

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

FERNANDO MARCOS VIEIRA DUARTE

**DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO
HOMEM**

VITÓRIA-ES
2020

FERNANDO MARCOS VIEIRA DUARTE

**DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO
HOMEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Maristela Dalbello-Araujo

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA-ES
2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

D812d Duarte, Fernando Marcos Vieira
Desafios para a efetivação das políticas públicas de saúde
do homem / Fernando Marcos Vieira Duarte. - 2021.
66 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Saúde do homem. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Políticas públicas. 4. Cuidados médicos – homem. I. Dalbello-
Araujo, Maristela. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 613.0434

FERNANDO MARCOS VIEIRA DUARTE

**DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO
HOMEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 11 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Solange Rodrigues da Costa Nascimento
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof^a. Dr^a. Elayne Arantes Elias
Faculdade CENSUPEG

LISTA DE SIGLAS

PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
UBS	Unidades Básicas de Saúde
CAP	Caixas de aposentadoria e Pensão
IAP	Instituto de aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Produtor Rural
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
SUDS	Sistema único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
SUE	Serviços de Urgência e Emergência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
IAB	Indicadores da Atenção Básica
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
LILACS	Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online

RESUMO

Esta pesquisa procura descrever os aspectos facilitadores e dificultadores para a inserção do homem na rede básica de saúde, descritos na literatura especializada no período de 2011 a 2019. Utilizou-se como método a revisão integrativa da literatura. Foram analisados 48 estudos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Os estudos selecionados foram organizados através de uma tabela e posteriormente discutidos de forma crítica, destacando os elementos que aproximam ou distanciam os homens dos serviços de atenção primária à saúde. Diferentes estudos relataram que os aspectos dificultadores estão ligados à falta de tempo, desconhecimento dos serviços prestados pelos serviços de saúde e até mesmo à vergonha de falar sobre o assunto, além de fatores como, por exemplo, os serviços de saúde serem majoritariamente femininos, que esses serviços não têm uma visão ampliada da saúde do homem. Além disso ressaltam que o horário de funcionamento dos serviços de atenção básica é incompatível com o horário de trabalho da maioria dos homens. Foi possível constatar que os estudos relatam problemas muito semelhantes entre si, sendo estes constatados desde a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e que, portanto, poderiam ter sido resolvidos ou ao menos minimizados ao longo dos anos, mas que se mantêm de forma sistêmica. Conclui-se que, caso estas barreiras não sejam derrubadas, através de maiores recursos materiais e humanos, os homens se manterão afastados da atenção primária, continuando a buscar atendimento nos demais níveis de atendimento, mesmo que estejam dispostos a isso, devido à falta de serviços direcionados a eles.

Palavras-chave: Saúde do homem, Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research seeks to describe the facilitating and hindering aspects for the inclusion of men in the basic health network, described in the specialized literature from 2011 to 2019. An integrative literature review was used as the method. 48 studies published in Portuguese, English and Spanish were analyzed. The selected studies were organized through a table and subsequently discussed critically, highlighting the elements that bring men closer to or away from primary health care services. Different studies have reported that the hindering aspects are linked to lack of time, ignorance of the services provided by the health services and even the shame of talking about the subject, in addition to factors such as, for example, the health services are mostly female, which these services do not have an expanded view of men's health. In addition, they emphasize that the opening hours of primary care services are incompatible with the working hours of most men. It was possible to verify that the studies report problems that are very similar to each other, which have been observed since the implementation of the National Policy for Integral Attention to Men's Health and that, therefore, could have been resolved or at least minimized over the years, but that maintain systemically. It is concluded that, if these barriers are not broken down, through greater material and human resources, men will stay away from primary care, continuing to seek care at other levels of care, even if they are willing to do so, due to the lack of services targeted at them.

Keywords: Men's health, Primary Health Care. Public Policies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 METODOLOGIA	11
4 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS POLÍTICAS ESPECÍFICAS PARA A SAÚDE DOS HOMENS	14
4.1 Políticas de saúde no Brasil	17
4.2 Política Nacional de Atenção Básica	20
5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	25
5.1 Antecedentes da PNAISH	25
5.2 A PNAISH	27
6 FATORES ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	35
6.1 Fatores dificultadores	44
6.1.1 Concepção arraigada de gênero	45
6.1.2 Medo e vergonha	46
6.1.3 Organização dos serviços	47
6.1.4 Déficit de conhecimento dos homens para autocuidado e prevenção	49
6.1.5 Invisibilidade masculina nos serviços de saúde	51
6.1.6 Questões institucionais	53
6.2 Fatores facilitadores	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

Na saúde pública, os homens vêm sendo tema de discussões e debates, devido ao aumento dos índices de morbidade e mortalidade, exigindo uma nova intervenção dos profissionais de saúde e das políticas públicas (SILVA, 2010).

Tal situação se deve principalmente ao fator cultural, onde os homens, muitas vezes, consideram que não devem demonstrar fragilidade e fraqueza, levando-os a assumir comportamentos considerados de risco, não valorizando sinais e sintomas que possam estar colocando em risco sua saúde, buscando ajuda médica somente em casos extremos e optando por aqueles que possam solucionar de forma imediata seu problema, como pronto-socorros, tendo mais dificuldades em buscar serviços que possam fazer um acompanhamento de seu estado de saúde (SCHRAIBER et al., 2010).

Diante de tal quadro, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a fim de promover ações de saúde que possam contribuir para a compreensão da realidade 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, possibilitando um “aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população” (BRASIL, 2008, p. 3).

De acordo com a PNAISH, os homens apresentam uma maior vulnerabilidade às doenças do que as mulheres, em especial as doenças crônicas e graves, vindo a morrer mais cedo. No entanto, sua entrada no sistema de saúde ocorre principalmente através dos serviços de urgência e emergência, não sendo captados na atenção primária, o que favorece os quadros elevados de morbimortalidade, devido ao atendimento tardio (BRASIL, 2008).

A motivação para realizar esta pesquisa se deve à carência de uma disciplina sobre a saúde do homem no período em que este pesquisador fez sua graduação em enfermagem, onde disciplinas como saúde da mulher, saúde do idoso e saúde da

criança, constavam na grade de estudos, enquanto o homem e sua relação com a saúde tinham pouca notoriedade. Assim, devido à falta de um estudo direcionado a essa população na formação acadêmica de muitos enfermeiros, estes podem não se ater de forma mais contundente às reais necessidades deste grupo específico.

Outro fator determinante ocorre devido à prática profissional do pesquisador, que atua como enfermeiro em uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal, onde percebe que o público masculino utiliza esse serviço como porta de entrada dos serviços em saúde, quando deveriam, primeiramente, buscar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Existe, portanto, a necessidade de entender por que esses usuários do sexo masculino deixam de buscar medidas de prevenção à saúde, para procurar atendimento somente quando já existe uma doença instalada. Diante do exposto, é preciso entender qual o papel das políticas públicas em saúde que podem contribuir como atrativo aos homens, trazendo-os para os serviços primários, quebrando paradigmas e demonstrando, através dos resultados, a importância da valorização da PNAISH.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, comparada a outras políticas em saúde, possui uma história recente no Brasil, porém não menos importante no âmbito institucional. De acordo com Moura et al. (2012), o Brasil foi um dos primeiros a adotar essa política, haja vista os homens apresentarem taxas mais altas de morbimortalidade, quando comparados às mulheres, especialmente por causas externas, além de serem mais suscetíveis a doenças cardiovasculares e buscarem menos os serviços da atenção primária.

Assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de buscar respostas sobre os condicionantes que dificultam a inserção do homem na Atenção Básica de Saúde, permitindo desta forma que profissionais de saúde possam intervir nas inúmeras demandas peculiares aos homens bem como nos serviços a fim de proporcionar à clientela masculina ações que garantam seus direitos à saúde conforme determina a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 6º que diz:

São direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Em geral, os homens utilizam os serviços de saúde em situações de emergência ou em serviço especializado, para tratar uma doença já instalada. Porém, a importância da acessibilidade aos serviços de atenção primária como condicionante à menor vulnerabilidade ao adoecimento é reconhecida mundialmente.

A construção de políticas públicas eficazes é um componente central do trabalho de promoção da saúde. Assim, a necessidade de estratégias para a saúde dos homens devem atender às necessidades dessa população, promovendo políticas sensíveis, criando um ambiente político que exige que os profissionais trabalhem em parceria.

A discussão da política de saúde do homem no Brasil emergiu de uma série de discursos profissionais e acadêmicos, que se relacionam aos aspectos médicos e sociais da saúde masculina. No entanto, este caminho ainda está sendo trilhado, em busca um ambiente mais colaborativo e efetivo no atendimento a esta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever os aspectos facilitadores e dificultadores para a inserção do homem na rede básica de saúde, descritos na literatura especializada no período de 2011 a 2019.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o histórico da PNAISH por meio da análise documental.

Identificar os fatores que influenciam direta e indiretamente como fator facilitador para a inserção do homem na rede básica de saúde, na literatura especializada no período de 2011 a 2019.

Identificar os fatores que influenciam direta e indiretamente como fator dificultador para a inserção do homem na rede básica de saúde na literatura especializada no período de 2011 a 2019.

3 METODOLOGIA

No presente estudo, selecionou-se como método a revisão integrativa da literatura, que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas relativas a um tema ou a uma questão específica, de forma sistemática e ordenada, com o intuito de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão.

De acordo com Ribeiro et al. (2016), a revisão integrativa da literatura envolve os seguintes estágios: identificação do problema de estudo, que é a fase de reconhecimento do assunto relativo ao tema do estudo; o levantamento da literatura, realizado através da localização e obtenção de documentos, a fim de avaliar a disponibilidade de material que subsidiará o tema do trabalho de pesquisa.

Também envolve a avaliação crítica dos estudos, para a identificação e seleção daquilo que é válido, importante e aplicável; a análise dos dados, que consiste em realizar uma interpretação completa e não tendenciosa das fontes primárias, além de uma síntese das evidências; e a redação da revisão, que pode ser feita em forma de tabela ou na forma diagramática (CROSSETI, 2012).

Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados (RIBEIRO et al., 2016).

Também foi utilizada a pesquisa documental, que envolve o uso de textos e documentos como materiais de origem, dentre os quais as publicações governamentais, jornais, certificados, publicações do censo e inúmeras outras fontes, sendo um dos três principais tipos de pesquisa social e amplamente utilizada (CELLARD, 2008).

De acordo com Gil (2010) a pesquisa documental tem como vantagens a riqueza das fontes e estabilidade de dados, o custo da pesquisa, por exigir apenas disponibilidade de tempo do pesquisador e não exige contato com os sujeitos

pesquisados. Para a pesquisa documental, foram analisados os manuais técnicos e leis direcionadas a PNAISH.

Para a revisão integrativa foram analisados os estudos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola, entre os anos de 2011 a 2020, tendo como referência as bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Lilacs (Literatura Latino-americana em ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). A delimitação temporal se deu em decorrência dos Planos de Ação estaduais e municipais terem sido efetivados a partir do ano de 2011, tornando concretas as ações da PNAISH.

A estratégia de busca utilizou as seguintes combinações de palavras-chave, baseadas nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): ("men's health") AND ("primary health care"); ("saúde do homem") E ("atenção primária"); ("salud del hombre") Y ("atención primaria").

