



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A invisibilidade da saúde do homem na Atenção Básica.

SHIRLEY LOPES PEREIRA

Brasília - DF
2017

SHIRLEY LOPES PEREIRA

A invisibilidade da saúde do homem na Atenção Básica.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Enfermagem na Faculdade Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília – UnB, campus Darcy Ribeiro, como requisito necessário para à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem

Co-orientador: Prof. Dr. Peter Kellett

Brasília - DF
2017

SHIRLEY LOPES PEREIRA

A invisibilidade da saúde do homem na Atenção Básica.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Enfermagem na Faculdade Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília – UnB, campus Darcy Ribeiro, como requisito necessário para à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem

Co-orientador: Prof. Dr. Peter Kellett

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem

Membro Efetivo: Profa. Dra. Simone Roque Mazoni

Membro Efetivo: Profa. Dra. Carla Targino Bruno dos Santos

Brasília - DF
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para minha família, principalmente a minha mãe e ao meu namorado. Aos amigos e professores minha gratidão pelos momentos ao longo destes anos.

A todos, o meu sincero muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Deus, fonte inesgotável de amor, força que me conduz ao caminho certo.

A minha família, base forte que impulsiona minhas conquistas.

Ao meu namorado pelo apoio contínuo ao meu crescimento profissional.

À professora Dirce Bellezi Guilhem pelo apoio, paciência, e ensinamentos, que possibilitaram a realização dessa conquista tão importante.

Aos professores, pacientes e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para o aprendizado, garantindo momentos inestimáveis de experiências vívidas.

A todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O estereótipo masculino, com valores e crenças que está cristalizado na cultura sobre o que é ser homem, conhecido como masculinidade, encontra-se atualmente em transformação. Ainda assim, continua a influenciar de forma decisiva o posicionamento dos homens e das próprias mulheres, o que contribui para evitar o contato com os espaços de saúde, orgulhando-se do ideal masculino de seres invulneráveis. As masculinidades exercidas entre os homens exigem reprodução contínua do modelo entre seus iguais e deve ser retificadas por eles continuamente. Esses sentidos culturais revestem a masculinidade hegemônica de um caráter deletério. Para o enfrentamento das necessidades de atenção à saúde masculina, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, a porta de entrada do SUS, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família. Deve ter perspectiva relacional, uma vez que envolve as dinâmicas de casal/família e demanda articulação direta com as políticas outras políticas na atenção básica. Porém, após período entre a implantação da política e a avaliação das ações iniciais, no qual pode-se observar alguns fatores de adesão dos serviços à nova política, porém com a persistência de lacunas. Têm-se a necessidade de ampliar as reflexões sobre a importância da saúde do homem e suas relações com conceitos de gênero, sexo e saúde ainda na academia desencadeando um processo de compreensão dos mecanismos que essa relações realizam, para colocar em prática uma a atenção a saúde do homem, de forma integral.

OBJETIVO: Compreender os fatores que orientam o comportamento dos homens, as estratégias adotadas pelos serviços e profissionais de saúde à luz da plasticidade da questão de gênero, da concepção dos gestores e dos mecanismos utilizados pelos serviços de saúde para colocar em prática a atenção da saúde do homem.

METODOLOGIA: revisão integrativa da literatura, de fontes secundárias nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF) no qual foram coletadas e analisadas no período de janeiro a abril de 2017. Foram excluídos artigos que tivessem temática envolvendo medicalização, sexualidade, doenças específicas e grupos etários específicos. Os artigos selecionados passaram por análise detalhada e foram catalogados a partir do preenchimento de formulário contendo roteiro para extração de dados de interesse a fim

de identificar os resultados que respondessem ao objetivo do estudo. **RESULTADOS:** Os dados são da mesma população, vista de diferentes perspectivas. Foram selecionados 21 artigos para escrever essa revisão, no qual essas perspectivas demonstraram um ciclo vicioso que fazem parte homem/sociedade, profissionais e serviços. **CONCLUSÕES:** Ampliou-se perspectivas e permitiu-se evidenciar que a falta de demanda masculina nos serviços de saúde não é ocasionada apenas por parte do usuário. Dessa equação fazem parte, também, outros atores como profissionais e gestores, e aspectos institucionais. Persiste, ainda, visão reducionista sobre os significados de saúde e do ser homem, podendo comprometer a assistência integral a esse público. A ausência de compreensão sobre as particularidades que envolvem o processo de socialização dos homens dificulta o reconhecimento de suas barreiras pessoais e sociais relativas ao cuidado e se reflete em uma assistência superficial.

Palavras-Chaves: masculinidade, políticas públicas de saúde, gênero e saúde, atenção primária à saúde e saúde do homem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The masculine stereotype, with values and beliefs that is crystallized in the culture about what it is to be a man, known as masculinity, is currently in transformation. Nevertheless, it continues to influence in a decisive way or positioning of men and women, which contributes to avoid contact with health spaces, taking pride in the masculine ideal of invulnerable beings. As the masculinities exercised among men require the continuous reproduction of the model in their equals and duly rectified by them continually. These cultural senses carry a hegemonic masculinity of a deleterious character. The Ministry of Health launched in 2009 the National Policy for Integral Attention to Human Health (PNAISH) and is now with a National Primary Care Policy, a gateway to the SUS, Privileging the Family Health Strategy. It should have relational perspective since it involves as couple / family dynamics and demands direct articulation with other policies as policies in primary care. However, after a policy implementation and an evaluation of the actions, there are no conditions to adapt to the problems of joining the services to the new policy, but with a persistence of gaps. It is necessary to expand as reflections on the importance of human health and its relations with concepts of gender, sex and health still in the academy, triggering a process of understanding the mechanisms that this relationship accomplishes, to put into practice an attention to the health of man, in a complete perspective. **OBJECTIVE:** To understand the factors that guide the behavior of men, the strategies adopted by health services and professionals in the light of the plasticity of the gender issue, the conception of managers and the mechanisms used by the health services to implement health care of man. **METHODOLOGY:** integrative literature review, from secondary sources in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Analysis and Recovery System of Online Medical Literature (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO); National Database of Nursing (BDENF), which they were collected and analyzed in the period from January to April 2017. Articles that had themes involving medicalization, sexuality, specifics and groups and others specific were excluded. The selected articles underwent detailed analysis and were cataloged from the completion of a form containing a roadmap for extracting data of interest in order to identify the results that respond to the objective of the study. **RESULTS:** The data are from the same population, seen from different perspectives. Were selected 21 articles to write the review. Showing that these

perspectives demonstrated a vicious cycle that are part of man/society, professionals and services. **CONCLUSION:** It broadened perspectives and made it possible to show that the lack of male demand in health services is not only caused by the user. This equation also includes other actors such as professionals and managers, and institutional aspects. There is still a reductionist view of the meanings of health and of being a man, which could compromise the integral assistance of this public. The lack of understanding about the particularities involved in the process of socialization of men makes it difficult to recognize their personal and social barriers to care and is reflected in a superficial care.

KEYWORDS: Masculinity, public health policies, gender and health, primary health care, men health.

SUMÁRIO

<u>LISTA DE FIGURAS</u>	11
<u>LISTA DE TABELAS</u>	12
<u>1. INTRODUÇÃO</u>	13
<u>2.1 Objetivo Geral</u>	16
<u>2.2 Objetivos específicos</u>	16
<u>3. METODOLOGIA</u>	16
<u>4. RESULTADOS</u>	20
<u>5. DISCUSSÃO</u>	21
<u>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	37
<u>7. REFERÊNCIAS</u>	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Brasília, 2017.

Figura 2 - Categorias e subcategorias dos artigos selecionados e utilizados. Brasília, 2017.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Descrição dos artigos. Brasília, 2017.

