

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Bárbara Fabrícia Silva**

**Implantação e fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde  
do Homem no município de Juiz de Fora – Minas Gerais**

Juiz de Fora

2022

**Bárbara Fabrícia Silva**

**Implantação e fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde  
do Homem no município de Juiz de Fora – Minas Gerais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Gírlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Bárbara Fabrícia .

Implantação e fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Juiz de Fora – Minas Gerais / Bárbara Fabrícia Silva. -- 2022.

133 f.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pesquisa Qualitativa. 3. Saúde da Família. 4. Saúde do Homem. I. Silva, Girlene Alves da , orient. II. Título.

**Bárbara Fabrícia Silva**

**Implantação e Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Município de Juiz de Fora – Minas Gerais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 30 de setembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Girlene Alves da Silva** - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Deíse Moura de Oliveira**  
Universidade Federal de Viçosa

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Margareth Cristina de Almeida Gomes**  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Elenir Pereira de Paiva**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Érika Andrade e Silva**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Delmar Teixeira Gomes**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Geovana Brandão Santana Almeida**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Daniela Soares Santos**

Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Angélica Aparecida Amarante Terra**

IF Sudeste - MG Campus São João del-Rei

Juiz de Fora, 16/09/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Girlene Alves da Silva, Professor(a)**, em 30/09/2022, às 12:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Deíse Moura de Oliveira, Usuário Externo**, em 30/09/2022, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Margareth Cristina de Almeida Gomes, Usuário Externo**, em 30/09/2022, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elenir Pereira de Paiva, Professor(a)**, em 22/11/2022, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erika Andrade e Silva, Professor(a)**, em 22/11/2022, às 23:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0951689** e o código CRC **2042F7EE**.

Dedico este trabalho inteiramente à minha querida Vovó Marília (*in memoriam*), que continua sendo minha maior força e inspiração na vida.

Com todo meu amor e gratidão.

## **AGRADECIMENTOS**

Na construção de uma tese de doutorado, apesar de ser de autoria individual, há a contribuição indireta de pessoas indispensáveis em nossas vidas. Essa fase acadêmica que findo, foi regada de momentos alegres e, também, difíceis. Apesar disso, nunca me senti sozinha nessa trajetória e, portanto, é preciso lembrar de todos aqueles que sempre me motivaram e não me deixaram desanimar.

Agradeço primeiramente à Deus, que sempre foi autor da minha vida e meu maior sustento nas tribulações. Encontrei força em Sua palavra para me conceder sabedoria, discernimento e serenidade para concluir esse desafio.

Agradeço à Profa. Dra. Girlene pela orientação desta tese, pelo apoio, paciência e disposição para me auxiliar, mesmo quando foi preciso torcer para o tempo passar devagar. Você não me deixou fraquejar e foi inspiração para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada por todos esses anos de aprendizado e por sempre permitir que eu continue sendo sua aluna.

Agradeço aos membros da banca da qualificação e defesa. É um privilégio ter a possibilidade de aprender com suas ideias e reflexões.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e à equipe do NATES-UFJF, obrigada pela oportunidade de fazer parte do corpo docente e pelos ensinamentos.

Agradeço aos enfermeiros Anna Beatriz, Gabriela e Yuri e aos gestores participantes dos estudos pelo auxílio na coleta de dados. Sem a colaboração de vocês não seria possível compreender o olhar dos profissionais sobre a saúde do homem.

Agradeço ao meu esposo, Vinícius, pelo companheirismo e resiliência em todos esses anos. Obrigada por não me deixar desistir, mesmo quando esta era a minha maior certeza. Obrigada por compreender minha ausência e me ajudar a tomar decisões tão importantes nessa caminhada. É ao seu lado que hoje alcanço mais essa conquista na minha vida profissional.