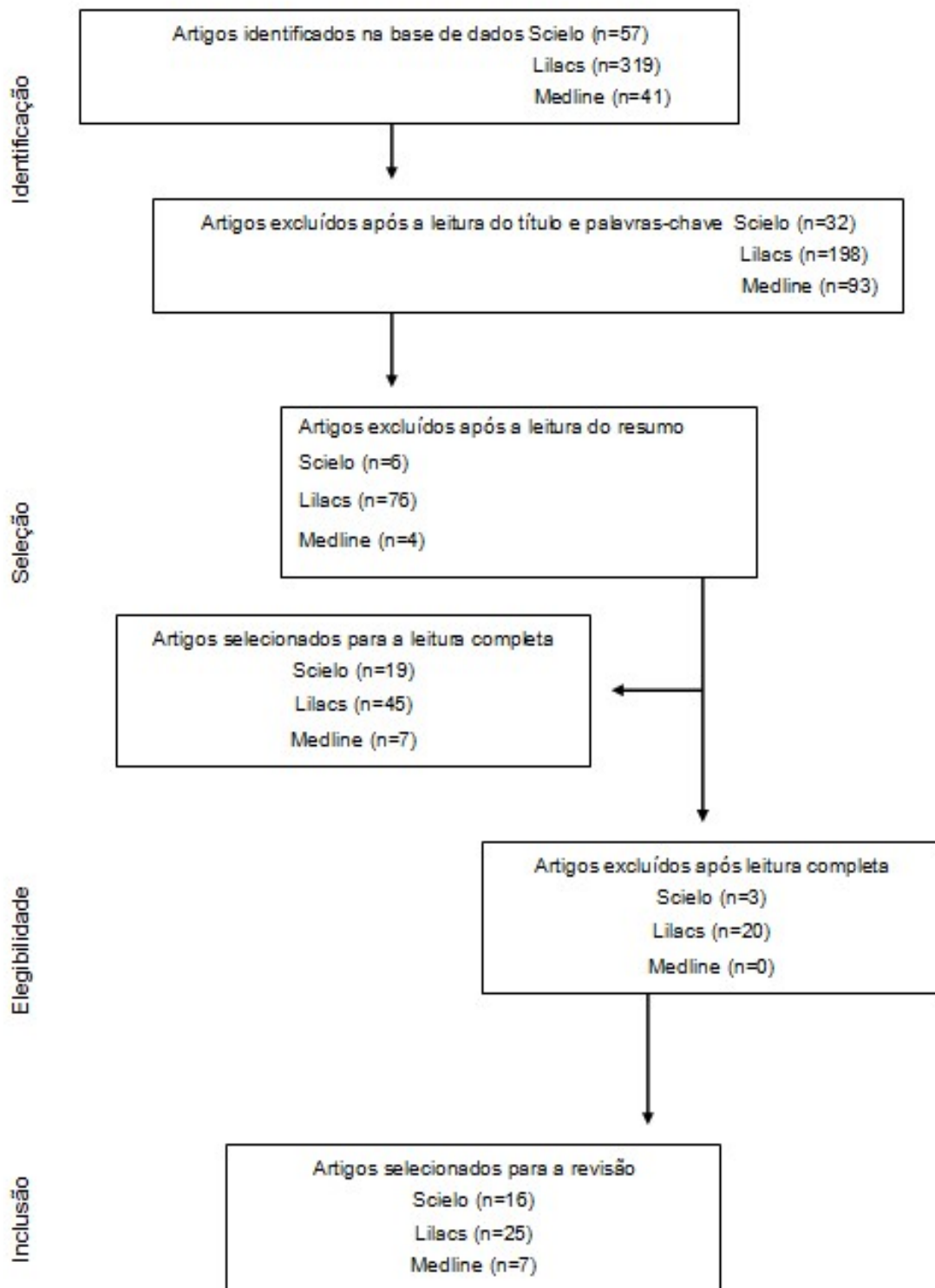
A busca no Scielo apresentou 57 resultados. Após a leitura dos títulos e palavras-chave, foram eliminados 32 trabalhos que não eram pertinentes ao tema, restando 25. Em seguida, foi feita a leitura do resumo, eliminando-se mais 6 trabalhos. Após estas exclusões, realizou-se a leitura completa dos 19 estudos, eliminando-se 3 que não apresentavam os fatores dificultadores e/ou facilitadores da inserção do homem na atenção primária, restando 16 estudos.

A busca na base de dados Lilacs resultou em 319 estudos. Destes, 198 foram excluídos após a leitura dos títulos e palavras-chave, restando 121. Após a leitura do resumo, foram eliminados 76 estudos e, após a leitura completa, restaram 25 estudos.

No Medline, foram encontrados 104 estudos. Destes, 93 foram excluídos após a leitura do título e palavras-chave, restando 11. Após a leitura do resumo, restaram 7 publicações.

O processo de seleção dos estudos nas bases de dados citadas está apresentado no fluxograma abaixo.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos



4 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS POLÍTICAS ESPECÍFICAS PARA A SAÚDE DOS HOMENS

Historicamente, desde que a América foi colonizada pelos europeus, o Velho Continente sempre foi um espelho e um influenciador direto em todas as áreas para o Ocidente. A arquitetura, as novas tecnologias, até mesmo a capacitação científica eram realizadas em países como a França, Alemanha e Inglaterra. Porém, conceitos e teorias relativamente novos nem sempre obedeceram a esta regra. As políticas públicas, por exemplo, enquanto ciência, tiveram um caminho totalmente inverso ao convencional.

Segundo Chrispino (2016), a política pública, enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica, nasceu nos EUA, em 1951, no universo da ciência política, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, concentrando seus estudos necessariamente sobre as ações dos governos, ao contrário da tradição europeia que concentrava suas análises no Estado e suas instituições.

Para Dagnino (2004, p. 144), as políticas públicas constituem um “conjunto de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, que orientam a ação política dos diferentes sujeitos”.

O campo das políticas públicas como parte integrante do campo mais amplo da ciência política, mesmo que recente, comparado a outras áreas, apresenta um conjunto complexo de elementos e variáveis importantes para sua constituição como campo de conhecimento. Isso significa dizer que política pública é considerada uma locução polissêmica. Dessa forma, seu conceito é resultado de inúmeras variáveis. Porém, dois atores estão sempre presentes nessas definições; o governo e a sociedade:

As políticas públicas constituem o conjunto de objetivos, decisões e ações que leva a cabo um governo para solucionar os problemas que, em determinado momento histórico, os cidadãos e o próprio governo consideram prioritários. São estratégias intencionais, dirigidas a objetivos que se deve alcançar, fazendo convergir uma visão e uma ação de longo

prazo, mas com efeitos também em curto e médio prazos (CHRISPINO, 2016, p.21).

Em geral, são resultado da mobilização de movimentos sociais, que desenvolvem ações para terem atendidas suas reivindicações políticas, tornando-as experiências concretas. De caráter local e/ou em formato de pilotos, buscam resolver problemas sociais para os quais não existe ainda uma resposta estruturada em serviços públicos ou aos quais o poder público nunca dedicou atenção (MULGAN et al, 2007).

Devido ao grau de complexidade e as inúmeras variáveis que se combinam a fim de compor e definir a expressão “política pública”, podemos optar pela construção do conceito dividindo esta locução em partes, onde política pode ser entendida como a arte de governar ou de decidir conflitos; e pública, como aquilo que pertence a um povo (CHRISPINO, 2016).

Portanto, pensar políticas públicas é pensar o governo em ação. São todas as atividades, programas, projetos, que partem do Estado e que serão executados tendo em vista atender as necessidades da sociedade de uma forma geral. É aquilo que o governo decide fazer ou não fazer, definindo quem ganha, o que se ganha e em que momento isso ocorre.

É preciso lembrar que, por ser um processo decisório, sempre envolverá conflito de interesses, pois são ideias diferentes, grupos sociais diferentes e visões de mundo diferentes:

Logo, poderemos deduzir que política pública — em um metaconceito — seria a ação intencional de governo que vise entender à necessidade da coletividade. A este metaconceito simplificante iremos agregar variáveis, instituir valores, perceber arranjos de forças, identificar processos e metas, propor avaliações (CHRISPINO, 2016, p.19).

Vale ressaltar que cada governo possui suas ideologias, e para tanto, irá desenvolver no seu tempo de gestão, políticas de governo nas quais acreditam e entendem que sejam as melhores para o bem da sociedade. O que se espera é que, uma vez bem-sucedidas, essas ações de governo se tornem ações de Estado e que sejam reproduzidas e executadas por governos subsequentes, livres de viés ideológico, pois enquanto ações de Estado tornam-se leis e portando obrigatórias, seja qual for o governo.

Ao se agregar variáveis, perceber arranjos e identificar processos em políticas públicas, percebemos que este metaconceito, além da ideia de gestão governamental, deve compor uma ideia de construção do interesse público. Desta forma, envolve outros atores, pois, além da intencionalidade das ações governamentais, existe uma participação cada vez mais ativa de representantes da sociedade, que buscam principalmente através de direitos explícitos na Constituição, políticas que os façam valer.

Se vista dessa forma, a política pública — como intencionalidade política — deveria surgir da sociedade e retornar a ela. Esse seria o chamado interesse público, tão proclamado nos estudos de políticas públicas (CHRISPINO, 2016).

É notória a importância da participação da sociedade para que políticas públicas sejam idealizadas e colocadas em prática, principalmente por ocasião da escolha de seus representantes por voto direto, um direito conquistado democraticamente em uma história recente em nosso país. O executivo e o legislativo em todos os níveis de governo possuem em suas mãos a chamada intencionalidade de ações. São eles que deverão ter a sensibilidade de enxergar quais políticas são pertinentes e indispensáveis para aquela sociedade em particular, em um determinado período de tempo.

Desta forma não existe melhor meio de percepção da real necessidade de uma sociedade, do que quando ela mesma participa ativamente do processo decisório no que se refere a políticas públicas. Por esta e outras, a cada dia as políticas públicas têm se tornado muito menos ideia de gestão governamental e muito mais ideia de uma construção de interesse público com a participação de vários atores, sejam eles do Estado ou representantes da sociedade civil. Hoje não se pensa em políticas públicas sem pensar nessa relação dialógica, ou seja, nessa interlocução entre organismos do Estado e da sociedade civil.

É imprescindível que o setor público aprenda a se relacionar com a sociedade, saindo de um parâmetro geral para se adaptar a cada realidade. Cada povo possui uma realidade própria, e desta forma, suas necessidades são particulares, desde as grandes metrópoles aos nano municípios. Existem prioridades diferentes,

complexidades diferentes, porém quando resolvidas, a finalidade é sempre a mesma; promover o bem-estar social.

Dentre as políticas de bem-estar social, destacamos a assistência, previdência e saúde e é nesse contexto de políticas públicas, que vale ressaltar a importância das políticas de saúde.

4.1 Políticas de saúde no Brasil

Desde o Brasil Colônia, a diversidade racial possibilitou que os pioneiros na arte de curar, dominassem procedimentos terapêuticos peculiares utilizados para combater as moléstias que ocasionalmente os acometiam. Desta forma as ações que buscavam promover a saúde, passavam pelas mãos dos curandeiros, dos pajés, e posteriormente pelos práticos que realizavam alguns procedimentos considerados avançados para época como, por exemplo, a sangria.

Um pouco mais adiante, no início do século XIX, com a vinda da Família Real para o Brasil, inicia-se a construção de universidades voltadas para a formação de médicos em nosso país. A partir de então, dá-se a substituição gradativa dos chamados curandeiros pelos profissionais com conhecimento técnico-científico compatível com os desafios da época no que se refere à promoção da saúde. Porém, somente a partir de 1889, com a proclamação da República no Brasil, é que surgiram as primeiras práticas de saúde a nível nacional:

A história dos cuidados com saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia. Mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de vacinação, e/ ou saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola (CARVALHO, 2013, p. 7).

No início dos anos 1920, surge a primeira intervenção do Estado brasileiro no que se refere a políticas de saúde, criando as (CAPs), Caixas de aposentadoria e Pensão, assegurando aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos,

aposentadoria e pensão e que mais tarde passaria a se chamar Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs):

A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: INPS (CARVALHO, 2013, p. 7).

Com o surgimento do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967, ampliou-se os benefícios aos produtores rurais através do Fundo de Assistência ao Produtor Rural (FUNRURAL). O INPS passou a prestar assistência médica aos trabalhadores com vínculo empregatício e suas famílias, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Esse modelo de intenso descompromisso social e segregador, fez com que surgisse na década de 1970, movimentos sociais e políticos com intuito de democratizar as políticas sociais vigentes à época, garantindo acesso universal. Nesta década, enquanto o país vivia o denominado Milagre Econômico, a concentração de renda se tornou significativamente maior, levando a sociedade civil a começar a se organizar, buscando influenciar as decisões políticas, no entanto, a resposta dos governos militares era bastante dura, com prisões, violência e tortura. Porém, de acordo com Gohn (2011, p. 23), “os movimentos sociais dos anos 1970/1980, no Brasil, contribuíram decisivamente, via demandas e pressões organizadas, para a conquista de vários direitos sociais, que foram inscritos em leis na nova Constituição Federal de 1988”.