1. INTRODUÇÃO

A concepção de gênero deve abranger a ideia de espectro ao invés de dois conjuntos de ideais opostos. O estereótipo masculino, com valores e crenças que está cristalizado na cultura sobre o que é ser homem, conhecido como masculinidade, encontra-se atualmente em transformação. Ainda assim, continua a influenciar de forma decisiva o posicionamento dos homens e das próprias mulheres, o que contribui para evitar o contato com os espaços de saúde, orgulhando-se do ideal masculino de seres invulneráveis. Os tempos mudaram e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico que prioriza a atenção aos quatro grupos populacionais considerados até então mais frágeis – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não é suficiente para tornar o país mais saudável (POZZATI et al, 2013; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016; ADAMY et al, 2015; BRASIL, 2009).

O movimento feminista expôs as feridas provocadas pela masculinidade, enfatizando que os homens são tão vítimas quanto as mulheres. Masculinidade pode ser definida como a interação entre a posição que o homem ocupa nas relações de gênero, as práticas pelas quais homens e mulheres se comprometem com essa posição, e os efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013; SCHRAIBER, 2010; ALVARENGA et al, 2012).

De forma diferenciada, o conhecido modelo patriarcal assume outra postura. A masculinidade hegemônica, que se refere às características que advém da concepção de hegemonia, definindo-a como uma configuração relacional das práticas de gênero que são pré-estabelecidas e aceitas socialmente, construindo, estabelecendo e assegurando as polaridades de dominantes e dominados. É um modelo cultural ideal que por meio de um modelo exemplar, orienta práticas e perpetua práticas ideológicas contribuindo para o exercício de controle de poder não apenas dos homens sobre as mulheres, mas também, entre os próprios homens, o que encobre, assim, a construção sociocultural das hierarquias de gênero e submasculinidades (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013; BRITO; SANTOS, 2014; SCHRAIBER, 2010).

O termo sexo reserva-se às características biológicas predeterminadas, relativamente invariáveis, do homem e da mulher, enquanto que o termo gênero é utilizado para assinalar as características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino,

em diferentes culturas (POZZATI et al, 2013; PEREIRA; NERY, 2014; ALVARENGA et al, 2012).

No entanto, essas relações não são fixas e expressam-se por meio da disputa entre grupos. As masculinidades exercidas entre os homens exigem reprodução contínua do modelo entre seus iguais e deve ser retificadas por eles continuamente. Esses sentidos culturais revestem a masculinidade hegemônica de um caráter deletério não apenas para as mulheres, quando a agressividade se revela como violência intergerérica, mas para os próprios homens, quando tais paradigmas lhes desautorizam a expressar sentimentos e atos, como amor, dor, fidelidade e autocuidado (MACHIN et al, 2011).

Essa concepção rígida exige a necessidade de sensibilização dessa parcela da população, a masculina, que concentra o maior índice de não adesão às estratégias implementadas pelos serviços de saúde, sendo que esse comportamento é modulado por questões socioculturais que se encontram em transformação. Por outro lado, busca-se modificar a percepção masculina sobre os cuidados com a própria saúde e com a saúde de seus familiares (MOURA et al, 2014; POZZATI et al, 2013).

Para o enfrentamento das necessidades de atenção à saúde masculina, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – instituída pela Portaria nº 1.944 e que foi desenvolvida em parceria com diferentes entidades. Foi formulada com o objetivo de alavancar uma mobilização inclusiva em saúde, considerando as questões de gênero. Essa política tem como um de seus principais objetivos promover ações em saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (SANTANA et al, 2011; PEREIRA; NERY, 2014).

A PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, a porta de entrada do SUS, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família. Deve observar a perspectiva relacional, uma vez que envolve as dinâmicas de casal/família e demanda articulação direta com as políticas de saúde da mulher, criança e idoso (BRASIL, 2009; ALBUQUERQUE et al, 2014; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016).

A complexidade que envolve as políticas públicas – que nesse contexto, são entendidas como meios de ação do Estado, orientados por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo um jogo de interesses – consideram ainda, a existência de múltiplos elementos em ação, como intencionalidade, instrumentalidade, interação, poder e temporalidade. Assim, a definição dos problemas que são alvos da ação do Estado evoluem por meio de sucessivas ondas de tomadas de decisão dado que diferentes atores (grupos sociais entidades, instituições e, também, organismos internacionais) são inseridos nos processos de definição, implementação e acompanhamento das políticas que se constituem sempre como procedimentos multifacetados, disputados e negociados (COUTO, 2012).

No período compreendido entre a implantação da política e a avaliação das ações iniciais, em 2012, pode-se observar alguns fatores de adesão dos serviços à nova política, porém com a persistência de lacunas que necessitavam de adequações para que a PNAISH estivesse em conformidade com seus princípios e diretrizes (MOURA et al, 2012). A partir dessas constatações, foram originados dois objetivos diferentes: 1) identificar as estratégias de fortalecimento e avaliar o impacto das intervenções das equipes de Atenção Básica (AB), em especial da ESF, na implementação das ações em saúde do homem, e 2) produzir evidências, a partir da perspectiva de gênero, sobre dados de mortalidade e morbidade, em geral, e de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas informações buscavam subsidiar a compreensão da realidade encontrada e contribuir para a formulação de ações estratégicas tanto para o fortalecimento do programa quanto para o aperfeiçoamento do planejamento para organização dos serviços (MOURA et al, 2012).

Considerando-se a complexidade que envolve a implementação da PNAISH, este trabalho tem como objetivo analisar e descrever por meio da literatura científica as especificidades relacionadas à atenção à saúde dos homens no âmbito da Atenção Básica de Saúde (ABS). Espera-se com isso, compreender os fatores que orientam o comportamento dos homens, as estratégias adotadas pelos serviços e profissionais de saúde à luz da plasticidade da questão de gênero, da concepção dos gestores e dos mecanismos utilizados pelos serviços de saúde para colocar em prática a atenção da saúde do homem.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever as especificidades da atenção à saúde dos homens no âmbito da atenção básica, inclusive na estratégia de saúde da família.

Objetivos Específicos

- Analisar avanços e lacunas na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- Verificar estratégias adotadas pelas unidades de atenção básica para atenção inclusiva e abrangente no que se relaciona à saúde do homem.

3. METODOLOGIA

Adotou-se como metodologia a revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão permite a construção de uma análise ampla e integrada da literatura, pois permite inclusão simultânea de diferentes tipos de pesquisas. Oferece possibilidade de compreensão mais completa do tema de interesse. Esse tipo de revisão é importante para Enfermagem, porque produz evidências e gera conhecimento fundamentado e uniforme que poderá ser utilizado na prática cotidiana pelos enfermeiros (MENDES et al, 2008).

Trata-se de estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias de informação, por meio de levantamento bibliográfico, tendo sido respeitadas as seguintes etapas: identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; definição dos descritores e dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção da amostra; construção de um quadro para organização e registro dos dados; análise e discussão dos resultados. A coleta e análise dos dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2017.

A perquisição foi realizada nas seguintes base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF).

A busca na literatura foi elaborada utilizando-se os descritores controlados oriundos dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e seus equivalentes nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa: masculinidade, políticas públicas de saúde, gênero e saúde, atenção primária à saúde e saúde do homem. A vinculação entre os descritores foi realizada por meio da inclusão do operador booleano *AND*.

Para a seleção das publicações foram estabelecidos critérios de inclusão dos artigos: terem sido publicados em português, inglês e espanhol; elaborados por autores brasileiros no período de 2006-2016, estarem disponíveis na íntegra, que abordassem o objeto do estudo e que respondam à pergunta norteadora da pesquisa que foi definida como: Os serviços de atenção básica estão preparados para implementar as ações relacionadas à saúde do homem?

Excluíram-se artigos que tivessem temática envolvendo medicalização, sexualidade, doenças específicas e grupos etários específicos.

Os artigos foram classificados segundo o nível de evidência, utilizando a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011) que, de acordo com uma abordagem metodológica, estabelece:

- Nível 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise;
- Nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- Nível 3 - evidências obtidas em ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- Nível 4 - evidências provenientes de estudos de corte e de caso-controle bem delineados;
- Nível 5 - evidências derivadas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades ou relatório de especialistas.

As buscas nas fontes de informações permitiram localizar 4.753 artigos, os quais foram submetidos a uma pré-seleção a partir da leitura do título e resumo, resultando em 120 artigos para leitura completa. Após essa leitura, e considerando os critérios de inclusão e de exclusão, repetições e indisponibilidade foram excluídos 99 estudos (FIGURA 1).