Agradeço aos meus pais por respeitarem meu tempo dedicado aos estudos e entenderem os dias em que não foi possível realizar visitas mais longas e agradáveis. Obrigada por sempre me aplaudirem de pé e por todos os ensinamentos de vida. Não seria nada sem o amor e carinho de vocês.

Agradeço ao “mormão”, Leão, pela amizade e pela confiança que sempre deposita em mim. Sua participação na minha vida é imprescindível.

Agradeço a todos os demais familiares e amigos, pelo apoio, carinho e momentos.

Sim, estou defendendo meu doutoramento. Não só por mim, mas também por todos vocês. Gratidão!



“é importante que se tenha uma nova forma de pensar, tratar e atender os homens nos serviços de saúde”. (BERBEL; CHIRELLI, 2020, p. 6).

## RESUMO

A questão da saúde do homem, no Brasil, passou a ser tratada como um verdadeiro problema de saúde pública a partir de estatísticas que apontaram índices maiores de morbimortalidade para eles do que para as mulheres. Reconhecendo o contexto dos agravos do sexo masculino, o Ministério da Saúde, juntamente com gestores do Sistema Único de Saúde, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, apresentaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008. Na perspectiva de compreender o cenário atual e a possibilidade de distanciamento entre a publicação de uma política e a concretização de seus princípios, o presente estudo teve como objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, de acordo com a perspectiva dos supervisores das Unidades Básicas de Saúde. É um estudo qualitativo, de cunho investigativo, realizado na Atenção Básica do município mencionado. Participaram do estudo 33 supervisores das Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família. Os dados foram apreendidos com a utilização de uma entrevista semiestruturada, contemplando os princípios, diretrizes e objetivos propostos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O método de análise temática proposto por Bardin foi selecionado para o tratamento dos depoimentos. As seguintes categorias foram construídas e nomeadas, seguindo as proposições para a análise e a interpretação dos dados: conhecimento e saberes acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde – desafios e perspectivas na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Atenção Básica como porta de entrada para a saúde do homem – ações implementadas pela Estratégia Saúde da Família. A partir da análise das categorias elencadas percebeu-se que não basta, somente, a existência de um programa específico e com propostas abrangentes de atendimento à saúde do homem, mas é preciso compreender e ajustar os caminhos e os desafios presentes nos locais onde as ações devem ser implementadas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pesquisa Qualitativa. Saúde da Família. Saúde do Homem.

## ABSTRACT

The issue of men's health in Brazil started to be considered as a real public health problem after statistics that showed higher rates of morbimortality for men than for women. Recognizing this context, the Ministry of Health, together with managers of the Sistema Único de Saúde [Unified Healthcare System], scientific societies, organized civil society, academic researchers and international cooperation agencies, presented the Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [National Policy for Integral Attention to Men's Health] in 2008. In order to understand the current scenario and the possibility of distancing between the publication of a policy and the implementation of its principles, the present study aimed to analyze the implementation of the National Policy for Integral Attention to Men's Health, in the city of Juiz de Fora, State of Minas Gerais, from the administrators' perspective. It is a qualitative-investigative study, carried out in the Atenção Básica [Primary Healthcare] of the mentioned municipality. Thirty-three managers of Unidades Básicas de Saúde [Basic Healthcare Units] with the Estratégia de Saúde da Família [Family Healthcare Strategy] participated in the study. Data were collected using a semi-structured interview, contemplating the principles, guidelines and objectives proposed in the National Policy for Integral Attention to Men's Health. The thematic analysis method proposed by Bardin was selected for the treatment of the testimonies. The following categories were constructed and named following the propositions for the analysis and interpretation of data: knowledge about the National Policy for Integral Attention to Men's Health; Primary Healthcare – challenges and perspectives in the implementation of the National Policy for Integral Attention to Men's Health; Atenção Básica [Primary Healthcare] as a gateway to men's healthcare - actions implemented by the Estratégia de Saúde da Família [Family Healthcare Strategy]. Stemming from the analysis of the categories listed, it was noticed that it not enough only the existence of a specific program and comprehensive proposals for men's health, but it is necessary to understand and adjust the paths and challenges present in the places where the actions should be implemented.