Em meados da década de 1980, com o fim da ditadura militar, o quadro político e social no Brasil começa a mudar. Um grande marco para o avanço das conquistas sociais foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde foi criado Sistema Único Descentralizado de Saúde o (SUDs), célula mater do que hoje conhecemos como (SUS). O surgimento do SUDs, veio enaltecer os ideais da reforma sanitária da década de 70, ampliando o atendimento médico, deixando de exigir carteira de trabalho nos serviços hospitalares e com isso tornando a saúde menos excludente e um pouco mais universal (CARVALHO, 2013).

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, onde foi instituído um sistema de saúde pública, que garantiria à toda população brasileira acesso igualitário aos

serviços de saúde, através do seu art.196 que diz: “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Porém, somente em 1990, com as leis nº 8.080 e nº 8.142 foi que se consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS), pois estas leis definem com clareza os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde: fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013).

A partir de então, o Brasil mudou de patamar na saúde pública, pois são inegáveis os avanços, principalmente no que se refere os princípios doutrinários do SUS, baseados na integralidade, equidade e universalidade dos serviços de saúde. Esses princípios vieram com intuito de garantir aos cidadãos não apenas o atendimento médico-hospitalar, mas que direcionasse os serviços para a vigilância em saúde e priorizasse as ações de prevenção e de promoção da saúde.

Os princípios básicos do SUS têm por objetivo principal, garantir à toda população acesso universal e igualitário no que tange a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma individual ou coletiva.

Neste contexto, para que um sistema de saúde proporcione a equidade, a redistribuição da oferta de ações e serviços e a redefinição do perfil dessa oferta é necessário está implicado de forma a priorizar a atenção a grupos sociais cujas condições de vida e saúde mostrem-se mais vulneráveis e precárias, bem como enfatizar ações específicas para estes determinados grupos e pessoas que apresentam riscos diferenciados de morbimortalidade por determinados problemas (COELHO et al., 2018, p. 21).

Vale ressaltar a importância da equidade enquanto princípio doutrinário do SUS, onde a máxima que melhor explicita este ideal está atribuída a Aristóteles, e afirma que “devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida de sua desigualdade”. Esse princípio nos remete a enfatizar o diagnóstico situacional, determinando grupos específicos de maneira a melhor atendê-los, pois possuem particularidades que devem ser levadas em consideração.

Dentro da política do Sistema Único de Saúde, há subdivisões, dentre as quais pretendemos destacar a que possui maior importância para este projeto, que é a Política Nacional de Atenção Básica.

4.2 Política Nacional de Atenção Básica

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o elemento que se concentra nos serviços de saúde, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e lesões. Os cuidados de saúde são uma forma organizada de cuidados médicos preocupados com a manutenção da saúde de todo o corpo. É entregue pelos prestadores de cuidados de saúde ou profissionais em vários campos, incluindo farmácia, enfermagem, medicina, odontologia, psicologia, nutrição, etc. (BRASIL, 2015).

Cada indivíduo necessita de cuidados diferentes, dependendo do seu problema de saúde, onde alguns requerem cuidados primários e outros cuidados especiais extras. Assim, com base na condição do paciente, os cuidados de saúde se dividem em primários, secundários e terciários. Os cuidados primários de saúde concentram-se principalmente na prevenção e no atendimento aos casos mais simples, de baixa complexidade e seu objetivo é fornecer atendimento local a um paciente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), consideradas a porta de entrada do SUS. Neste nível são realizadas consultas de rotina, exames simples e procedimentos básicos (GIOVANELLA, 2018).

Os cuidados secundários são prestados por médicos especialistas, sendo o paciente encaminhado por profissionais da atenção primária para prosseguir com a assistência secundária ou que demandam atendimento de urgência, sendo prestados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais escola. O atendimento terciário é voltado ao atendimento especializado, denominado atendimento consultivo especializado, geralmente para pacientes internados e encaminhados do atendimento primário e secundário para investigação e tratamento médico avançado, ou que deram entrada em Serviços de Urgência e Emergência

(SUE). O principal prestador de cuidados terciários é o sistema nacional de saúde, composto por hospitais regionais e nacionais (BOUSQUAT et al., 2017).

A Atenção Básica é desenvolvida levando em consideração o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade e integralidade, buscando sempre a inserção sócio cultural na busca incansável pela promoção da saúde, prevenção de doenças e a redução de morbidades que podem comprometer a saúde física e mental das pessoas. Neste sentido, a interlocução entre PNAISH e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito dos serviços de saúde ofertados é fundamental. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo assim, pode-se afirmar que é algo primordial na consolidação das ações e estratégias formuladas e oferecidas pela PNAISH.

No processo de priorização do SUS, estabeleceu-se, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção para todo o País, a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios. O PSF tem o objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral (BRASIL, 2007).

O PSF se constitui na estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tendo por objetivo promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família, melhorando, assim, a qualidade de vida dos brasileiros e incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade), mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2007).

O PSF foi criado com o intuito de reorganizar a atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população brasileira. O programa prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de saúde.

O PSF, apesar de priorizar as ações de promoção e prevenção, busca também realizar ações de recuperação e proteção à saúde, através de ações coletivas e individuais de melhoria e manutenção da qualidade de vida. A abordagem familiar ocorre através do direcionamento e participação dos diversos profissionais de saúde, visando a construção de uma equipe articulada, multiprofissional e interdisciplinar, cujas ações estejam pautadas na atenção básica (BRASIL, 2000).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integridade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica da Família, a qual trabalha com base nos princípios de caráter substitutivo, não significando a criação de novas unidades de saúde, exceto em área totalmente desprovida das mesmas; integridade e hierarquização onde a unidade de Saúde está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica; cadastramento da clientela, a qual unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população; equipe multiprofissional, na qual cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (FONTINELE JÚNIOR, 2012).

As UBS são locais ideais para se desenvolver ações de saúde voltadas para a população masculina, oferecendo-lhes acesso aos cuidados e tecnologias necessárias para a prevenção e acompanhamento de doenças, assim como orientações e educação em saúde. Neste sentido, é necessário que a equipe profissional que atua nestas unidades esteja preparada para recebê-los, atendendo suas necessidades específicas, levando-os a entenderem estas unidades como espaço também masculino (FONTINELE JÚNIOR, 2012).

Vale ressaltar que a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, revogou a Portaria nº 2.488, que trata da criação da PNAB, trazendo algumas mudanças pontuais na busca incessante de ampliar os serviços prestados referente a atenção primária. Algumas das principais alterações são percebidas nas diretrizes, como por

exemplo; o foco no cuidado centrado na pessoa, que aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, onde o cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. E a longitudinalidade do cuidado, que pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas (BRASIL, 2017).

Apesar dessas e outras tantas mudanças, nota-se que a Portaria nº 2.436/2017 mantém a essência daquela que criou a PNAB, em 2011. A ampliação dos serviços de transporte em saúde, as ações de assistência farmacêutica, a cobrança sobre relatórios de Indicadores da Atenção Básica (IAB), são algumas das novidades acrescentadas na Portaria nº 2.436/2017, e que buscam garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade (BRASIL, 2017).

Desta forma, está explícito cada vez mais que a Atenção Básica deve ser reconhecida como porta de entrada preferencial na organização do sistema de saúde, inclusive nos serviços direcionados à clientela masculina. Uma vez que muitas demandas trazidas pelos usuários podem ser ali solucionadas, a partir do momento que ações de inclusão do público masculino são consolidadas, as vulnerabilidades e as necessidades podem ser mais facilmente reconhecidas, favorecendo respostas cada vez mais rápidas e efetivas, para que problemas de cunho afetivo, familiar, socioeconômico, dentre outros norteadores de indicadores da saúde do homem, sejam solucionados ou minimizados.

A PNAB tem se envolvido com vários desafios para a sua efetivação, entre eles a Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que busca promover ações de saúde voltadas a essa população, compreendendo suas singularidades.

Existe a necessidade de que a saúde pública se comprometa em disseminar a PNAISH em todo território nacional. Nesse contexto, os profissionais de saúde, força

motriz do SUS, apresentam um papel crucial na transposição desse desafio de incorporar a população masculina na sua complexidade aos serviços de saúde nos seus diversos níveis de atenção, sobretudo na Atenção Básica.

Observa-se, portanto, que muito foi alcançado no que se refere às políticas públicas voltadas à proteção da saúde da população masculina, envolvendo uma proposta transformadora para a saúde e bem-estar do homem, no entanto, é necessário que a PNAISH ganhe visibilidade, o que envolve esforços contínuos do Ministério da Saúde e dos profissionais da área.

5 ANÁLISE DOCUMENTAL: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Este capítulo se dedica a uma análise documental do histórico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Para tanto, serão discutidas as portarias e leis que subsidiaram a referida política, que emergiu em resposta às grandes diferenças na mortalidade e morbidade masculina em todo o mundo, a fim de atender às necessidades enfrentadas por essa população, levando as autoridades responsáveis a estabelecerem estratégias específicas de prevenção, promoção e educação em saúde.

5.1 Antecedentes da Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem

A partir do século XIX, o Estado passou a fazer intervenções direcionadas a determinados grupos, que passaram a merecer atenção especial, como os doentes mentais e homossexuais, considerados um perigo social; as mulheres, por sua responsabilidade na reprodução; idosos e crianças, devido à sua fragilidade diante de doenças. As ações de saúde eram voltadas a esses grupos, que ganharam visibilidade, enquanto outros eram mantidos na obscuridade, como é o caso dos homens (CARRARA et al., 2009).

A participação dos homens, em todos os níveis da assistência à saúde, é consideravelmente menor que a das mulheres, inclusive em atividades de promoção da saúde oferecidas em unidades de atenção primária. Outro fator relacionado a essa realidade é que a maior demanda de cuidados pela população masculina ocorre apenas no contexto de doenças agudas. Outros fatores relacionados à ausência masculina nos serviços de atenção primária à saúde são a presença majoritária de profissionais do sexo feminino, questões culturais, além da falta de incentivo das equipes de saúde com ações e programas direcionados especificamente aos homens. Essa situação faz com que as doenças sejam

detectadas em estágios avançados, dificultando o processo de recuperação e aumentando a possibilidade de morte (PEREIRA et al., 2019).

Não é rara a concepção, por parte dos homens, de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais destinados ao atendimento de crianças, mulheres e idosos, sendo muito pequena a presença masculina neste serviço. Segundo Cavalcanti et al. (2014), esta situação pode ser explicada pela pouca valorização do homem com o autocuidado, levando-os a buscarem serviços de saúde em farmácias ou pronto-socorros, onde são atendidos com mais rapidez, além de contarem com um atendimento masculino, não se vendo obrigados a expor seus problemas a profissionais mulheres.

Desde a década de 1970, a saúde do homem começou a ser tema de discussões e debates nacionais e internacionais, voltados a temas específicos, como os agravos à saúde desta população. Entretanto, ainda não se vislumbravam políticas públicas consistentes e as ações de saúde se restringiam a campanhas pontuais, focando, por exemplo, o alcoolismo ou as então denominadas doenças venéreas. Somente na década de 1990 a saúde do homem passou a fazer parte da agenda de discussões para a criação de políticas públicas específicas, entendendo-se que, quando os homens estão incluídos nos cuidados, os indicadores sociais de saúde das crianças e das mulheres apresentam melhorias (COELHO et al., 2018).

Nesse contexto, diversos países assumiram a liderança nas políticas e iniciativas de saúde dos homens. Na Austrália, a Política Nacional de Saúde Masculina tem como objetivo promover o acesso ao mesmo tipo de saúde entre os grupos de homens, criar estratégias para melhorar a saúde dos homens em diferentes estágios da vida, focar na prevenção, construir uma base de evidências para políticas futuras e melhorar esse acesso aos cuidados de saúde (COUTO; GOMES, 2012).

No Canadá, a Iniciativa de Saúde para Homens da Colúmbia Britânica é um programa de promoção da saúde, avaliação e redução de riscos, prevenção de doenças, educação comunitária e apoio ao planejamento e políticas de saúde masculina. Na Irlanda, a Política Nacional de Saúde Masculina implementou estratégias de saúde do homem em várias áreas, incluindo a escola, local de trabalho e família; e nos Estados Unidos há uma lista de verificação da saúde dos

homens, criada pela Associação Americana de Urologia, que criou o Comitê de Saúde dos Homens, em 2009, a fim de desenvolver uma abordagem abrangente para tratar de questões de saúde, extensão comunitária, pesquisa, integração com outras especialidades e apoio a iniciativas locais e nacionais de saúde masculina (BRANDÃO, 2019).