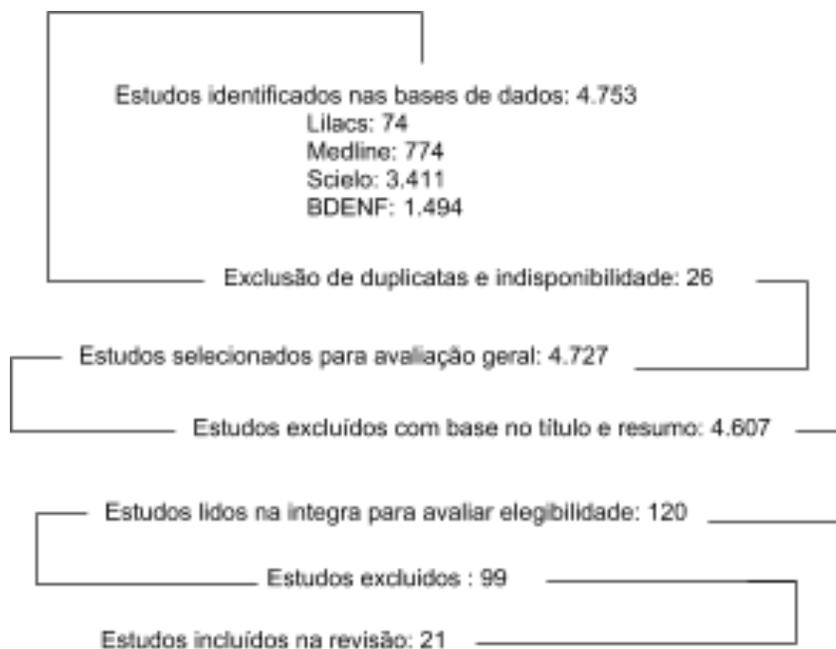


Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Brasília, 2017.

Os artigos selecionados passaram por análise detalhada e foram catalogados a partir do preenchimento de formulário contendo roteiro para extração de dados de interesse a fim de identificar os resultados que respondessem ao objetivo do estudo. Essa matriz de informações é utilizada como forma de proteger o pesquisador de erros durante a análise, servindo de ferramenta de interpretação e construção da redação da revisão integrativa (Tabela 1).

Essa organização, segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) pretende ordenar e sumarizar cada estudo, auxiliando o pesquisador no processo de categorização, quanto a ano; autor; título do artigo, tema, qualis capes e nível de evidência (Tabela 1). Os achados encontrados foram agrupados segundo a temática abordada, obtendo assim os resultados.

Tabela 1 – Descrição dos artigos quanto à:

NE	QC	Título artigo	Autor	Ano
5	B1	A atenção a saúde do homem : ações e perspectivas dos enfermeiros.	(SANTANA et al, 2011)	2011
5	B2	A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem.	(AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016)	2015

6	B1	A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde.	(SILVA et al, 2012)	2012
4	B1	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.	(KNAUTH et al, 2012)	2012
4	B1	Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família.	(MOURA, 2014).	2014
6	B1	Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica.	(SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).	2013
4	B1	Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária.	(MACHIN et al, 2011).	2011
6	B1	Dificuldades de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros.	(MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014).	2014
5	B1	Entraves para implementação de programas assistenciais dirigido ao público masculino: visão de profissionais masculinos.	(BRITO, R. S.; SANTOS, 2014).	2013
6	B1	Homens, saúde e políticas públicas : a equidade de gênero em questão.	(COUTO et al, 2012).	2012
5	B1	Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira.	(MOZER; CORRÊA, 2014).	2014
5	A2	Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens.	(SCHRAIBER et al , 2010).	2010
5	B1	O cuidado na saúde dos homens : realidade e perspectivas.	(POZZATI et al, 2013).	2013
6	B1	O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde.	(ALBUQUERQUE et al, 2014)	2014
4	B1	O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.	(COUTO; PINHEIRO; VALENÇA et al, 2010)	2010
5	B1	O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde .	(LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).	2012
6	B1	Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.	(ARAÚJO et al, 2014).	2014
5	B1	Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de	(PEREIRA; NERY, 2014).	2014

		saúde da família.		
5	A2	Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação.	(ALVARENGA et al, 2012).	2012
5	B2	PNAISH: a visão dos gestores do SUS.	(ADAMY et al, 2015).	2015
4	B1	Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família.	(MOURA et al, 2014)	2014

NE = NÍVEL DE EVIDÊNCIA QC = QUALIS CAPES

A matriz de síntese, foi utilizada para construção da redação da revisão sumariada com breve histórico acerca da política, raciocínio crítico sobre os fatores que influenciam o comportamento masculino no acesso aos serviços de saúde, a visão dos gestores e serviços de saúde na atenção básica para implementação desse programa. Além disso, prover sugestões de melhoramento dos serviços e do acesso à saúde para esse grupo.

4. RESULTADOS

Foram analisados na íntegra 21 artigos utilizados para a construção desta revisão. Em relação a população estudada, a população é a mesma, mas é vista de diferentes perspectivas. Essas perspectivas geraram os resultados, apresentados nos artigos analisados, e foram organizados em três categorias e suas referentes subcategorias por temas de aproximação representadas na figura 2, a seguir.

Figura 2 - Categorias e subcategorias dos artigos selecionados e utilizados. Brasília, 2017.

<p>Dificuldades de inserção do homem nos serviços de Atenção Básica: relacionadas ao próprio homem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepções do gênero aplicadas à saúde e suas implicações • Segregação entre gênero por faixa etária e situação de saúde • Homem x trabalho • Imediatismo, objetividade e resistência <p>Dificuldades de inserção nos serviços de Atenção Básica: relacionadas aos profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação acadêmica deficitária • Falta de conhecimento sobre a PNAISH • Sobrecarga dos profissionais • Déficit de ações que priorizem promoção e prevenção para essa população.

- Importância conferida a atenção a saúde dessa população

Dificuldades de inserção do homem na Atenção Básica: relacionadas aos serviços

- Má ambientação dos serviços
- Incompatibilidade de horários com o trabalho que dificultam o acesso.
- Despreparo dos serviços por falta de planejamento e gestão
- Falta de organização e respostas às demandas
- Excesso de demanda nos serviços
- Recursos financeiros inadequados

5. DISCUSSÃO

Na primeira categoria *dificuldades de inserção do homem nos serviços de Atenção Básica relacionadas ao próprio homem* evidente a influência do gênero na saúde, vários estudos comumente convergem para justificar a ausência-invisibilidade dos homens, relacionando a visão do papel social do homem, o modelo hegemônico de masculinidade e a socialização dessa população. O reforço de invulnerabilidade sustentado pelo gênero masculino é construído em seu processo de socialização no qual não há estímulo para comportamentos de autocuidado e expressão de sentimentos. Nesse processo os homens passam a assumir características exigidas socialmente. Assim, as dificuldades dos homens no pensar e agir preventivamente para utilizar a atenção básica é justificada pela imposição social de um comportamento de risco que perpetua indiretamente a visão curativa do processo saúde-doença (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; BRITO; SANTOS, 2014; POZZATI et al, 2013; ALBUQUERQUE et al, 2014).

A construção e a socialização do conceito sobre o ser homem decorre de uma multiplicidade de convenções sociais e culturais permeadas por estereótipos de gênero, que reforçam a ideologia hegemônica de masculinidade. Essas definições refletem uma construção social e histórica do "ser homem" e a presença de fortes estereótipos de gênero, ainda enraizados numa cultura que designa valores, comportamentos, papéis e espaços distintos a serem ocupados por homens e mulheres na sociedade. Tais comportamentos seriam construídos a partir da naturalização das diferenças existentes entre homens e mulheres, e instituídas por vários segmentos sociais, sendo apreendidas durante o processo de aprendizagem e reproduzidas como verdades naturais dentro das relações pessoais e sociais (ALBUQUERQUE et al, 2014; ALVARENGA et al, 2012; PEREIRA; NERY, 2014).