Keywords: Primary Health Care. Qualitative Research. Family Health. Men's Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Municipais
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Estaduais
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	OBJETIVOS .....	20
1.1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>21</b>
1.1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>22</b>
2.1	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM .....	27
<b>3</b>	<b>O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO</b> .....	<b>31</b>
3.1	LOCAL DO ESTUDO .....	32
3.1.1	Caracterização do município de Juiz de Fora - MG .....	33
3.1.2	Sujeitos do estudo .....	34
3.2	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS .....	35
3.3	ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS .....	38
3.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	39
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
4.1	CONHECIMENTO E SABERES ACERCA DA PNAISH .....	40
4.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	49
4.2.1	<b>Invisibilidade da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem para o enfrentamento das questões de saúde do homem</b> .....	<b>49</b>
4.2.2	<b>Organização da atenção básica para contemplar a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem</b> .....	<b>53</b>
4.2.3	<b>O papel do homem na implementação de sua política pública</b> .....	<b>67</b>
4.2.4	<b>Como a pandemia da Covid-19 interferiu na saúde do homem</b> .....	<b>74</b>
4.3	ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA PARA A SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES IMPLEMENTADAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	80
4.3.1	<b>Pré-natal do parceiro inserido na atenção básica</b> .....	<b>86</b>
4.3.2	<b>Grupos de direitos reprodutivos</b> .....	<b>91</b>
4.3.3	<b>Campanha novembro azul</b> .....	<b>97</b>

4.3.4	Adequação do horário de funcionamento .....	101
4.3.5	Meios de comunicação entre ESF e público masculino .....	107
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	112
	REFERÊNCIAS.....	115
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados .....	127
	ANEXO A – Permissão da chefia do Serviço de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora - MG, para realização da pesquisa.....	128
	ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF .....	129

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XIX, quando a saúde se tornou questão de Estado e intervenções específicas passaram a existir, a fim de preencher as lacunas sociais ou amenizá-las, determinados sujeitos receberam atenção especial. Alguns deles, tais como os homossexuais, por serem reconhecidos como uma ameaça para a sociedade e outros, como as crianças, idosos e mulheres, por serem considerados vulneráveis frente às doenças e às adversidades. As mulheres, ainda, por serem responsáveis pela reprodução humana (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Mas, enquanto determinados grupos ganhavam visibilidade, outros permaneciam intocáveis. Esse é o caso dos homens.

A questão da saúde do homem, no Brasil, passou a ser tratada como um verdadeiro problema de saúde pública a partir de estatísticas que apontaram índices maiores de morbimortalidade entre os homens do que entre as mulheres. Os homens têm tendência à adoção de hábitos de vida menos saudáveis do que as mulheres, ou seja, fumo, álcool, sexualidade, estresse e trabalho, que têm uma repercussão significativa na saúde do homem. Essa tendência gerou campanhas que, apesar de não serem direcionadas exclusivamente para o público masculino, mostravam que os sanitaristas já haviam percebido o perigo que as questões de gênero representavam para a saúde pública. Como exemplo, pode-se citar as campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas *doenças venéreas*. Além disso, foi justamente entre os anos de 1930 e 1940, época marcante da luta contra as doenças sexualmente transmissíveis, que foi proposta a criação da andrologia no Brasil, ciência destinada ao estudo do homem e que, ainda, encontra grande dificuldade para se implantar (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Atualmente, as mulheres ainda referem ser portadoras de algum problema de saúde, enquanto os homens são menos diagnosticados com antecedência, devido à ausência do público masculino nos serviços de saúde. Os homens continuam adeptos ao tratamento com automedicação e hospital privado ao invés de buscarem a Unidade Básica de Saúde (UBS) (GOMES, 2016). As farmácias, também, são exemplos de serviços emergenciais buscados pelos homens, uma vez que preferem soluções mais rápidas e objetivas às suas demandas (BRASIL, 2013b). Alguns dos principais motivos para o homem buscar tratamentos desprovidos de orientação clínica, ainda é o de se prejudicarem no trabalho, visto que suas atividades laborais geralmente são

no mesmo horário das atividades da UBS e, também, por não se considerarem doentes e vulneráveis (PIMENTEL *et al.*, 2020).