Como resultado da identificação das especificidades na saúde dos homens, as políticas evoluíram para modelos multidisciplinares de assistência, com mais especificidade, de modo a atender às necessidades e barreiras únicas de saúde enfrentadas pelos homens. E foi nessa conjuntura que o Brasil começou a pensar em uma política pública específica para a população masculina.

5.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Para a análise desta política, serão utilizados os seus principais documentos norteadores: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes (BRASIL, 2008); a Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a); e o Plano de Ação Nacional (BRASIL, 2009b).

No Brasil, a Atenção à Saúde do Homem estava entre os eixos de intervenção do Programa Mais Saúde: direito de todos, lançado em 2007, que envolvia 86 metas, distribuídas em 208 ações para melhorar a saúde do povo brasileiro. Em 2007, o Ministério da Saúde havia criado uma área técnica de saúde do homem, como resultado de discussões em torno da ideia de uma política específica, em resposta a estatísticas epidemiológicas de morbimortalidade relacionada a causas externas e evitáveis. Posteriormente, em 2008, foi lançada a proposta de uma política pública de atenção à saúde do homem, a fim de implementar ações de atenção integral a essa população (LEAL et al., 2012).

De 2008 a 2009, o Ministério da Saúde divulgou o plano nacional para a implementação da política, após um período de discussões envolvendo diferentes atores da sociedade civil, academia e associações de saúde (cardiologia, urologia,

saúde mental, gastroenterologia e pneumologia), através de uma série de seminários e debates públicos, que envolveram discussões entre sociedade civil, acadêmicos e associações médicas. Enquanto os representantes médicos pressionaram por uma perspectiva biomédica da saúde e bem-estar dos homens, a sociedade e acadêmicos incentivaram uma lente mais sociológica e de gênero (focada em classe social, raça, juventude e orientação sexual) para tratar da mortalidade e morbidade dos homens (SPINDLER, 2015).

De acordo com Carrara et al. (2009), como resultado dessas discussões públicas, o Ministério da Saúde mudou e reposicionou o plano nacional em direção a um foco mais transformador de gênero, mas esses permaneceram secundários a focos biomédicos, como disfunção erétil, indicador da relação sexual e resultados de saúde reprodutiva.

Por um longo tempo, a saúde do homem era tratada de forma diferente da saúde da mulher, baseada em teorias biológicas consideradas neutras. Segundo Aquino (2009, p. 122), tal fato é o resultado de concepções de sexo, onde o homem é considerado “modelo universal do humano e a mulher como outro, especial, desviante”. Somente a partir do século XVIII surge a noção de dois sexos biológicos, definindo-se as diferenças entre estes, ressaltando a fragilidade e vulnerabilidade da mulher.

Atualmente, utiliza-se o conceito de gênero, entendendo-o como algo que vai além da simples diferença biológica entre homens e mulheres, levando-se em conta outros determinantes. Segundo Silva (2010, p. 20):

O conceito de gênero surgiu nas ciências sociais e humanas como uma tentativa de unir interesses comuns e expandir a compreensão das relações entre os sexos. Para isso, deve-se levar em conta, não a ideia de que existem machos e fêmeas na espécie humana, mas que o sentido do masculino e feminino, em nossa sociedade, é definido em termos da relação entre ambos e do contexto sócio-histórico mais amplo, em que coexistem outras categorias, tais como raça/etnia, idade e classe social.

Os homens são alvo de diversos problemas de saúde, apresentando índices significativos de mortalidade, quando comparados à população feminina. Entre os problemas mais frequentes, podem ser citados o câncer, doenças cardiovasculares e eventos relacionados à violência, dependência do álcool, doenças hepáticas e uso

de substâncias ilícitas, dentre outras, que causam grande impacto na mortalidade masculina (CASTRO; TOCANTINS, 2010).

Diante desse contexto, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a proposta de uma política pública de atenção à saúde do homem, a fim de implementar ações de atenção integral a essa população. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tendo como objetivo a promoção da melhoria das condições de saúde dos homens, na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzindo a morbimortalidade, otimizando o acesso às ações e serviços de assistência à saúde, possuindo nove eixos de ação: comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública (BRASIL, 2009).

Segundo Coelho et al. (2018), com a formalização da PNAISH, o Brasil passaria a ser o primeiro país das Américas com uma política destinada à saúde do homem, e o segundo no mundo, atrás apenas da Irlanda que formulou sua política própria em 2008. Dessa forma os homens passaram a ser sujeitos de foco enquanto grupo específico, juntando-se à políticas de saúde mais antigas como aquelas relacionadas às mulheres, aos idosos, aos adolescentes, dentre outras.

A PNAISH foi criada em resposta a estatísticas epidemiológicas da mortalidade e morbidade, que representavam altos custos financeiros e sociais dentro do sistema de saúde. De acordo com os princípios e diretrizes da PNAISH, esta foi instituída com o objetivo de promover melhoria das condições de saúde dos homens, na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzindo a morbimortalidade, otimizando o acesso às ações e serviços de assistência à saúde. Também era considerada como uma oportunidade fundamental para envolver os homens em saúde sexual e reprodutiva, tanto em termos de sua própria saúde quanto na saúde e bem-estar de seus parceiros e famílias (BRASIL, 2008).

Segundo este documento do Ministério da Saúde, para cumprir o seu objetivo de propiciar qualidade da atenção e atender aos princípios da humanização, a política deve considerar alguns elementos, descritos a seguir:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias (BRASIL, 2008, p. 28-29).

Em relação ao desenvolvimento das ações, as responsabilidades e competências são divididas entre as três esferas de governo, bem como a avaliação e o monitoramento da política, através de critérios, indicadores, parâmetros e metodologia específicas (BRASIL, 2008).

De acordo com Silva (2009, p. 27), a PNAISH tem como objetivo:

A promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Além disso, visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção à saúde.

Em seu artigo 2º, define que a Portaria será regida pelos princípios da universalidade, equidade, humanização e qualificação da assistência, co-

responsabilidade e articulação e orientação sobre promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde dos homens (BRASIL, 2009a).

A PNAISH busca envolver a população masculina no planejamento familiar, na atenção materna, pré-natal e saúde infantil, entendendo que o desenvolvimento infantil é essencial para melhorar a saúde e bem-estar de mulheres e crianças e trazer benefícios à saúde dos homens (BRASIL, 2009a).

A PNAISH tem como metas o estímulo ao autocuidado, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania de todos, buscando aumentar a expectativa de vida e reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, através de ações que considerem a realidade masculina e suas singularidades, nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos (BRASIL, 2009a).

A referida Portaria define, ainda, em seus artigos 5º, 6º e 7º, as competências da União, dos estados e municípios para a implementação, promoção, incentivo, implantação e capacitação dos profissionais, bem como descreve, em seu artigo 8º, o processo de avaliação (BRASIL, 2009a).

Para a consolidação da PNAISH, foi desenvolvido o Plano de Ação Nacional (PAN) 2009-2011, solicitado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo desenvolvido pela Área Técnica da Saúde do Homem (ATSH), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

O PAN teve por objetivo fornecer subsídios aos gestores estaduais e municipais para que estes pudessem pensar e implementar ações direcionadas à saúde do homem, incluindo-as nos seus Planos de Saúde, respeitando as especificidades locais. Para tanto, cada estado deveria desenvolver, junto a um município, escolhido pelo Ministério da Saúde, um projeto piloto, que totalizariam 27 em todo o país (BRASIL, 2009b).

O PAN possui nove eixos, a saber: implantação da PNAISH; promoção de saúde; informação e comunicação; participação, relações institucionais e controle social; implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem; qualificação de

profissionais da saúde; insumos, equipamentos e recursos humanos; sistemas de informação; e avaliações do projeto piloto (BRASIL, 2009b).

Cada um dos nove eixos apresenta objetivos geral e específicos, metas a serem alcançadas, as ações a serem desenvolvidas, os indicadores e a responsabilidade pela execução. Também apresenta a estimativa de valores a serem repassados aos estados e municípios para a execução das ações e as formas de utilização (BRASIL, 2009b).

Após a criação da PNAISH, havia ainda a necessidade de uma ligação entre os serviços de saúde e os usuários. Foi então que, em 21 de outubro de 2011, buscando revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento das políticas de saúde, foi aprovada no Brasil, através da Portaria nº 2.488, a Política Nacional de Atenção Básica. Deste modo, a PNAB, através de seus fundamentos e diretrizes, complementa as demais políticas de saúde dando um direcionamento de fluxo que até então ocorria de forma não totalmente eficaz.

Assim, para atingir seus objetivos, a PNAISH deve estar articulada e integrada a outras políticas públicas de saúde e em consonância com as ações descritas na atenção básica, efetivada por meio da Portaria nº 648-GM/2006 (BRASIL, 2006), que determina a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde, o que vem sendo um desafio para os profissionais que atuam nas unidades básicas. Para Fontes et al. (2011, p. 432):

A compreensão de fenômenos de saúde vinculados a esse grupo populacional articula as inúmeras questões que envolvem, entre outros aspectos, os determinantes de saúde-doença, questões envolvendo gênero e a prematuridade das discussões frente às suas demandas de saúde. Estudos nesse campo evidenciam, em sua maioria, um pensamento exploratório tangenciado pela teoria e pela política feminista e, conceitualmente, pressupõem que vivenciar a masculinidade tradicional causa déficit de saúde.

Historicamente, por senso comum ou por cultura, os homens são considerados como o sexo forte. Os meninos desde muito jovens são educados, dentre muitas outras coisas, para serem competitivos, destemidos, invulneráveis e provedores, sendo também orientados a suportar, sem chorar, suas dores físicas e emocionais. A primeira vista, este parece ser um tema de pouca importância, porém, ao se comparar a proporção de homens e mulheres que procuram atendimento em

Unidades Básicas de Saúde, vê-se o quanto a questão cultural influencia nesse processo decisório de cuidar da saúde. Todavia não é apenas a cultura machista responsável pela fuga dos homens dos atendimentos em saúde, cada região possui particularidades que influenciam diretamente nesta questão. Existem problemas sociais, geográficos, políticos, institucionais, dentre outros que terão participação decisiva sobre a inserção do homem nas atividades de prevenção e promoção da saúde.

Seguindo a temática cultural, por muitos anos a atenção à saúde do homem foi negligenciada pelos diferentes setores da saúde dos diversos níveis de governo. No entanto, após a aprovação da PNAISH, verifica-se uma crescente no tocante a discussões que tratam do processo saúde-doença da clientela masculina. Existe uma preocupação de gestores e profissionais da área da saúde que procuram cada vez mais entender para melhor intervir nas inúmeras demandas peculiares aos homens, e com isso contribuir sistematicamente para a redução dos indicadores de morbimortalidade que traduzem hoje o perfil da saúde dos homens.

Porém, mesmo existindo políticas de saúde exclusivas aos homens, sabe-se que uma grande porcentagem deles não as procuram, principalmente na atenção básica, que teoricamente deveria ser a porta de entrada para serviços de prevenção e promoção da saúde. A realidade brasileira no que se refere a saúde do homem mostra que a grande maioria acessa os serviços por meio da atenção terciária, quando já existe um quadro clínico de morbidade instalado, algumas vezes crônico, demandando altos custos sociais e econômicos

É nesse contexto que cada vez mais se intensificam os fóruns de discussões, pesquisas científicas e estudos acadêmicos sobre a saúde da população masculina. Dentre várias questões, é notória a preocupação nesses estudos, na investigação dos fatores que distanciam os usuários do gênero masculino dos serviços de atenção básica à saúde e através desse diagnóstico identificar quais as necessidades de adequação nesses serviços devem ser realizadas no intuito de atingir os principais objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que perpassam pela promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desta forma, no Brasil, a PNAISH reconhece a necessidade de identificar os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade como uma estratégia de atenção integral à saúde, haja vista que muitos agravos poderiam ser evitados, caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2009).

Diante do quadro apresentado e sabedores das dificuldades para a efetivação da PNAISH, pensamos em elaborar uma pesquisa que pretende estudar de forma pormenorizada essa política, a fim de buscar compreender os aspectos que têm facilitado e dificultado a inserção dos homens na atenção básica de saúde..