Diante disso, observa-se que a socialização masculina não favorece a criação de vínculo entre homens e serviços de saúde, porque esses não se reconhecem como pessoas requerentes de cuidados. Contudo, outros fatores merecem consideração quando se trata da saúde deste público, sobretudo em nível de atenção primária. Destacam-se a escassez de programas específicos para assistir ao grupo masculino ou mesmo dificuldades para inseri-lo em ações já existentes nas unidades básicas de saúde (UBS). Estudos comprovam que a dimensão de alcance do acesso envolve a interação entre usuário, suas necessidades de saúde e a oferta de procedimentos pelos serviços, o que pode resultar em processos que imprimem maior ou menor grau de facilidade na obtenção dos cuidados em saúde. Na lógica dos serviços de segmentação da clientela, ressalta-se a existência do programa de saúde da mulher efetivado por diversas atividades, ao passo que nenhum programa ou atividade é voltado para a atenção aos homens, em particular os adultos jovens e em faixa reprodutiva, fato que agrava a perspectiva da integralidade da atenção, até mesmo em oposição crítica à histórica segmentação dos programas. As demandas desses homens adultos jovens são atendidas por meio de diversos programas voltados para outros segmentos da população (ALBUQUERQUE et al, 2014; BRITO; SANTOS, 2014; MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; MOZER; CORRÊA, 2014; POZZATI et al, 2013).

Quanto a dificuldade de inseri-lo nas ações existentes novas perspectivas estão sendo criadas em relação à participação da população masculina nos eventos que envolvam a saúde de seus familiares. Assim, a fragilidade inerente à senescência se sobrepõe à crença da invulnerabilidade masculina até então vigente. É possível constatar que o processo de envelhecimento aproxima o público masculino dos serviços de saúde. Dessa forma, a procura pela atenção básica ocorre, exclusivamente, após o adoecimento ou diante de doenças crônicas, que exigem um acompanhamento rigoroso por parte de profissionais da área (POZZATI et al, 2013; ALBUQUERQUE et al, 2014; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016; SILVA et al, 2012).

A ideia presente no imaginário social de que homens não necessitam de cuidados por serem intangíveis a qualquer acontecimento danoso à sua vida contribui, significativamente, para que este público não busque os serviços de saúde preventivos, uma vez que há pouca preocupação e consciência sobre a importância conferida para provê-lo. Por essa razão, poucas pessoas deste público são encontradas no cotidiano das unidades básicas de saúde (UBS), o que se atribui a questões culturais aliadas a aspectos biológicos. Seguindo esse raciocínio, ao

assumirem uma postura baseada nos moldes da hegemonia masculina, os homens resistem em procurar assistência devido ao receio desse ato ser considerado uma prática feminina por pessoas de seu convívio social. Essa resistência influencia não apenas à maneira como eles utilizam os serviços de saúde, mas também o grau de comprometimento em que se encontram quando decidem buscar por auxílio (BRITO; SANTOS, 2014; ALVARENGA et al, 2012; MOZER; CORRÊA, 2014).

Pozzati et al (2013), Moreira; Barboza; Fontes e Brito; Santos (2014) reafirmam a ideia supracitada pelos dados encontrados nos perfis sociodemográficos de mortalidade e morbidade. Por exemplo, de maneira geral os homens vivem menos do que as mulheres, além disso, ocupam mais da metade de todos os leitos hospitalares de internação. Esse são dados que refletem o comportamento de risco adotado e que se reflete em sua ausência no âmbito da atenção básica. Além disso, a procrastinação na busca por assistência tem sérias consequências, considerando-se que acessam os serviços especializados de saúde com quadros de morbidade já instalados e muitas vezes cronificados, o que dificulta a recuperação da saúde. Além de causar sofrimento físico e psíquico ao paciente e à sua família, acarreta maiores custos ao sistema de saúde e sem que tenham deixado evidências do fluxo de atendimento. Nesse caso, é importante ainda ressaltar a falta de dados em relação à situação de saúde da população masculina principalmente na atenção básica.

Existe necessidade de reforço contínuo para a manutenção do modelo patriarcal em diferentes contextos e não seria diferente no ambiente de trabalho. A ausência masculina motivada por cuidado em saúde/doença, demonstra oposição ao que deve ser exposto pela masculinidade hegemônica. Portanto, o medo da descoberta de doenças e dos procedimentos terapêuticos que venham a ser instituídos e o pensamento de autocuidado, internamente, confrontam-se com a masculinidade, ao associar o adoecimento à fragilidade. Consequentemente, a fragilidade em adoecer produz o sentimento de desvalorização e, por isso, evitam essa necessidade por receio de revelar fragilidades no seu contexto social (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; ALBUQUERQUE et al, 2014; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016).

Nesse sentido, emerge na discussão acerca das dificuldades de inserção dos homens na ABS, como fator impeditivo para a procura desses serviços, o envolvimento do trabalho e a relevância atribuída pelos homens à atividade laboral e ao medo de perder o emprego. O trabalho

confere respeito, visibilidade social e virtude moral dignificante ao homem, firmando-o perante a sociedade e proporcionando reconhecimento social e familiar. Sua ausência para comparecer a serviços de saúde/unidades básicas de saúde, geralmente, não é bem aceita pelos próprios homens, profissionais e até familiares. A busca que motiva o imediatismo e a objetividade no atendimento do público masculino requer das instituições de saúde a garantia da resolução dos problemas de saúde desses usuários sem exigir idas frequentes aos serviços (BRITO; SANTOS, 2014; MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; MOZER; CORRÊA, 2014).

Reafirma assim, o receio nos homens de serem considerados fracos e incapazes de executarem o trabalho por seus empregadores formais, caso procurem os serviços de saúde. Esse sentimento surge, sobretudo, pela possibilidade de eles serem substituídos ou demitidos de seus postos de trabalho. Por outro lado, os autônomos procuram de maneira escassa as UBS, porque suas rendas dependem da quantidade de horas trabalhadas (PEREIRA; NERY, 2014; ALVARENGA et al, 2012; BRITO; SANTOS, 2014).

De um lado pode-se afirmar que a influência da socialização na construção de identidade masculina no contexto laboral e sua influência no processo saúde-doença é um obstáculo a ser vencido, uma vez que as UBS estão organizadas para o funcionamento em horários incompatíveis com a jornada laboral tanto do homem quanto da mulher. Por outro lado, não existe a pouca procura por assistência por parte das mulheres por motivo de trabalho, demonstrando, portanto, quanto a instituição do modelo hegemônico afeta a percepção de todos, inclusive o homem acerca da não aceitação da vulnerabilidade (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; ALBUQUERQUE et al, 2014).

Por fim, a análise dos estudos que abordam a temática saúde do homem como usuário do SUS, apontam que apesar deles terem o desejo de cuidar minimamente de sua saúde, esbarram com fatores sociais e questões relativas ao acolhimento por parte dos profissionais e da organização dos serviços.

Em relação as *dificuldades de inserção nos serviços de atenção básica relacionadas aos profissionais* para a participação dos homens na atenção básica, é preciso que as próprias unidades elaborem e priorizem ações junto à comunidade da área de referência, e que essas ações sejam desenvolvidas por meio de estratégias que consigam inserir essa população nas ações em saúde. Observou-se que na gestão dos processos e o planejamento de ações pelos profissionais na Estratégia de Saúde da Família para implementar da PNAISH, permanece uma lacuna na

formulação de ações para promover, estruturar e implementar a atenção integral à saúde do homem na ESF. As evidências desta revisão apontaram que uma das motivações para manutenção da invisibilidade dos homens nesses serviços, estariam relacionadas aos próprios profissionais das unidades básicas (SCHRAIBER et al, 2010; PEREIRA; NERY, 2014).