Com esse comportamento, os homens deixam de se beneficiar das ações de prevenção da doença e promoção da saúde, sobrecarregando os serviços de atenção secundária e terciária com demandas que poderiam ser solucionadas na atenção básica (BRASIL, 2013b). Mesmo com as estratégias e o planejamento da política, a grande maioria dos homens ainda não reconhece os serviços de saúde como um espaço masculino e não se sentem à vontade para frequentá-los, uma vez que o atendimento é mais voltado às mulheres e crianças (ELIAS *et al.*, 2021). É interessante lembrar que, em nossa sociedade, o papel de *cuidador* está impregnado ao sexo feminino desde o início da educação, contribuindo para a desvalorização do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde por parte dos homens, que foram criados para prover e não para serem assistidos.

A resistência masculina à atenção primária é responsável pelo aumento dos encargos financeiros com a saúde, pela diminuição da qualidade de vida dos homens e seus familiares e pelo impedimento de evitar agravos que poderiam ser solucionados precocemente na atenção básica (BRASIL, 2008). Além disso, a saúde pode sofrer intercorrências por qualquer comprometimento externo ou interno que ocorra na vida de uma pessoa e, sendo assim, homens que não procuram de forma regular uma unidade básica apresentam dificuldades de se sentirem apoiados e não se sentem à vontade para frequentar esses ambientes (ELIAS *et al.*, 2021).

Reconhecendo o contexto dos agravos do sexo masculino como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde, gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional apresentaram, em conjunto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008. Amparada pelos princípios e diretrizes do SUS, a PNAISH se encontra atrelada à Política Nacional de Atenção Básica e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e às estratégias de humanização em saúde. Essa Política apresenta, como objetivo geral, a melhoria das condições de saúde da população masculina, visando a redução da morbidade e mortalidade entre os homens e priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e igualitário (BRASIL, 2008).

De acordo com a PNAISH, questões socioculturais e institucionais afastam os usuários do sexo masculino dos serviços de saúde. A PNAISH deixa clara uma relação



significante entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens. Nesse contexto, as causas da baixa adesão do sexo masculino à atenção primária são provocadas por barreiras socioculturais e institucionais (BRASIL, 2008).

Mais de dez anos após a publicação da PNAISH, os desafios para sua implantação perduram. A falta de informação do homem usuário sobre os seus direitos e os serviços disponibilizados, incluindo horários e condições necessárias para garantir o acesso a atendimentos especializados, é fato comum encontrado nas unidades de saúde. Esse desconhecimento é uma das causas da baixa adesão dos usuários. Além disso, muitos profissionais de saúde desconhecem e/ou não se interessam pelos princípios da PNAISH, contribuindo para um acolhimento inadequado à população masculina. Os profissionais desvalorizam as queixas dos homens e assistem, de forma privilegiada, as crianças, as mulheres e os idosos. A falta de recursos humanos também dificulta o processo de acolhimento. O sistema de referência e contrarreferência costuma ser ineficiente e moroso, constituindo um entrave para o cumprimento do princípio da integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O espaço físico das unidades de saúde geralmente é insuficiente e faltam recursos materiais para atender a população masculina (BRASIL, 2013b).