6 FATORES ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

As principais características dos 48 estudos utilizados nesta revisão estão apresentadas na tabela 1, onde são descritos os tipos de estudo encontrados, o número de trabalhos de acordo com o ano da publicação, o idioma e a área.

Tabela 1 – Principais características das publicações utilizadas na pesquisa

Tipo de estudo	Dissertação – 1	Ano	2011 – 4
	Monografia – 5		2012 – 3
	Artigo - 42		2013 – 4
			2014 – 7
			2015 – 4
			2016 – 5
			2017 – 4
			2018 – 6
			2019 – 6
			2020 - 5
Idioma	Português – 41	Área	Psicologia – 1
	Inglês – 5		Medicina – 4
	Espanhol - 2		Saúde Coletiva – 9
			Saúde da Família – 12
			Enfermagem – 22

Os estudos selecionados foram analisados detalhadamente, de forma crítica e, a fim de apresentar as principais informações obtidas nos mesmos, foram organizados através de uma tabela e posteriormente discutidos.

Tabela 2 – Caracterização dos estudos selecionados

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Gomes et al., 2011	Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária	Profissionais somente do sexo feminino, percepção de que as unidades são voltadas somente às mulheres e crianças.	
Fontes et al., 2011	Atención a la salud del hombre: interlocución entre enseñanza y servicio	Déficit de conhecimento dos homens em relação à promoção da saúde e à prevenção de agravos e déficit de autocuidado.	
Bruno et al., 2011	Saúde do homem: limites e possibilidades	Receio, falta de tempo ou por não sentirem necessidade de cuidados.	
Martins et al., 2011	Saúde do homem na atenção básica em Florianópolis: fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família	Falta de reconhecimento da população masculina; pouca resolutividade nas intervenções a saúde do homem; despreparo da equipe em estabelecer vínculo com esse usuário; dificuldade em reconhecê-lo em sua complexidade de atenção; visualizá-lo como único responsável pela não procura aos serviços em saúde; intervenções planejadas.	Funcionamento da equipe, a partir das experiências em desenvolvimento desde a lógica assistencial da ESF e do vínculo com a comunidade
Knauth et al., 2012	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	Pressa, objetividade, medo e resistência e a dificuldade dos serviços em acolher esta população.	
Machado; Ribeiro, 2012	Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde	Falta de profissionais médicos e não médicos, horário de atendimento, distanciamento entre os serviços oferecidos e as necessidades da população masculina.	
Gomes et al., 2012	Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem	Falta de engajamento dos profissionais com a política, compreensão desta como uma demanda a mais e de difícil implementação, entendimento da política como desnecessária.	

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Brito, Santos, 2013	Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde	As concepções de gênero arraigadas socialmente, bem como o modo de organização dos serviços de atenção primária e sensibilizar os profissionais no intuito de adotarem uma postura proativa frente às necessidades dos homens adstritos em suas áreas de atuação	
Medeiros, 2013	Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros	Déficit de comportamento de autocuidado, sentimento de temor vinculado ao trabalho, déficit na capacitação dos profissionais em saúde masculina e na percepção sobre a PNAISH, feminilização desses serviços, incompatibilidade de horários, excesso de demandas neste nível de atenção.	
Salimena et al., 2013	Saúde do homem e atenção primária: o olhar da enfermagem	Falta de conhecimento do homem sobre prevenção, medo, desvalorização do autocuidado, precarização dos serviços públicos, demora do atendimento, a presença de filas, a burocracia do sistema e a ausência de vínculos	
Silva et al., 2013	A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa	Persistência nos padrões tradicionais de atenção, carência de atividades educativas	
Ramalho et al., 2014	Dificuldades na implantação da política nacional de atenção Integral à saúde do homem	Ausência de capacitação dos profissionais do serviço para atuar conforme a política; e pouco envolvimento das esferas governamentais	
Aguiar et al., 2014	Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde	Dentre as barreiras socioculturais destacam-se à construção da identidade de gênero, o entendimento sobre saúde, a crença inadequada sobre os serviços disponibilizados de saúde e a vergonha de expor o corpo a terceiros. Já as barreiras institucionais estão associadas à demora no atendimento, a horários inadequados e à inexistência de programas específicos para população masculina.	

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Moreira et al., 2014	Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros	Déficit de comportamento de autocuidado; sentimentos de temor vinculado ao trabalho; déficit na capacitação dos profissionais em saúde do homem e no conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (PNAISH); feminilização desses serviços e incompatibilidade de horários.	
Cavalcanti et al., 2014	Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento	Vergonha de se expor, a impaciência, a inexistência de tempo e a falta de resolutividade das necessidades de saúde	
Araújo et al., 2014	Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Processo formativo foi centrado na atenção às doenças, fragmentado e excessivamente biomédico, problematizando o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, a ausência de ações coletivas e a falta de capacitação para trabalhar com a população masculina.	
Barbosa, 2014	Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção	Modo como a cultura paternalista está enraizada em nossa sociedade, além da demora do Estado em reconhecer que as condições de saúde dos homens brasileiros não eram satisfatórias.	
Moura et al., 2014	Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família	Não abono no trabalho de saídas para marcação de consulta e demais atividades voltadas à prevenção, falta de atividades ou programas destinados exclusivamente à população masculina.	
Giumbelli, Bonamigo, 2015	Os desafios na inclusão da população masculina na atenção primária	Falta de tempo, mau atendimento, medo de descobrir doenças, poucas fichas para atendimento e necessidade de mais atenção aos jovens.	Horários diferenciados, sala específica de atendimento masculino e melhorias gerais no atendimento a esta população.

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Santos, 2015	Saúde do homem: invisibilidade e desafios na atenção primária à Saúde	Dificuldade de verbalização, horário de trabalho, vergonha, medo de descobrir doença grave, falta de reconhecimento como alvo de atendimento, invisibilidade masculina nos serviços de saúde e dificuldade de acessibilidade.	
Oliveira et al., 2015	A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde	Horário da oferta dos serviços, dificuldades do homem com o autocuidado, falta de ações educativas para a população masculina, com o objetivo de conquistar uma maior adesão aos serviços.	
Sousa et al., 2015	Avaliação da política de atenção integral à saúde do homem	Questões de gênero, como a concepção de invulnerabilidade, a vergonha e o medo de descobrir uma doença incapacitante. As barreiras estão relacionadas ao horário de funcionamento das unidades, número de profissionais insuficientes, redução de ações educativas e ausência de capacitação dos profissionais de saúde.	
Brito et al., 2016	Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa	Incompatibilidade de horários e falta de capacitação/qualificação dos profissionais	
Chandretti et al., 2016	A invisibilidade do homem na atenção primária à saúde	Falta de estímulo e ações da atenção primária em promoção e prevenção da saúde do homem, deficiência no acolhimento ao público masculino e suas demandas.	
Santos et al., 2016	Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela Estratégia de Saúde da Família Sede II do município de Sítio do Quinto/BA	Situação socioeconômica, carga horária diária e semanal, imaginário de serem invulneráveis, superlotação da unidade e o despreparo dos profissionais para atendê-los	

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Alexandre et al., 2016	A problemática do homem para a não procura do serviço de saúde na atenção primária	Fatores culturais, horários, sentimento de invulnerabilidade, medo do diagnóstico e falta de informação, fragilidade, dificuldade de acesso ao serviço, preconceito, dificuldade em verbalizar e expor suas queixas e falta de capacitação profissional.	
Carneiro et al., 2016	Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica	Os profissionais não conhecem ou pouco compreendem o PNAISH, falta de recursos materiais e humanos e falta de interesse do homem em cuidar da sua saúde.	
Santos, Santos, 2017	Onde estão os homens? O que os distanciam ou os aproximam dos serviços da atenção primária à saúde	Horário de trabalho, medo da constatação de doenças, busca por serviços que lhes deem respostas mais rápidas e objetivas acerca do que procuram, como farmácias ou prontos-socorros, dificuldade de reconhecer suas necessidades, dificuldade em ser atendido no mesmo dia.	Reconhecimento da importância das ações de prevenção, ser portador de alguma doença crônica, acolhimento dispensado pela equipe.
Lovett et al., 2017	Are nurses meeting the needs of men in primary care?	Questões culturais e ambientais, recursos limitados, tempo de espera e falta de horário estendido.	Relações interprofissionais positivas; comunicação efetiva; qualidades pessoais; e nível de preparação da educação do enfermeiro.
Rosu et al., 2017	Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care		Intervenções na comunidade, como serviços de saúde e visitas nos locais de trabalho, consultas fora do horário comercial, grupos e atividades para homens, onde podem ser desenvolvidas ações educativas para o autocuidado.

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Solano et al., 2017	O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária ¹	Visão negativa do serviço público e poucos investimentos neste setor	
Bernardi et al., 2018	Assistência a saúde do homem na atenção básica: dificuldades evidenciadas pelos usuários	Horário do funcionamento dos serviços de saúde e não reconhecimento das necessidades de saúde.	
Schubert et al., 2018	A promoção da saúde do homem no contexto da atenção primária em saúde	Sensação de invulnerabilidade e a valorização do trabalho e falta de preparo dos enfermeiros(as) para o reconhecimento das especificidades masculinas	
Chaves et al., 2018	A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da teoria da ação planejada	Atendimento com atraso, filas intensas, dificuldade de conseguir atendimento, horário de atendimento	
Miranda et al., 2018	Fatores que influenciam negativamente na assistência integral ao usuário da atenção básica na saúde do homem	Falta de campanhas e propagandas voltadas para este público, o desconhecimento da PNAISH, o fator masculinidade, como uma negação a vulnerabilidade, a cultura assistencial curativa, temor do diagnóstico, precariedade e morosidade no atendimento, falta de acolhimento, consulta e filas de espera, regime de trabalho, incompatibilidade de horários e automedicação.	
Barbosa et al., 2018	Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde	Demora para ser atendido, ausência de doenças, dificuldade de agendar consultas e desconhecimento da política nacional dos homens.	
Canuto et al., 2018	"I feel more comfortable speaking to a male": Aboriginal and Torres Strait Islander men's discourse on utilizing primary health care services	Sentimentos de invencibilidade, vergonha, desconforto, medo, junto com longos tempos de espera, falta de conhecimento e equipe / serviços culturalmente inadequados foram considerados barreiras para a utilização dos serviços.	Conveniência, percepção da qualidade do serviço, sentimento de segurança e pertencimento e relacionamento com a equipe.
Vasconcelos et al., 2019	Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação	Entraves nos aspectos organizacionais (ambiência, disponibilidade de horários alternativos, falta de materiais e insumos), falta de conhecimento da política e dos programas e de capacitação ativa.	

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Rodrigues, Ribeiro, 2019	Desafios para o profissional da saúde na inserção dos homens nos serviços de atenção primária	Déficit de comportamento de autocuidado; déficit na capacitação e qualificação dos profissionais em saúde do homem e no conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem (PNAISH).	
Carneiro et al., 2019	Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária	Crença do homem de que é resistente, forte e invulnerável, preferência por se automedicar, falta de tempo, e desconforto dentro da Unidade Básica de Saúde.	
Canuto et al., 2019	Listen, understand, collaborate: developing innovative strategies to improve health service utilisation by Aboriginal and Torres Strait Islander men	Desconfiança e medo dos serviços de saúde, bem como vergonha e estigma em torno de questões delicadas de saúde	
Stewart et al., 2019	Giving Voice to Black Men: Guidance for Increasing the Likelihood of Having a Usual Source of Care	Medo do diagnóstico e da morte	Influência da família, acolhimento do médico, boa comunicação dos profissionais de saúde.
Teles, 2019	Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas pela população masculina nos serviços de atenção primária à saúde	Fatores sociais e culturais, juntamente com fatores institucionais (falta de estrutura física e recursos humanos)	
Balbino et al., 2020	Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção a saúde do homem	Horário de trabalho, demora no atendimento, mau atendimento, medo, exames demorados e falta de infraestrutura profissional.	Abrir aos finais de semana; atendimentos depois do horário comercial; e mais médicos para o atendimento
Nunes et al., 2020	Os desafios na inserção do homem nos serviços de saúde da atenção primária	Falta de adequação dos serviços aos homens, atenção fragmentada, falta de capacitação de gestores e profissionais e pouca divulgação do programa.	