O processo de implantação e implementação da PNAISH requer que gestores e trabalhadores da saúde assumam um comportamento diferenciado, considerando as diferentes dimensões do ser humano e suas relações, inclusive as questões de gênero, para realização do planejamento realístico e da colocação em prática de ações voltadas à população masculina. É preciso considerar que gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdade e, portanto, a política de saúde no âmbito do SUS precisa reconhecer a existência dessas desigualdades solucioná-las com vistas à promoção da equidade de gênero (MOZER; CORRÊA, 2014; POZZATI et al, 2013; PEREIRA; NERY, 2014; ADAMY et al, 2015).

Os estudos demonstraram que quando existe a tentativa de implementação da PNAISH, a política é repassada e absorvida pelos profissionais de saúde com visão curativa, ou seja, detecção precoce de doenças e intervenções. É notável essa racionalidade por meio dos relatórios relativos à implementação da política, apresentando dados meramente quantitativos sobre exames e procedimentos realizados. Com isso, a análise apontou que questões biomédicas são utilizadas como norteadoras para organização dos serviços e ações, tomando como referência as ações realizadas para a população feminina, fato que leva alguns autores a nomearem tais ações como a medicalização do corpo masculino. Considera-se mais a valorização dos aspectos biológicos relativos à saúde do homem, em detrimento dos aspectos socioculturais relacionados ao gênero, sendo que este último aspecto é o que modula toda a lógica de atenção, o que consequentemente acarreta a pouca procura aos serviços por essa população. Isso contraria totalmente o disposto na PNAISH, uma vez que essa se baseia nas evidências de barreiras sociais, culturais e institucionais, que determinam diferentes desfechos de saúde quando comparadas às populações de homens e mulheres (SCHRAIBER et al, 2010; ALVARENGA et al, 2012; MOZER; CORRÊA, 2014).

As diferentes compreensões a respeito do que seria necessário para a implementação da PNAISH dificulta o processo, seja no que diz respeito ao atendimento às necessidades de ordem fisiológica, seja no que tange ao atendimento de necessidades de fundo psicossocial. As

diferenças podem ser constatadas tanto entre os níveis de atenção no mesmo lapso de tempo, quanto no mesmo nível de atenção em períodos diferentes. Outro aspecto diz respeito ao fato de que os profissionais destacam a necessidade de realização de exames para a população masculina como uma abordagem inicial, tornando-se um instrumento de validação para a aproximação entre o serviço e o público masculino (SCHRAIBER et al, 2010; ARAÚJO, 2014; ADAMY et al, 2015; SILVA et al, 2012).

Associado a isso, a presença de padrões culturais criam reflexos de conceitos estabelecidos socialmente a respeito do que é ser homem (masculidade hegemônica), interfere na prática assistencial dos profissionais de saúde. Estes trabalhadores não identificam os homens como foco de cuidado. Isto acarreta como consequência a ausência na formulação de estratégias para atrair esses indivíduos aos serviços e que os façam sentirem-se acolhidos. Por estar no mesmo contexto social que os usuários, os trabalhadores também estão alicerçados em amarras culturais capazes de contribuir para uma visão estereotipada acerca das necessidades desse segmento populacional. Percebe-se a necessidade e a importância de se promover atendimento holístico ao homem, que considere a heterogeneidade e a construção dos diferentes significados do seu ser, que explore o contexto de vida do indivíduo, deixando de tratá-lo apenas como um corpo doente, mas que seja capaz de identificar as raízes do problema que o levou a procurar assistência (BRITO; SANTOS, 2014; ALVARENGA et al, 2012; MOZER; CORRÊA, 2014).

Com efeito, a problemática se inicia pela formação acadêmica deficitária no que se refere aos debates sobre questões de gênero, socialização e relações sociais nos cursos de saúde. Além disso, os grupos prioritários para estudo são os mesmos priorizados para a criação das políticas: crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Torna-se necessário reconhecer a necessidade de capacitação profissional que englobe a assistência ao público masculino. Existem relatos que comprovam o distanciamento entre o mundo acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde, ou seja, é apontado que boa parte da teoria apresentada na academia tem baixa aplicabilidade na realidade, principalmente na saúde do homem e, por fim, acarreta acolhimento distinto a homens e mulheres (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; POZZATI et al, 2013; BRITO; SANTOS, 2014).

Essa lacuna na academia tem que ser assumida pelas instituições uma vez que é sua responsabilidade promover capacitação adequada para os futuros profissionais de saúde. Por outro, lado as instituições que ofertam assistência à saúde devem promover educação continuada

para os profissionais em temas relacionados à saúde, principalmente a do homem, para lidarem com as questões sociais e técnicas inerentes as novas dinâmicas do trabalho em saúde. A assistência dirigida a este público deve ir além da técnica, sendo que os profissionais devem comprometer-se com mudanças de postura, o que exige empenho e criatividade. É preciso compreender as necessidades e promover o acolhimento para os homens, abordando fatores socioambientais, psicossociais e culturais do processo saúde-doença e não apenas focar nos aspectos biológicos com o intuito de responder às demandas, que se resolvidas sem a adequada abordagem acaba por interromper o pensamento preventivo, descontinuando o processo criado inicialmente, a reflexão para mudança de paradigmas (MOZER; CORRÊA, 2014; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016; MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014).

Observou-se uma lacuna entre o conhecimento dos profissionais acerca da PNAISH e sua aplicação nos serviços de saúde e ações destinados à essa população na atenção básica, sendo que os profissionais relatam pouca divulgação da PNAISH. Este fato, então, deve-se não apenas ao déficit de divulgação, como também a falta de comunicação intersetorial das instituições de saúde e dos gestores da área acerca da referida política e de seu plano de ação (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; PEREIRA; NERY, 2014; ADAMY et al, 2015).

Como resultado, ao conhecerem os princípios e diretrizes da PNAISH, reconheceriam melhor as necessidades masculinas. Como consequência, os profissionais de saúde teriam subsídios para elaborar ações mais efetivas para a assistência e que seriam capazes de atrair os homens aos serviços de saúde e desconstruir as estruturas sociais e culturais ainda vigentes. Fica evidente que é indispensável ofertar estratégias de qualificação e fortalecimento da atenção básica, favorecendo a concepção de que a visibilidade do homem não deve acontecer apenas no processo de recuperação, mas também na promoção da saúde e prevenção de agravos. (BRITO; SANTOS, 2014; ALVARENGA et al, 2012; ADAMY et al, 2015; SILVA et al, 2012).

Poucos reconhecem que os homens possuem carências e por isso os profissionais apontam dificuldades para atuarem sobre elas. Estudos apontam que os homens são encarados pelos profissionais como pessoas que devem ser aceitas apenas quando forem portadores de necessidades em saúde e não conseguem mais lidar com as situações que vivenciam. Os profissionais esquecem que no processo de socialização dos homens, externar preocupações e sentimentos não são comportamentos socialmente aceitáveis. Mais inaceitável ainda seria externar esses sentimentos para mulheres, o que dificulta o reconhecimento e acolhimento das

demandas de saúde dos homens por profissionais majoritariamente do sexo feminino. Isso se comprova pela presença de poucas ações voltadas especificamente para a saúde dos homens. Esta realidade pode levar ao afastamento desses usuários das unidades de saúde devido à sensação de não pertencimento a esse espaço (POZZATI et al; ARAÚJO et al, 2014; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016).

Contraditoriamente, os profissionais não reconhecem sua própria participação nessa construção cultural do adoecimento e do cuidado, não percebendo sequer que no plano das práticas assistenciais eles atuam do mesmo modo que atribuem aos usuários. Valorizam patologias e casos graves sobre os quais operam as mesmas reduções biomédicas. Ademais, não reconhecem que essas são originais e prioritariamente construções socioculturais da sociedade, inclusive dos profissionais. Tampouco conseguem enxergar que seu comportamento contribui para reforçar os relacionamentos que se estabelecem entre serviços, profissionais e usuários. (SCHRAIBER et al, 2010; PEREIRA; NERY, 2014).

É interessante ressaltar que os artigos demonstraram que a maior parte do quadro de profissionais e de pessoas que frequentam os serviços de atenção básica é constituída por mulheres, principalmente na equipe de enfermagem, atores que fazem o primeiro contato com os usuários. Isso tende a interferir no reconhecimento e acolhimento das demandas de saúde dos homens, distanciando-os, devido ao aumento da sensação de não pertencimento a esses espaços. (ALBUQUERQUE et al, 2014; BRITO; SANTOS, 2014; POZZATI et al, 2013).

