. C. P.; FRAGA, J. Percepção das equipes de saúde da família sobre a implantação da política saúde do homem. **Rev. Gest. Saúde**, v.7, n. 1, p. 906-25, 2016.

SESAB. **Boletim Epidemiológico de Causas Externas**. n. 2, Salvador, 2008.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Revista Saúde Pública**, v. 46, p.108-116, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde coletiva**, v.1, n. 10, p. 7-17, 2015.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2. p. 415-428, 2013.

SILVA, P. A. S. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-568, 2012.

SOUSA, A. F. R. *et al.* Análise dos fatores de risco relacionados à saúde do homem. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 06-20, 2014.

SOUZA, A. R. *et al.* Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016.

TILIO, R. Teorias de gênero: principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Gênero**, v. 14, n. 2, p. 125-148, 2014.

APÊNDICE A – TRABALHOS PUBLICADOS AO LONGO DA PÓS-GRADUAÇÃO DE 2019.1 A 2021.1

1- BORGES, C. C. L. *et al.* A Scoping Review of Men's Health Situation in Primary Health Care. **The Open Nursing Journal**, v. 15, n. 3, 2021.

2- BORGES, C. C. L. *et al.* Tecnologia cuidativo-educacional para apoio aos homens no enfrentamento à pandemia do coronavírus. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, 2020.

3- SOUSA, A. R. *et al.* Demandas masculinas para o atendimento na atenção primária à saúde. **REVISA**, v. 10, n. 3, p. 551-60, 2021.

4-SOUSA, A. R. *et al.* Saúde de homens na pandemia da covid-19: panorama brasileiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021.

5- SOUSA, A. R. *et al.* Challenges faced by nurses in the production of health care to men in primary care, brazil. **The Open Nursing Journal**, v.15, n. 1, 2021.

6- PEREIRA, T. B. *et al.* Práticas de cuidado de saúde de homens adolescentes em comunidade periférica: discurso do sujeito coletivo. **REVISA**, v. 10, n. 1, p. 61-72, 2021.

Artigos Submetidos e/ou Pre-print

1-Sociohistorical analysis of normative standards of masculinity in the pandemic of covid-19: impacts on men's health/mental health. Como co-autora na Sexuality Research and Social Policy.

2-SARS-cov-2 no Brasil e repercussões psicossociais na saúde masculina: um estudo sócio-histórico, publicação na Men e masculinidades, como co-autora

3-Sentimentos de homens em vivência de estomas intestinais: História oral. Artigo submetido na Revista Latino-Americana de Enfermagem, como Co-atora, 2020.

Capítulo de livro

1-GOMES, N. P.; BORGES, C. C. L. Apoio ao cuidado à saúde de homens: experiências sobre a produção de tecnologias cuidativo-educacionais. In: **Cuidados com a saúde: princípios fundamentais**. Editora Conhecimento Livre, 2020.

2-SOUSA, A. R. *et al.* Intervenções de enfermagem no cuidado à saúde de homens em situação de vulnerabilidade. In: **Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico**, Editora Atena, 2019.

**ANEXO A – ARTIGO 01: Situação de saúde de homens na atenção primária à saúde:
*scoping review***

1-Foi utilizada a busca de base de dados, estratégia de busca e os resultados obtidos nos artigos, conforme quadro:

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas por bases de dados. Salvador, BA Brasil, 2020.

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados
---------------	---------------------	------------

2- Síntese da caracterização dos estudos que foram incluídos na revisão de *scoping review* estão sintetizados no Quadro as referências, os autores selecionados e os respectivos anos, método utilizado e a população/amostra.

Quadro 2 – Principais resultados dos estudos. Salvador, BA, Brasil. 2020.

Variáveis Internas					
Referências	Autores (ano)	País	Periódico/Base de dados	Método	População(n)/Amostra

3-Expressa a síntese dos estudos selecionados, os quais estão apresentados os instrumentos de coleta de dados utilizados e de avaliação clínica, resultados principais e recomendações apontadas.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão, quanto aos instrumentos de coleta de dados utilizados, instrumentos de avaliação clínica, resultados principais e recomendações apontadas. (n=9). Salvador, BA, Brasil. 2020.

Variáveis externas		
Instrumentos de coleta de dados utilizados	Resultados principais	Recomendações apontadas

ANEXO B – ARTIGO 02: Situação de saúde de homens na atenção primária: análise das ações governamentais no Brasil

Foram utilizadas três tabelas, utilizando as variáveis de investigação e análise, conforme dados abaixo, de acordo com as ações do governo federal entre 2009 e 2020:

Variáveis de investigação e análise		
Número/Nome /Classificação do documento. Glossário temático/ Ano de publicação/Instância/Órgão responsável	Ementa – descrição do documento	Proposta de contribuição
N. 01: Documento: Ano de publicação: Instância/órgão responsável: Ementa: Proposta:		