Autor/ano	Título da publicação	Dificultadores	Facilitadores
Lima, Aguiar, 2020	Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde: uma revisão integrativa	Fragilidades referentes a atuação da enfermagem na garantia do acesso aos homens nos serviços de atenção primária à saúde, a saber: desconhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem, falta de treinamento e não adoção de estratégias eficazes capazes de suprir a necessidade de saúde dos homens.	
Alves et al., 2020	Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina	Horário de atendimento, falta de acolhimento, tempo de espera, dificuldade de agendamento de consultas e luta para ter acesso a exames.	
Paiva Neto et al., 2020	Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud	Estereotipo do homem forte, doença como sinal de fraqueza, desconhecimento dos serviços prestados, falta de uma visão ampliada da saúde do homem, horário de funcionamento das unidades.	

Historicamente, ao se analisar a saúde do homem, o foco tem sido as doenças e pouco se tem pensado na interconexão que pode haver entre os sistemas orgânicos e nem como o comportamento ou o meio ambiente podem contribuir significativamente para a ocorrência dessas doenças. A partir dessa premissa, começaram a surgir iniciativas para uma abordagem específica à saúde do homem. No caso do Brasil, surge a PNAISH, objetivando oferecer um atendimento específico a esta população.

As Políticas de Saúde do Homem, estabelecidas em 2008, destacam áreas que devem ser priorizadas, entre as quais estão a otimização dos resultados de saúde, promoção da equidade em saúde entre grupos de homens, criação de estratégias para melhorar a saúde do homem nas diferentes fases da vida, através de ações educativas de prevenção.

O cuidado na saúde do homem é impulsionado por questões sistêmicas e sociais, que podem se fundir para influenciar negativamente as práticas de saúde e as experiências de adoecimento dos homens. Os serviços da atenção primária e a captação desses recursos dependem profundamente dos benefícios e experiências obtidas pelos homens ao buscarem esses serviços.

No Brasil, cuidar da saúde do homem representa múltiplos desafios. Estilos de vida pouco saudáveis (tabagismo, consumo excessivo de álcool, estilo de vida sedentário), rígidos estereótipos de gênero, falta de informação dos usuários e dos serviços de saúde, barreiras culturais e econômicas que se traduzem em escassez de serviços preventivos de saúde e aumento da prevalência de doenças crônicas são alguns dos problemas que os sistemas de saúde devem enfrentar para atender às necessidades de saúde dos homens.

5.1 Fatores dificultadores

Os fatores dificultadores, por sua diversidade, foram agrupados por eixos. Um dos aspectos mais relevantes deste trabalho está relacionado aos diversos motivos

apontados pelos homens que dificultam a busca por atendimento na atenção primária. Diferentes estudos relataram a questão da falta de tempo, desconhecimento dos serviços prestados pelos serviços de saúde e até mesmo a vergonha de falar sobre o assunto, além de fatores como, por exemplo, os serviços de saúde serem majoritariamente femininos, que esses serviços não têm uma visão ampliada da saúde do homem, do horário de funcionamento dos serviços de atenção básica.

5.1.1 Concepção arraigada de gênero

Uma das características desafiadoras mais citadas nos estudos se refere às concepções arraigadas de gênero, que se referem às práticas masculinas socialmente construídas e culturalmente idealizadas. As normas masculinas na forma de competitividade, força, poder e auto-suficiência contribuem para as maneiras como os homens cuidam (ou não cuidam) da própria saúde. Assim, a evitação dos serviços da atenção primária pode decorrer do desejo dos homens de serem autônomos, invulneráveis e auto-suficientes. A falta de procura de alguns homens por atividades preventivas de promoção da saúde, estiveram vinculados a ideais de gênero que posicionam o cuidado com a saúde como sinônimo de identidades femininas nos estudos de Brito e Santos (2013); Aguiar et al. (2014); Barbosa (2014); Sousa et al. (2015); Santos et al. (2016); Alexandre et al. (2016); Lovett et al. (2017); Bernardi et al. (2018); Schubert et al. (2018); Miranda et al. (2018); Canuto et al. (2018); Carneiro et al. (2019); Teles (2019); e Paiva Neto et al. (2020).

Qualquer estudo sobre a saúde masculina deve considerar o papel da masculinidade, uma vez que faz parte dos estilos de vida e comportamentos masculinos, não sendo incomum que muitos homens se recusam a ir ao médico até que seu cônjuge ou parceiro os convença. Os estereótipos da personalidade masculina, como consumo excessivo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e estilo de vida sedentário reforçam uma visão negativa da saúde masculina,

embora ao mesmo tempo forneçam áreas essenciais para focar estratégias de educação, prevenção e intervenção.

Embora a vantagem da força física dos homens tenha permitido que eles se destacassem em profissões perigosas, como trabalhos físicos ou de combate, a sensação inerente de imortalidade que acompanha esses empregos levou muitos a se envolverem em atividades de alto risco, geralmente acreditando que podem lidar com seus problemas sem a ajuda de outras pessoas. Assim, os profissionais de saúde devem estar cientes dos riscos que os homens correm e como detectar esses comportamentos perigosos.

Qualquer iniciativa de promoção da saúde masculina bem-sucedida deve usar uma abordagem baseada em evidências que considere fatores sociais, culturais e econômicos. Um dos primeiros objetivos de qualquer iniciativa deve ser as barreiras de gênero ao acesso aos cuidados de saúde e a criação de novas formas de envolver os homens. Os velhos estereótipos de masculinidade precisam ser redefinidos em conceitos mais modernos que incluem um estilo de vida saudável como um valor masculino fundamental. Ter saúde e integrar o sistema de saúde como princípio da masculinidade é uma nova abordagem que pode fazer com que o homem se aproprie de sua própria saúde.

5.1.2 Medo e vergonha

A incerteza sobre o estado de seus problemas de saúde faz com que os homens tenham buscar os serviços da atenção primária e descubram que possuem doenças graves. Esta situação foi percebida em diversos estudos (BRUNO et al., 2011; KNAUTH et al., 2012; SALIMENA et al., 2013; AGUIAR et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2014; GIUMBELLI; BONAMIGO, 2015; SANTOS, 2015; SOUSA et al., 2015; ALEXANDRE et al., 2016; SANTOS; SANTOS, 2017; MIRANDA et al., 2018; CANUTO et al., 2018; CANUTO et al., 2019; STEWART et al., 2019; BALBINO et al., 2020). Também se sentem envergonhados em tratar de questões sensíveis, como saúde sexual e mental, devido ao estigma que essas doenças acarretam.

Este estudo também detectou que os homens não costumam revelar ou discutir as suas preocupações com a saúde por se sentirem desconfortáveis ou envergonhados com sua condição, sentindo-se culturalmente inseguros, temendo o desconhecido ou que receberão más notícias.

O receio dos homens de buscar atendimento e perceberem que suas preocupações não são sérias o suficiente para serem levadas aos serviços convencionais de atenção primária também foram destacados em alguns estudos, expressando a ansiedade em trazer questões triviais de saúde a um médico e desperdiçar o tempo dos profissionais.

5.1.3 Organização dos serviços

Em relação à organização dos serviços, um dos tópicos mais presentes nos estudos se refere à questão do horário de atendimento das unidades de saúde, que coincide com a jornada de trabalho dos usuários, dificultando, dessa forma, a procura. Dentre os estudos que constataram que o horário de funcionamento das unidades é um dos fatores dificultadores da inserção dos homens na atenção primária, estão Medeiros (2013), Salimena et al. (2013), Aguiar et al. (2014), Moreira et al. (2014), Santos (2015), Oliveira et al. (2015), Sousa et al. (2015), Brito et al. (2015), Alexandre et al. (2016), Santos e Santos (2017), Lovett et al. (2017), Bernardi et al. (2018), Chaves et al. (2018), Miranda et al. (2018), Vasconcelos et al. (2019), Balbino et al. (2020), Alves et al. (2020) e Paiva Neto et al. (2020).

Vale ressaltar que o trabalho carrega um significado profundo para o homem, tornando-se um dos aspectos centrais de sua vida, delimitando espaços e constituindo uma categoria fundamental dentro do ambiente em que vive. A figura de provedor tem sido historicamente atribuída aos homens desde os tempos primitivos, fornecendo os bens que sua família ou grupo necessitava. Essa imagem se enraizou e se aplica às sociedades atuais.

Além disso, o conceito de patriarcado, a partir da concepção da supremacia masculina, onde o domínio do pai sobre a família e sobre mulheres está culturalmente enraizado no pensamento masculino. Este conceito se refere ao patriarca que é o líder do clã, da tribo, da família, isto é, do grupo social e que historicamente não foi transformado.

A identidade masculina se constrói a partir de sua função de suporte e protetor do lar e provedor dos bens de que a família necessita. Assim, essa identidade deve ser mantida, segundo o imaginário coletivo, através do trabalho e do compromisso do homem em mantê-lo. É socialmente atribuída a ele a função de financiar as necessidades das pessoas que fazem parte de sua família, a quem considera seu patrimônio. Nesse sentido, o compromisso com o trabalho foi citado nos estudos de Medeiros (2013), Moreira et al. (2014), Moura et al. (2014), Santos et al. (2016), Schubert et al. (2018) e Miranda et al. (2018).

Também em relação ao trabalho, pesquisas encontraram como fator que dificulta a presença dos homens na atenção básica, as filas para obtenção de fichas de consulta e o longo tempo de espera, devido à superlotação dessas unidades e o excesso de demandas, ocasionando uma precarização desses serviços (BRITO; SANTOS, 2013; SALIMENA et al., 2013; LOVETT et al., 2017; SCHUBERT et al. 2018; MIRANDA et al. 2018; BARBOSA et al., 2018; BALBINO et al., 2020; ALVES et al., 2020). Em muitos casos, a falta de uma comprovação, através de atestado médico, nas atividades preventivas, acaba por afastar o trabalhador das unidades, o que está diretamente relacionado ao horário de funcionamento (KNAUTH et al., 2012; MEDEIROS et al., 2013; SALIMENA et al., 2013; GIUMBELLI; BONAMIGO, 2015; SANTOS et al., 2016; SOLANO et al., 2017; CHAVES et al., 2018; MIRANDA et al., 2018; BARBOSA et al., 2018; BALBINO et al., 2020; ALVES et al., 2020).

A falta de tempo para buscar as unidades da atenção primária também faz parte das alegações dos homens. Assim, quando sentem algum tipo de dor ou problemas que consideram mais simples, preferem buscar ajuda nas emergências, devido à maior resolutividade nas intervenções ou se automedicam, quando consideram que o problema não demanda a necessidade de atendimento médico (BRUNO et al., 2013; MARTINS et al., 2011; SALIMENA et al., 2014; AGUIAR et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2014; GIUMBELLI; BONAMIGO, 2015; SANTOS; SANTOS, 2017; CHAVES et

al., 2018; CANUTO et al., 2018; CARNEIRO et al., 2019). Segundo Knauth et al. (2012), tal situação demonstra que medidas preventivas não fazem parte da rotina da população masculina, ou seja, buscam atendimento somente quando algum sintoma já está instalado.

Os homens, muitas vezes, priorizam o trabalho em vez da saúde e, apesar das consequências a longo prazo, pode haver razões práticas e difíceis de curto prazo para isso, relacionadas à preocupação com o desemprego, com o descontentamento do seu empregador, receio de que quaisquer problemas de saúde prejudique os seus rendimentos e empregabilidade. No caso da saúde mental, por exemplo, Canuto et al. (2019) afirma que há evidências de que a renda dos homens é afetada muito mais significativamente do que a das mulheres, se seus empregadores sabem que têm um problema.

Os homens consideram que as unidades de saúde são espaços femininos ou feminilizados, não se sentindo à vontade e confortáveis para buscarem essa assistência. Tal situação é decorrente de questões culturais (GOMES et al., 2011; MEDEIROS, 2013; SALIMENA et al., 2013; MOREIRA et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2019; CARNEIRO et al., 2019; TELES, 2019).

A identidade é um processo importante para o desenvolvimento social dos indivíduos, é por meio desse processo que homens e mulheres adquirem elementos simbólicos de comportamento ao longo da vida e com os quais podem se reconhecer e ser reconhecidos.