De acordo com as análises realizadas existe pouco conhecimento por parte dos profissionais sobre os contextos de vida dos pacientes, o que demonstra visão reduzida acerca da saúde dos homens. Para que houvesse efetiva implementação da PNAISH, seria imprescindível compreender a necessidade de considerar aspectos psicossociais e culturais como elementos constitutivos das estratégias construídas e ações ofertadas. Ficou demonstrado que os profissionais não atuam apenas como profissionais autônomos – no cenário da cultura tradicional de trabalho individualizado e independente –, mas também tomam decisões isoladas (POZZATI et al, 2013; ALVARENGA et al, 2012; SCHRAIBER et al, 2010).

Outro aspecto relacionado aos serviços que merece destaque é a forma como transcorrem a comunicação e as práticas educativas que são essenciais para os programas de prevenção. Em sua maioria, esses processos são exercidos de forma instrucional, julgadora e autoritária, indicando o que as pessoas devem ser, fazer e sentir. Produzem sentimentos de erro e

arrependimento e ainda diminuem a capacidade intelectual e proativa das pessoas diante de sua saúde. Reproduzem, assim, antigos padrões da educação sanitária, com estímulo ao autocuidado pela ameaça e exploração dos medos da população. Contrariamente, deveriam ser adotadas formas dialogadas de comunicação resgatando o interesse nas potencialidades dos próprios usuários (SCHRAIBER et al, 2010; PEREIRA; NERY, 2014; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016).

É interessante notar que diante de real dificuldade sistêmica no acesso dos homens aos serviços de saúde, os profissionais parecem não perceber nenhuma necessidade de reordenação do funcionamento das unidades de saúde, justificando que já existe alta demanda que sobrecarrega os profissionais e diminui a qualidade. Observou-se ainda que persiste um discurso por parte dos profissionais de defenderem que há pouca presença e assiduidade dos homens, resistência em comparecer aos serviços, sendo que faltam mais às consultas marcadas e não seguem o tratamento indicado. Paradoxalmente, a maior oportunidade de acesso que poderia ser ofertada aos homens acaba sendo compreendida como responsabilidade individual de cada possível usuário e de melhorias nos recursos de materiais e pessoas. Deixa de ser reconhecida, portanto, a baixa inclusão de propostas assistenciais por parte dos serviços de saúde. (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; COUTO; PINHEIRO; VALENÇA et al, 2010).

Mais que isso, observou-se que é incomum os profissionais estarem atentos para aspectos da configuração ou funcionamento dos serviços que dificultam ou são até mesmo impeditivos ao seu acesso e uso por parte dos homens. Nesse sentido, é possível dizer que os profissionais e os gestores perpetuam uma cultura de gênero na atenção à saúde a partir da adoção de comportamentos que não valorizam situações que poderiam acarretar em mudanças nas estratégias de ampliação de cobertura, alienando-se ao adotarem a ideia de que prestam atenção integral sob a perspectiva de gênero (COUTO; PINHEIRO; VALENÇA et al, 2010; PEREIRA; NERY, 2014).

Constata-se falta de conhecimento dos profissionais de saúde para abordagem do homem. As ações deveriam inicialmente ter priorizado a reflexão e a reformulação de conceitos sobre o que significa ser homem, com o objetivo de entender a dificuldade para os homens no que se refere ao rompimento dos padrões previstos sobre a forma adequada de agir socialmente como homem e de exercitar a masculinidade. Outros pontos que deveriam ser observados e acabam sendo olvidados são a ponderação sobre os determinantes de saúde, e busca de estratégias

coletivas para remodelar pensamentos e comportamentos socioculturais que diminuam a importância que assume da saúde do homem e os colocam em condições de vulnerabilidade, o que poderia produzir, possibilidades de criação de ações de saúde prioritárias para o homem (POZZATI et al, 2013; MOZER; CORRÊA, 2014; ADAMY et al, 2015; SILVA et al, 2012).

Por fim, observou-se que a baixa presença masculina e a estagnação desse patamar nas UBS originam-se também na estrutura e gestão dos serviços, onde os profissionais de saúde não têm governabilidade para realizar as mudanças requeridas.

No que concerne as *dificuldades de inserção do homem na atenção básica relacionados aos serviços*, a PNAISH foi criada com uma proposta inclusiva, ou seja, a política foi gestada e divulgada para que as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à população masculina na ABS ocorressem a partir das ações ali instituídas. Uma das diretrizes da PNAISH propõe a reorganização das ações de saúde por meio de uma proposta inclusiva na qual os homens passem a considerar os serviços de saúde também como espaços masculinos. Por sua vez, os serviços de saúde passariam a reconhecer os homens como sujeitos que necessitam de cuidados, buscando implementar as estratégias de inclusão da população masculina e o atendimento de suas necessidades. Porém, ficou evidente que essa capacidade é ainda pouco observada na racionalidade da teoria e das ações propostas pela gestão da equipe de saúde (MOZER; CORRÊA, 2014; MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014).

Em contraste com o que foi mencionado acima, observou-se que nos planejamentos anuais dos municípios são poucas as referências à realidade social, econômica, demográfica ou epidemiológica das localidades. Tampouco há referência à realidade dos serviços de saúde no município ou ao acesso dos homens a esses serviços. A condução do processo de implementação das políticas públicas pode reforçar preconceitos, uma vez que os serviços de saúde, não conseguem ofertar os programas de forma fidedigna. Torna-se mais difícil caso não haja mudança paradigmática tanto no que diz respeito à percepção da população masculina em relação ao cuidado com sua saúde e saúde de sua família, quanto na mudança organizacional requerida nos serviços de saúde e no perfil de trabalhadores que atuam junto a população (POZZATI et al, 2013; LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).

O comportamento masculino hegemônico é um dos fatores que resulta na pequena procura do homem por serviços de saúde, principalmente, na atenção primária. Fica evidente, a importância de serem consideradas as questões relativas ao gênero, capacitação dos

profissionais, criação de estratégias e ações, e divulgação da política. Apesar de haver afirmativas de que houve divulgação pelos gestores da PNAISH para a população em geral, como forma de estimular a procura dos serviços de saúde por parte dos homens, ficou evidenciado que essa divulgação não foi acompanhada de ações junto às unidades de saúde, de modo que os profissionais não receberam informações nem capacitação específica. Além disso, os serviços não possuíam recursos humanos ou materiais porque estes não foram disponibilizados (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012; ARAÚJO et al, 2014; ALVARENGA et al, 2012; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016).

Diante da complexidade para a implementação dessa política, houve certo grau de incerteza quanto à convergência de ações por parte dos responsáveis por sua implantação. Primeiro, porque a maioria dos agentes implementadores de fato não conhecem a PNAISH e desconhecendo-a operam com seus próprios objetivos, prioridades e referências de atuação para a implantação. Segundo, os gestores não mapearam a realidade onde a política seria desenvolvida, tampouco se acionou o mapeamento territorial das equipes de ESF, implicando no desconhecimento de serviços, entidades e organizações, públicas ou da sociedade civil, que poderiam atuar como rede de apoio do setor saúde. Conseqüentemente, mesmo ressaltando as ações realizadas e o reconhecimento da necessidade de organização da estrutura física e administrativa, supõe-se que o planejamento como ferramenta de gestão para a implementação da PNAISH na ESF nos municípios seja desenvolvido de forma precária e distante do ideal. Persiste inadequação entre a formulação original e a execução efetiva, principalmente, devido à falta de rede de apoio e fluxos específicos para os homens (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012; MOZER; CORRÊA, 2014; PEREIRA; NERY, 2014).

As inúmeras mudanças na gestão política e administrativa do município geram descontinuidade nas ações propostas, uma vez que a cada novo gestor que assume a função de Secretário Municipal de Saúde apresenta, novas propostas, novas equipes técnicas são constituídas e novas prioridades em saúde são estabelecidas, determinando a variação do manejo da gestão nos diversos níveis de atenção à saúde, fato que interfere no processo de implementação da PNAISH (MOZER; CORRÊA, 2014; ARAÚJO et al, 2014; ALVARENGA et al, 2012; SILVA et al, 2012).

As narrativas evidenciaram que a atenção básica emerge mais como um cenário ideal do que como um espaço físico onde efetivamente foram desenvolvidas ações para homens. A

maioria dos gestores não acompanhou a implementação da PNAISH desde a sua chegada ao município, pois houve descompasso entre as pessoas que se responsabilizaram pela elaboração inicial da proposta e por se assegurar dos recursos, com as pessoas que passaram a ocupar o cargo de coordenador da saúde do homem, o que indica grande rotatividade dos profissionais nos cargos de gestão. Os gestores pontuam ainda, como dificuldade para implementação da PNAISH a ausência de ofertas de exames de média complexidade, pela alta demanda reprimida, contrariando as expectativas masculinas de rapidez, o que dificulta a resolução dos problemas de saúde dos homens causando incredulidade no trabalho dos profissionais e da unidade de saúde. (SCHRAIBER et al, 2010; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016; LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012; SILVA et al, 2012).

Apesar da PNAISH assumir o conceito de gênero como elemento central e estruturante a ser utilizado para o planejamento e organização das estratégias para abordagem da população masculina, o seu desdobramento na realidade, não aponta na mesma direção. As ações concretamente propostas evidenciam sinais de tendência à medicalização do corpo masculino. Caracteriza a invisibilidade presente na forma em que são pensadas as estratégias e a organização da assistência por gestores e na postura dos profissionais. (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012; MOZER; CORRÊA, 2014; SCHRAIBER et al, 2010; COUTO; PINHEIRO; VALENÇA et al, 2010).

A implantação e execução de ações direcionadas à saúde do homem esbarram em falhas e déficits do próprio sistema. Infraestrutura precária, burocratização dos serviços, recursos humanos e financeiros insuficientes, ausência de continuidade das ações em saúde e de uma resposta adequada em tempo oportuno, terminam por gerar descrédito no serviço, o que não contribui para a adesão e para o aumento da demanda pelo público masculino. É possível elencar, ainda, que a baixa estruturação dos serviços de saúde, em termos de recursos humanos e materiais, em uma perspectiva qualitativa e quantitativa, bem como de espaço físico adequado para acolher e atender à clientela masculina reforça a baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária (ALBUQUERQUE et al, 2014; ARAÚJO et al, 2014; ALVARENGA et al, 2012).

Ficou evidenciado nos estudos carência na organização das ABS, o que dificulta o atendimento à população em geral e afeta também aos homens. Essa dificuldade perpassa diferentes dimensões: número de profissionais atuantes nos serviços, excesso de burocracia para

respostas às demandas, demora do atendimento, problemas nos sistemas de referência e contrarreferência. Desse modo, para ofertar assistência resolutiva, seria de fundamental importância a transformação qualitativa nos serviços de saúde, no pensamento dos servidores por meio da sensibilização do coletivo profissional, do incentivo ao aprendizado, da vontade política e da desconstrução relacionadas às questões de gênero e de boa gestão dos recursos financeiros, materiais e de pessoal disponíveis para fazer com que os homens reconheçam tanto a atenção primária como principal porta de entrada do SUS, quanto que sua saúde merece preocupação (POZZATI et al, 2013; ALBUQUERQUE et al, 2014; ADAMY et al, 2015).

Ressalta-se que o público masculino é referido pelos profissionais como distante de sua rotina de trabalho, reforçando, ainda mais, a invisibilidade desses usuários no cenário das políticas e programas assistenciais já estabelecidos no cotidiano das UBS. Invisibilidade que é legitimada pela dificuldade de acesso a consultas médicas, às quais, em geral são obtidas por meio de distribuição de fichas em horários inconvenientes e incertos. Ademais, o funcionamento das UBS em turno comercial traz à tona questões de gênero que atribuem aos homens o papel de provedor, dificultando a ida e permanência do público masculino aos serviços: fica difícil justificar a falta ao trabalho para buscar por assistência (BRITO; SANTOS, 2014; MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; ALVARENGA et al, 2012).

A formulação, a implementação e a execução das políticas de saúde são caracterizadas por desafios e situações que necessitam de práticas de acompanhamento, monitoramento e avaliação permitindo não apenas possíveis correções na condução das ações, mas, sobretudo atender às modificações constantes e estruturais do processo. No que se refere ao funcionamento das unidades, diversos estudos apontaram efetividade nos atendimentos em períodos alternativos que possibilitassem o atendimento dos homens nesses serviços. Porém, há resistência dos profissionais, pois na concepção deles, ampliar o turno de funcionamento das UBS, não contribui para atrair o grupo masculino. Refutando esta ideia, autores revelaram a eficácia da estratégia em atender a população em turno estendido, pois foi notório o aumento de pessoas que buscou por assistência. Essas estratégias não focalizaram apenas o grupo masculino, sendo que homens e mulheres de todas as classes sociais estão inseridos no mercado de trabalho, participando da força produtiva, um horário alternativo favorece a presença dos usuários de ambos os sexos nos serviços de saúde (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; COUTO; PINHEIRO; VALENÇA et al, 2010; ARAÚJO et al, 2014; ADAMY et al, 2015).

É interessante ressaltar que os espaços foram citados em diferentes estudos por sua predominância do gênero feminino e de ações voltadas para as mulheres e/ou crianças aumentando o sentimento de descaracterização social no cenário desses espaços. Mais do que isso, representam certo distanciamento dos homens pela percepção de despertencimento. Confirma assim a invisibilidade masculina que foi o produto da histórica feminilização da UBS. Reitera e reproduz em novos e atuais termos, a permanência desse direcionamento da organização dos serviços preponderantemente para as mulheres quanto a decoração da estrutura ser segregatória binária, principalmente em época de campanhas e na divulgação de grupos de tratamento que deveriam ser direcionados a todos os grupos populacionais (POZZATI et al, 2013; MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; COUTO; PINHEIRO; VALENÇA et al, 2010; SCHRAIBER et al, 2010; SILVA et al, 2012).

Ficou evidenciada a escassez de recursos financeiros considerada pelos gestores como uma grande dificuldade para o planejamento, gestão e execução dos serviços de atenção à saúde da população. Como resultado, o excesso de demandas na atenção básica é um aspecto que tem sido valorizado em vários estudos pelos reflexos que imprimem na dinâmica do trabalho cotidiano. A ESF foi concebida para expandir o acesso à atenção primária e coordenar a integração com as redes de atenção à saúde. No entanto, na prática, a dimensão acesso continua baixa em virtude do excesso de demandas por serviços de saúde (MOREIRA; BARBOZA; FONTES, 2014; ARAÚJO, 2014; PEREIRA; NERY, 2014; ADAMY et al, 2015).

Em síntese, as análises efetuadas neste estudo demonstraram que a dificuldade de inserção dos homens na ABS e vivenciada nos serviços se traduzem em três esferas principais: os homens; os profissionais de saúde e a gestão dos serviços desse nível de atenção (BRITO; SANTOS, 2014). No que se refere ao homem fica clara a marginalização da população masculina no que tange ao acesso aos serviços de saúde, o conceito de papel social a ser desempenhado, o modelo hegemônico de masculinidade e a socialização dessa população, que os afetam de formas distintas. Essas nuances amparam-se na cultura de gênero que não é compreendida em sua essência pelos diversos atores envolvidos nesse processo. Observou-se que os agentes mais lesados são os homens porque se percebem impossibilitados de externar seus sentimentos, inclusive de preocupação com sua saúde. Para, manter a conjuntura social da masculinidade hegemônica submete sua saúde como pagamento. Reafirmam a ideia de não

pertencimento aos espaços nos serviços de saúde, tanto para si próprio quanto para a sociedade em seus diferentes contextos.

Torna-se imprescindível reconhecer que a PNAISH, apesar de propor uma atualização de conceitos e reorganização de ideias, não dispõe de dispositivos institucionais para a efetivação da transformação de ideias em ações.