5.1.4 Déficit de conhecimento dos homens para autocuidado e prevenção

A percepção do estado de saúde relaciona-se significativamente com o autocuidado. Assim, embora os homens acreditem que têm capacidade de cuidar de si, praticam pouco o autocuidado, superestimando sua capacidade de resolver os seus problemas de saúde sem ajuda profissional ou adotando a prevenção de agravos à saúde. Tal situação, de acordo com alguns estudos (FONTES et al., 2011;

MEDEIROS, 2013; SALIMENA et al., 2013; AGUIAR et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015; ALEXANDRE et al., 2016; RODRIGUES; RIBEIRO, 2019), se deve à falta de percepção de que cuidar de si e manter uma boa saúde favorece a manutenção do trabalho e da situação de provedor familiar.

O autocuidado é uma função humana reguladora que cada indivíduo deve exercer deliberadamente para manter sua vida e seu estado de saúde, desenvolvimento e bem-estar, portanto, é um sistema de ação. A elaboração dos conceitos de autocuidado, a necessidade de autocuidado e a atividade de autocuidado constituem os alicerces que permitem compreender as necessidades e limitações de ação das pessoas que podem se beneficiar dos serviços de saúde.

Outros estudos apontam que a construção da imagem masculina envolve a ideia de suportar a dor e negar o desconforto físico, uma forma de mostrar força. Portanto, cuidar de si não é visto como algo típico do homem (BRUNO et al., 2011; CARNEIRO et al., 2016; SANTOS; SANTOS, 2017).

Para Santos et al. (2016), a situação socioeconômica é um fator a ser considerado na falta de conhecimento da população masculina para o autocuidado e na percepção sobre a necessidade de atendimento profissional para prevenção e tratamento de agravos.

Quando os desconfortos não impedem, incapacitam ou condicionam o cotidiano, os homens tendem a se sentirem possuidores de um bom estado de saúde, não sentindo a necessidade de buscar o sistema de saúde. Assim, um aspecto importante sobre a percepção de saúde não necessariamente se limita a um diagnóstico médico, mas a como a pessoa se sente e lida com seu desconforto. Tal situação é influenciada por um conjunto complexo de fatores, incluindo condições ambientais, culturais e socioeconômicas.

5.1.5 Invisibilidade masculina nos serviços de saúde

Os resultados anteriores sugeriram que os homens são vítimas de seu próprio comportamento, ao argumentarem que a baixa procura pelos serviços de saúde na atenção básica ocorrem devido à falta de conhecimentos e desinteresse pela própria saúde. Essas concepções têm sido frequentemente associadas a traços masculinos hegemônicos que colocam uma expectativa sobre os homens de serem independentes, fortes, invulneráveis, dentre outras características. Entretanto, muitas vezes, a ausência dos homens na atenção primária se deve às percepções sobre o serviço oferecido, influenciando a sua busca ou o afastamento dos mesmos.

Gomes et al. (2011) e Paiva Neto et al. (2020) detectaram que a presença quase absoluta de profissionais do sexo feminino nas unidades de saúde é um fator que afasta os homens desses locais, pelos mesmos sentirem-se constrangidos ou envergonhados de expor seus problemas e até mesmo de despir-se para um exame.

Bastante presente nos estudos está o distanciamento entre as necessidades e os serviços oferecidos, não havendo intervenções específicas para a população masculina, o que acaba por gerar a invisibilidade masculina, levando os homens a se sentirem deslocados nesses espaços de atendimento (MACHADO; RIBEIRO, 2012; SANTOS, 2015; BERNARDI et al., 2018; CANUTO et al., 2018; LIMA; AGUIAR, 2020).

Outro fator dificultador encontrado nos estudos se refere ao despreparo e engajamento da equipe com a PNAISH. Para Araujo et al. (2014), Miranda et al. (2018) e Nunes et al. (2020), a fragmentação da PNAISH ocorre devido ao processo formativo das equipes de saúde ser centrado no modelo biomédico, que prioriza a cura, em lugar de ações educativas e preventivas. Tal situação é preocupante, haja vista a PNAISH ter sido criada há mais de uma década e as ações continuarem fragmentadas. Para Barbosa (2014), essa conjuntura se deve à demora do Estado para implantar a política.

A falta de engajamento das equipes de saúde com a PNAISH foi citado por Martins et al. (2011), Gomes et al. (2012), Salimena et al. (2013), Silva et al. (2013), Brito et

al. (2016), Santos et al. (2016), Alexandre et al. (2016), Carneiro et al. (2016), Schubert et al. (2016). De acordo com Rodrigues e Ribeiro (2019), mesmo após uma década da política, os profissionais ainda não conhecem suas diretrizes e propostas. Gomes et al. (2012) constatou que, para alguns profissionais, esta política é desnecessária e de difícil implementação, pois esta população pode ser incluída nas demais ações existentes e que seu surgimento acabou sendo uma demanda a mais, entre as tantas que os profissionais da atenção básica já possuem.

Martins et al. (2011) e Salimena et al. (2013) observaram que a falta de vínculo da equipe com a população, que é uma diretriz da atenção primária, consiste em um fator dificultador, onde as equipes de saúde comunitária devem, em um modelo de atenção integral, colocar o usuário no centro das necessidades de saúde, através de uma abordagem às famílias e comunidades. Quando isso não ocorre, o profissional não cria os vínculos de confiança e boa comunicação, necessários ao atendimento da população.

Martins et al. (2011) e Aguiar et al. (2014) constataram que as equipes de saúde não planejam intervenções voltadas especificamente à população masculina, sendo estas quase inexistentes nas unidades da atenção primária. Crianças, mulheres e idosos têm sido, quase integralmente, os beneficiários de ações comunitárias, o que afasta ainda mais os homens desses serviços.

A falta de acolhimento nos serviços de saúde foi citada nos estudos de Knauth et al. (2012), Gumbelli e Bonamigo (2015), Chandretti et al. (2016), Miranda et al. (2018) e Alves et al. (2020). No ambiente das unidades de saúde, existem oportunidades para o envolvimento das equipes com a população masculina na recepção e na sala de espera, bem como durante a consulta. De acordo com Solano et al. (2017), a falta de acolhimento reflete a qualificação deficiente desses profissionais.

A falta de atividades educativas foi apontada nos estudos de Silva et al. (2013), Oliveira et al. (2015), Sousa et al. (2015), Chandretti et al. (2016). Programas educacionais e informações de saúde voltadas para os homens podem ser usados para encorajar e apoiar essa população a cuidar melhor da própria saúde. Assim, os profissionais das equipes de saúde devem promover atividades voltadas à educação em saúde, que é um dos pilares da atenção básica, envolvendo questões

específicas da população masculina. Estas ações podem ser desenvolvidas nos locais de trabalho, aumentando, dessa forma, a participação. Para Miranda et al. (2018), deveriam ser realizadas campanhas específicas voltadas à saúde do homem, a fim de atrair essa população aos serviços da atenção primária.

A carência de atividades educativas é vista como uma consequência da falta de capacitação e sensibilização das equipes de saúde sobre a PNAISH e a população masculina, não havendo uma visão mais ampla da saúde do homem por parte desses serviços (BRITO; SANTOS, 2013); RAMALHO et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014; SOUSA et al., 2015; BRITO et al., 2016; ALEXANDRE et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2019; RODRIGUES; RIBEIRO, 2019; NUNES et al., 2020; LIMA; AGUIAR, 2020).

Além disso, Barbosa et al. (2018), Canuto et al. (2018), Vasconcelos et al. (2019), Paiva Neto et al. (2020) e Lima e Aguiar (2020) destacam o desconhecimento, por parte do público masculino, da abrangência dos serviços da atenção básica e da PNAISH, o que de certa forma aponta a necessidade de uma maior divulgação desses serviços, como defendido por Nunes et al. (2020). A falta de reconhecimento desses serviços, apontada por Martins et al. (2011), pode estar relacionada à pouca divulgação da política para toda a população.

5.1.6 Questões institucionais

Ao se referirem às questões institucionais, a falta de profissionais nas unidades foi citada por Machado e Ribeiro (2012), Sousa et al. (2015), Carneiro et al. (2016), Teles (2019) e Balbino et al. (2020). A falta de profissionais é um problema sistêmico no país, o que acaba por afastar a população em geral, e não somente os homens, desses serviços. De acordo com Solano et al. (2017), tal situação acaba por gerar uma visão negativa dos serviços públicos e faz com que os serviços emergenciais se tornem a porta de entrada de muitos usuários, com destaque para os homens. Canuto et al. (2019) relata que a desconfiança dos homens em relação aos serviços

prestados nessas unidades, considerando-os inferiores aos prestados nas emergências são um dos fatores dificultadores.

Lovett et al. (2017) e Vasconcelos et al. (2019) consideram que muitos fatores dificultadores da inserção do homem na atenção primária se devem à escassez de recursos, o que acarreta vários outros fatores, como falta de profissionais, de materiais, dentre outros, contribuindo para a baixa procura pelos serviços da atenção primária e a obtenção dos resultados desejados. A escassez de recursos humanos e materiais nas unidades deixam as equipes de saúde impotentes diante das demandas existentes.

5.2 Fatores facilitadores

Observou-se que, apesar da diversidade de fatores dificultadores para a inserção da população masculina na atenção primária, citadas nos 48 estudos que tratam do tema, somente 7 apresentaram fatores facilitadores para a promoção da saúde do homem.

Dentre os fatores citados, Martins et al. (2011) ressaltou o funcionamento das equipes de saúde nos moldes da lógica assistencial das ESFs, mantendo um vínculo próximo com a comunidade. Giumbelli e Bonamigo (2015), Rosu et al. (2017) e Balbino et al. (2020) apresentaram como fatores facilitadores a experiência de horários diferenciados para o atendimento (finais de semana e fora do horário comercial), bem como salas específicas para o acolhimento masculino, além de melhorias gerais na assistência à esta população.

Santos e Santos (2017) ressaltaram o diferencial no acolhimento dispensado pela equipe de saúde como facilitador, bem como o reconhecimento da importância das ações preventivas, ressaltando que os portadores de doenças crônicas, que frequentam mais assiduamente esses serviços, podem ser atendidos de forma mais integral.

Segundo Lovett et al. (2017), antes de atrair a população masculina, é preciso que as equipes possuam relações interprofissionais positivas, que tenham uma boa comunicação com os usuários e sejam devidamente capacitados para o acolhimento, fatores que podem fazer grande diferença para a presença dos homens nas unidades de saúde.

Rosu et al. (2017) relataram que as intervenções na comunidade, visitas aos locais de trabalho, além de formação de grupos, com atividades voltadas exclusivamente para os homens, proporcionando momentos ricos para o desenvolvimento de ações educativas para o autocuidado são fatores essenciais.

Canuto et al. (2018) observaram que a percepção da qualidade da assistência pode ser desenvolvida através de um bom acolhimento, o que proporciona um sentimento de pertencimento e segurança, além de um relacionamento confortável com a equipe de saúde, reduzindo os temores e receios dos homens de buscarem esses serviços.

Stewart et al. (2019) consideram que a família pode se tornar de grande ajuda dos profissionais para levar a população masculina às unidades de saúde, alertando, no entanto, que o retorno é mais fácil quando o homem é bem acolhido pelos profissionais e quando estes têm uma boa comunicação com os usuários.

Para Balbino et al. (2020), as unidades de saúde podem atrair a população masculina dispondo de mais médicos para o atendimento a esses usuários, evitando longas horas de espera, marcação de fichas para atendimento posterior e superlotação dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado da identificação de diferenças na saúde dos homens, esta evoluiu de um sistema voltado às questões geniturinárias masculinas para um modelo multidisciplinar de atenção à saúde. A PNAISH constitui uma iniciativa desenvolvida como um modelo de política que tem como meta atender às necessidades de saúde específicas da população masculina, reduzindo as barreiras enfrentadas pelos homens para a sua inserção na atenção primária. Nesse contexto, às equipes de saúde dessas unidades cabe expandir sua experiência do modelo biomédico para incluir estratégias preventivas de saúde.

Nestes novos parâmetros, educação, pesquisa e colaboração interdisciplinar são necessárias para atender integralmente os homens em suas necessidades, reconhecendo a sua diversidade e criando novos modelos de prestação de cuidados de saúde.