O gênero, modula as práticas sociais e, como tal, orienta a percepção do mundo e como este vem a ser compreendido pelo sujeito. Justamente por isso engloba os sujeitos da comunidade, inclusive os profissionais das unidades básicas, que por falta da qualificação profissional e de recursos, reforçam a despreocupação em relação à saúde dos homens, o que contribui para sua invisibilidade. Associado a isso está a frágil vontade política e a falta de planejamento das ações pelos gestores completando o ciclo vicioso de descaso e descomprometimento com o público masculino e sua saúde.

Mesmo diante das particularidades dos resultados e do baixo nível de evidência dos artigos (em sua maioria de nível 5). A falta de planejamento das ações para implementação da PNAISH, demonstra a necessidade de mudanças ainda na academia, para promover a qualificação profissional, o que poderia contribuir para implementação de mudanças no imaginário dos futuros profissionais e gestores que concebem e reafirmam construções culturais e sociais deletérias a todos, mas principalmente para os homens (SCHRAIBER et al, 2010; MOZER; CORRÊA, 2014).

Devido ao processo de feminilização da ABS, reiterando e reproduzindo continuamente a permanência desse direcionamento na organização dos serviços, direciona o maior número de ações para mulheres, crianças e idosos, ao invés de atribuir a mesma importância à saúde dos homens (PEREIRA; NERY, 2014). A PNAISH é encarada como ampliação de cobertura desacreditada pelos profissionais, gestores e homens, legitimando o seu processo de invisibilidade.

Também foi possível identificar no estudo a imprescindibilidade da capacitação dos formuladores de políticas públicas e dos profissionais de saúde que conduzem a ESF quanto à atenção integral à saúde do homem, considerando-se que os estudos apontaram que nenhum dos profissionais havia recebido capacitação para atender os homens em suas particularidades. Pelo contrário, revelou-se nesta revisão a dificuldade dos profissionais na abordagem dessa população. A capacitação profissional é indispensável para o desenvolvimento de ações baseadas

na integralidade uma vez que amplia o foco de atenção distanciando-se da visão reducionista e biomédica e passando a se estruturar na ética, na humanização e no respeito aos direitos inalienáveis dos indivíduos (PEREIRA; NERY, 2014; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2016).

As alianças estabelecidas para a implementação de políticas públicas devem encontrar modos de operar em conjunto, abstraindo interesses das partes, chegando a um bem comum. Por exemplo, o uso de espaços coletivos e contextos majoritariamente masculinos para promoção à saúde é fundamental. Esses espaços e momentos não devem ser restritivos adotando a ideia da imposição de conhecimentos sobre saúde, mas objetivar a sensibilização sobre a importância do cuidado em saúde para os homens. Pondera-se a viabilidade da equipe gestora em promover a implementação de práticas em saúde voltadas para a ressignificação das concepções dos profissionais a respeito da relação homem/cuidados de saúde (MOZER; CORRÊA, 2014).

A política de saúde para os homens não deve ser encarada em disputa com a política de saúde das mulheres e crianças, mas como atuação conjunta e complementar para a saúde da família e da comunidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu evidenciar que a falta de demanda masculina aos serviços de saúde não é ocasionada apenas por parte do usuário. Dessa equação fazem parte, também, outros atores como profissionais e gestores, e aspectos institucionais. Persiste, ainda, visão reducionista sobre os significados de saúde e do ser homem, podendo comprometer a assistência integral a esse público. A ausência de compreensão sobre as particularidades que envolvem o processo de socialização dos homens dificulta o reconhecimento de suas barreiras pessoais e sociais relativas ao cuidado e se reflete em uma assistência superficial. Observa-se que a socialização masculina, atrelada às concepções de gênero foi considerada como empecilho para os homens considerarem-se requerentes de cuidados e buscarem por assistência à saúde.

A PNAISH deve ser utilizada como instrumento de ação para minimizar a ausência do homem na atenção básica, sendo necessário desenvolver estratégias e ações que possibilitem a desconstrução dos estereótipos de gênero que reforçam o ciclo pernicioso da invisibilidade. Algumas estratégias possíveis seriam: debates e inserção da temática ainda na academia, capacitação e a qualificação profissional tanto dos que trabalham na ESF e ABS, quanto gestores, readequação dos serviços de saúde tanto em aspectos estruturais como de recursos humanos, mudanças de paradigmas do conceito de saúde, pactuações entre a atenção básica e as empresas para ampliação lócus de abordagem, realização de campanhas educativas e mudança do horário de atendimento nas unidades.

Seria importante inserir no contexto da atenção básica, por meio da elaboração de programas que abordem de maneira específica as demandas dos homens e o enfrentamento das questões relativas à identidade masculina no que tange às questões de gênero.

Outra lacuna verificada foi a escassez de estudos e artigos existentes sobre a temática, o que dificulta o acompanhamento e a avaliação da realidade existente em relação à política e sua implantação nos serviços. Foi possível concluir que a atuação dos profissionais de saúde, principalmente dos profissionais que compõem a equipe da ESF é elemento indispensável para transformação dessa conjuntura devido sua proximidade no acolhimento do usuário, que valoriza não apenas os aspectos fisiológicos, mas as outras esferas que constituem um sujeito de direito à saúde independente do sexo ou identidade de gênero.

7. REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K. et al. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: visão dos gestores do SUS.** Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online), p. 2415-2424, 2015. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26832>. Acesso em: 31 de março de 2017.

AGUIAR, R. S.; SANTANA, D. C.; SANTANA, P. C. **A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 5, n. 3, 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27689&indexSearch=ID>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. **O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 18, n. 4, p. 607-614, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400607. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

ALVARENGA, W. A. et al. **Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação.** Rev. bras. enferm, v. 65, n. 6, p. 929-935, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a07v65n6.pdf>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

ARAÚJO, M. G. et al. **Opinião de profissionais sobre a efetivação da política nacional de atenção integral à saúde do homem.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, p. 682-689, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400682. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Belo Horizonte: Gestão e Sociedade, v.5, n. 11p. 121-136, maio-ago, 2011. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. **Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde [Barriers to implementing health care programs for male publics: health professionals' views].** Revista Enfermagem UERJ, v. 21, n. 5, p. 654-659, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300019. Acesso em: 24 de Janeiro de 2017.

COUTO, M. T. et al. **Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão.** 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/02.pdf>Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

COUTO M.T.; PINHEIRO T.F.; VALENÇA O. et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2010; 14:257-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

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.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011. Acesso em: 31 de março de 2017.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S.N. **O percurso da política nacional de atenção integral à saúde dos homens (PNAISH), desde a sua formulação até a sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde.** *Ciência & saúde coletiva*. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 17, n. 10 (out. 2012), p. 2607-2616, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

MACHIN, R. et al. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

MELNYK B.M; FINEOUT-OVERHOLT E. **Evidence-based practice in nursing and health: a guide to best practice.** Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, 2011. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Evidence_based_Practice_in_Nursing_Healt.html?id=Hn7ESF1DJoC&redir_esc=y. Acesso em: 24 de Janeiro de 2017.

MENDES, K. D. S. et al. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

MOURA, E.C. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

MOURA, E. C. de et al. **Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00429.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2017.

MOREIRA, R. L. S. F.; BARBOZA, T. M.; FONTES, W. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, p. 615-621, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615. Acesso em: 31 de março de 2017.

MOZER, I. T; CORRÊA, A. C. P. **Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, p. 578-585, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400578. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. **Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, p. 635-643, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0635.pdf>. Acesso em: 31 de Março de 2017.

POZZATI, R. et al. **O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas.** Rev enferm UERJ, v. 21, n. 4, p. 540-5, 2013. Disponível em: Acesso em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a20.pdf>. Disponível em: Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

SANTANA, E. N. et al. **A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 324-332, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20394&indexSearch=ID> Acesso em: 31 de março de 2017.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica.** Saúde e Sociedade, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens.** Cadernos de Saúde Pública, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018. Acesso em: 31 de março de 2017.

SILVA, P. A. S. et al. **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde.** Esc Anna Nery, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300019. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.