Este estudo realizou uma análise documental sobre a PNAISH e, posteriormente, apresentou, através de uma revisão integrativa de literatura, os fatores dificultadores e facilitadores da inserção do homem na atenção primária.

Observou-se que, apesar desta política ter sido criada há mais de uma década, existem barreiras estruturais significativas que inibem a capacidade dos homens de autocuidado e de acesso eficaz aos serviços. Ao se analisar os estudos sobre os fatores dificultadores da utilização dos serviços da atenção primária pela população masculina, constatou-se que um dos maiores entraves é o fato desses serviços estarem disponíveis apenas nos horários em que os homens estão trabalhando.

Observou-se também que o ambiente feminino dos serviços também dissuade os homens que, de qualquer forma, veem a saúde como um domínio predominantemente feminino. As campanhas de conscientização sobre saúde são escassas e muitas vezes não conseguem envolver os homens e visam principalmente a população infantil, feminina ou idosa.

Os comportamentos de risco dos homens e a subutilização dos serviços de saúde estão em grande parte ligados às normas do papel masculino. Essas normas variam de acordo com os contextos sociais e culturais, mas também parecem consistentes em muitos estudos em termos de comportamentos de saúde.

Há uma base de evidências crescente em todo o mundo mostrando que intervenções de saúde bem planejadas voltadas para os homens podem melhorar os resultados para si e para os outros. Entretanto, um trabalho bem-sucedido na promoção da saúde e prevenção de doenças deve ocorrer em ambientes “amigáveis aos homens” e culturalmente sensíveis aos requisitos específicos de diferentes grupos.

A acessibilidade aos serviços de atenção primária mostrou-se um aspecto importante relacionado à barreira de acesso à atenção básica neste estudo. Serviços de atenção primária mais fáceis de acessar também podem reduzir algumas das barreiras ao uso de serviços enfrentadas pelos homens.

A pesquisa demonstrou que, caso o acesso à atenção primária fosse facilitado, através de maior número de profissionais, que consequentemente reduziria o tempo de espera para marcação de consultas e exames e para o atendimento, além de evitar a superlotação, tornando esse atendimento mais resolutivo, são ações que poderiam tornar mais fácil a presença dos homens nas unidades de saúde.

A sobreposição do tempo nas unidades, aliada ao horário de trabalho e a falta de serviços após o expediente impedem, em grande medida, o acesso aos cuidados, levando os pacientes a buscar as emergências para atendimento de condições menos críticas.

As barreiras no acolhimento também foram apontadas como importantes, além da falta de uma comunicação apropriada entre os profissionais de saúde e os pacientes, a fim de desenvolver a confiança e um bom relacionamento. Vale ressaltar a falta de conhecimento, tanto de profissionais quanto da população, sobre a estrutura da PNAISH, além da escassez de recursos, que influencia diretamente o acesso aos cuidados.

Observa-se que todas essas barreiras podem ser consideradas interligadas entre si. Desse modo, para que a saúde do homem seja otimizada, é necessário que os profissionais de saúde da atenção primária sejam devidamente capacitados, a fim de oferecer uma assistência de qualidade, além de educação em saúde, a fim de que entendam seu papel como provedores de cuidados, devendo, antes de tudo, se concentrar na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Ao otimizar essas abordagens para a saúde masculina, a aceitação pode ser aumentada e as visitas aos serviços de emergência reduzidas, melhorando o bem-estar dos homens e de suas famílias.

Ao se analisar as características facilitadoras do acesso do homem aos serviços de saúde, observou-se que estes se referem a horários diferenciados, ações de acolhimento e preventivas, capacitação e entrosamento das equipes de saúde, visitas aos locais de trabalho, bem como maior número de médicos para o atendimento, reduzindo o tempo de espera.

O presente estudo revelou barreiras culturais, pessoais e institucionais para a presença dos homens na atenção primária. Ao determinar as barreiras e enfatizá-las, entende-se que podem ser desenvolvidas ações para eliminá-las, através de estratégias eficazes que podem ser elaboradas pelos gestores e profissionais.

Foi possível constatar que os estudos relatam problemas muito semelhantes entre si, sendo estes constatados desde a implantação da PNAISH e que, portanto, poderiam ter sido resolvidos ou ao menos minimizados ao longo dos anos, mas que se mantêm de forma sistêmica. Conclui-se que, caso estas barreiras não sejam derrubadas, através de maiores recursos materiais e humanos, os homens se manterão afastados da atenção primária, continuando a buscar atendimento nos demais níveis de atendimento, mesmo que estejam dispostos a isso, devido à falta de serviços direcionados a eles.

Desta forma, torna-se importante destacar o papel do enfermeiro como de essencial importância para que as políticas públicas voltadas à atenção primária sejam implementadas, através de um trabalho de sensibilização da população masculina, a fim de impactar positivamente a qualidade da assistência ofertada, entendendo que campanhas como a do Novembro Azul, focadas em somente um problema, neste

caso a próstata, não tem sido suficientes para trazer maior resolutividade e integralidade à assistência, devido ao baixo acesso desta população aos serviços de saúde e por não se voltar aos demais problemas graves que atingem a saúde do homem.

Nesse contexto, torna-se importante que esses profissionais reavaliem sua prática, por meio de uma reflexão crítica e conhecimento técnico e apropriado, para uma abordagem eficaz da saúde do homem. Dentre as ações que podem ser desenvolvidas por estes profissionais em sua prática nas unidades de saúde, sugere-se que sejam criadas salas e horários diferenciados, devido às características peculiares desses pacientes, que sejam criadas equipes de saúde para o desenvolvimento de ações educativas na comunidade e nos locais de trabalho, a fim de atrair a população masculina para a busca de um atendimento preventivo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. G. et al. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 1, p. 381-390, 2014.

ALEXANDRE, J. F. et al. A problemática do homem para a não procura do serviço de saúde na atenção primária. **Ciência e Saúde**, v. 10, n.1, p. 124-138, 2016.

ALMEIDA, A. M. et al. Assistência a saúde do homem na atenção básica: dificuldades evidenciadas pelos usuários. **Univag Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2018.

ALVES, A. N. et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 23, n. 1, p. 1-14, 2020.

AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 121-32, 2009.

ARAUJO, M. G. et al . Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 682-689, 2014.

BALBINO, C. M. et al. Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção a saúde do homem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-17, 2020.

BARBOSA, C. J. L. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, P. 99-114, 2014.

BARBOSA, Y. O. et al. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 12, n. 11, p. 2897-2905, 2018.

BERNARDI, A. et al. Assistência à Saúde do Homem na Atenção Básica: dificuldades evidenciadas pelos usuários. **Enfermagem Univali**, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2018.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **A Implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria nº 1944/GM/MS**, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria nº 2436/GM/MS**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, A. K. O. L. et al. Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. **Rev Ciência e Saberes**, v. 2, n. 2, p. 191-195, 2016.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. Esp. 1, p. 654-659, 2013.

BRUNO, P. S. et al. Saúde do homem: limites e possibilidades. **Enfermagem Brasil**, v. 10, n. 5, p. 274-279, 2011.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, Brasília, Brasil. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CANUTO, K. et al. "I feel more comfortable speaking to a male": Aboriginal and Torres Strait Islander men's discourse on utilizing primary health care services. **Int J Equity Health**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2018.

CANUTO, K. et al. Listen, understand, collaborate: developing innovative strategies to improve health service utilisation by Aboriginal and Torres Strait Islander men. **Aust N Z J Public Health**, v. 43, n. 4, p. 307-309, 2019.

CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 29, n. 4, p. 554-563, 2016.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019.

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 Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-78, 2009.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, C. O.; TOCANTINS, F. R. Necessidades assistenciais do homem na perspectiva da enfermagem e a saúde da família. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam**, v. 2, supl., p. 813-6, out./dez. 2010.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHANDRETTI, G. S. et al. A invisibilidade do homem na atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 2, p. 330-339, 2016.

CHAVES, J. B. et al. A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da Teoria da Ação Planejada. **Estud. Interdiscip. Psicol**, v. 9, n. 3, p. 38-57, 2018.

CHRISPINO, A. **Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada**. Rio de Janeiro: FAPERJ; FGV, 2016.

CLANDININ, D. J.; CONELLY, F. M. **Pesquisa narrativa: experiências e história na pesquisa qualitativa**. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011.

COELHO, E. B. S, et al. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

CROSSETI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, v. 3, n. 5, pp. 139-164, 2004.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Orgs). **Psicologia Social: temas em debate**. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-3, 2011.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família Comentado**. 3. ed. Goiânia: AB, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

GIUMBELLI, G. R.; BONAMIGO, E. L. **Os desafios na inclusão da população masculina na atenção primária**. 2015. 39f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campos Novos, 2015.

GOHN, M. G. Movimentos Sociais na Contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, p. 333-351, 2011.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GOMES, R. et al. Sentidos motivados à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012.

KNAUTH, D. R. et al. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

LIMA, C. S.; AGUIAR, R. S. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. 1-20, 2020

LOVETT, D. et al. Are nurses meeting the needs of men in primary care? **Australian Journal of Primary Health**, v. 23, n. 4, p. 319-322, 2017.

MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface**, v. 16, n. 41, p. 343-356, 2012.

MARTINS, B. et al. **Saúde do homem na atenção básica em Florianópolis: fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais da estratégia saúde da família**. 2011. 70f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MEDEIROS, R. L. S. F. M. **Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros**. 2013. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

MIRANDA, T. N. et al. Fatores que influenciam negativamente na assistência integral ao usuário da atenção básica na saúde do homem. **Journal of Health Connections**, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2018.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.

MOURA, E. C. et al. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MULGAN, G. et al. **Social innovation: what it is, why it matters and how it can be accelerated**. London: The Young Foundation, 2007.

NUNES, A. B. et al. Os desafios na inserção do homem nos serviços de saúde da atenção primária. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 2, p. 3021-3032, 2020.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015.

PAIVA NETO, F. T. et al. Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. **Salud Colectiva**, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2020.

PIMENTEL, A. O método de análise documental: seu uso em uma pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, 2001.

RAMALHO, M. N. A. et al. Dificuldades na implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 13, n. 4, p. 642-649, 2014.

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Enf Ref**, v. 4, n. 10, p. 125-133, 2016.

RODRIGUES, C. T.; RIBEIRO, T. S. **Desafios para o profissional da saúde na inserção dos homens nos serviços de atenção primária**. 2019. 53f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Lucas, Montes Claros, 2019.

ROSU, M. B. et al. Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. **Am J Mens Health**, v. 11, n. 5, p. 1501-1511, 2017.

SALIMENA, A. M. et al. Saúde do homem e atenção primária: o olhar da enfermagem. **Rev APS**, v. 16, n. 1, p. 50-59, 2013.

SANTOS, K. O.; SANTOS, E. M. Onde estão os homens? O que os distanciam ou os aproximam dos serviços da atenção primária à saúde. **Semina Cienc. Biol Saúde**, v. 38, n. 1, p. 79-88, 2017.

SANTOS, P. H. B. **Saúde do homem: invisibilidade e desafios na atenção primária à saúde**. 2015. 47f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SANTOS, R. O. et al. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela Estratégia de Saúde da Família Sede II do município de Sítio do Quinto/BA. **Revista de Saúde ReAGES**, v. 1, n. 1, p. 58-87, 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-70, maio 2010.

SCHUBERT, C. O. et al. A promoção da saúde do homem no contexto da atenção primária em saúde. **Ciência Atual**, v. 11, n. 1, p. 2-12, 2018.

SILVA, P. L. N. et al. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 32, p. 414-443, 2013.

SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva dos homens**: um olhar da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

SILVA, V. L. Q. **Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família**: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SOLANO, L. C. et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **J. Res: Fundam Care**, v. 9, n. 2, p. 302-308, 2017.

SOUSA, A. P. et al. Avaliação da política de atenção integral à saúde do homem. **Rev Enferm UFPI**, v. 4, n. 3, p. 65-70, 2015.

STEWART, K. A. et al. Giving Voice to Black Men: Guidance for Increasing the Likelihood of Having a Usual Source of Care. **Am J Mens Health**, v. 13, n. 3, p. 1-11, 2019.

TELES, E. J. E. **Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas** pela população masculina nos serviços de atenção primária à saúde. 2019. 35f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2019.

VASCONCELOS, I. C. B. et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 9, p. 16340-16355, 2019.