Corroborando, Faria *et al.* (2015) destacam o desconhecimento da PNAISH pelas equipes de saúde, o despreparo dos profissionais para reconhecer e lidar com as demandas masculinas e o número reduzido de profissionais nas equipes como os principais desafios para garantir a qualidade da assistência aos homens. Eles incluem, ainda, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde como um agravante. Os autores afirmam que os gestores, apesar de serem instrumentos indispensáveis na mudança do perfil epidemiológico da população, dedicam pouco tempo à implementação da PNAISH e, ainda, possuem um conhecimento fragmentado acerca dela. A ausência de estratégias organizacionais e institucionais destinadas à implantação da PNAISH promove uma sobrecarga de trabalho para gestores e profissionais dos serviços de atenção básica, gerando falta de apoio local e, conseqüentemente, estagnação do perfil de morbimortalidade da população masculina.

Outro ponto a ser destacado é que os municípios possuem poucas informações sobre o acesso do homem aos serviços de saúde, sobre dados epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos. Mesmo com a implementação da

PNAISH, não é possível avaliar seu impacto, visto que os indicadores de monitoramento não são claros, na maioria das localidades, e, tampouco, discutidos em âmbito municipal (FARIA *et al.*, 2015). Barreto *et al.* (2018) reforçam que os gestores e os profissionais de saúde por desconhecerem os princípios norteadores da PNAISH, desenvolvem atividades pouco articuladas com ela, focando o atendimento em ações curativas.

Na abordagem da saúde do homem, tanto os profissionais de saúde como a comunidade se limitam a tratamentos de prevenção contra impotência, infertilidade ou problemas de próstata. No entanto, a saúde do homem de forma integral está muito além das ações mencionadas (GOMES, 2016). Pimentel *et al.* (2020) dizem que o homem ainda prima pelo curativismo em detrimento à prevenção, de uma forma geral. O autocuidado não se mostra muito expressivo no cotidiano dos homens e isso se deve ao seu entendimento do processo saúde-doença, não se reconhecendo como indivíduo susceptível ao adoecimento e prejudicando as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

O estudo de Medeiros *et al.* (2021) também evidenciou o desconhecimento de grande parte do público masculino sobre a existência de uma política pública nacional, que planeja e garante a manutenção da saúde do homem, através de exames médicos e consultas periódicas, além da falta de conscientização sobre os riscos de complicações à saúde e óbito dos homens. Ainda nesse contexto, Pimentel *et al.* (2020) dizem que a maioria dos homens ainda desconhece as atribuições da enfermagem na atenção básica, desconhecendo a equipe multidisciplinar como profissionais capazes de atender suas demandas e, portanto, valorizando somente o profissional médico.

Enquanto isso, os homens continuam, comprovadamente, morrendo mais que as mulheres. Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), morreram no Brasil 874.167 homens e 682.027 mulheres, no ano de 2020 (BRASIL, 2020b). A principal causa de óbitos entre os homens, nesse mesmo, ano foram doenças do aparelho circulatório, seguida de doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias. Já na Zona da Mata, a principal causa de óbitos entre os homens também foram as doenças do aparelho circulatório, seguida de causas externas e de doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2020a). Das 119.215 mortes por neoplasias na população masculina brasileira, 15.841 foram por neoplasia maligna da próstata (BRASIL, 2020c). Em Minas Gerais e em Juiz de Fora as neoplasias também estão

entre as principais causas, com mais de 10% de óbitos por neoplasia da próstata, dentre as mortes por neoplasia. Dos 152.128 óbitos no estado de Minas Gerais, 84.432 foram do sexo masculino (BRASIL, 2020)e. Em Juiz de Fora, a maior parte dos óbitos também foi referente ao sexo masculino, com 2.481 óbitos de um total de 4.860 (BRASIL, 2020d). Em geral, considera-se que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias podem ser prevenidas e controladas. O fato de elas serem consideradas as principais causas de óbito masculino, atualmente no Brasil, revela inadequações na promoção da saúde e prevenção da doença no homem.

Vale lembrar que, nos últimos anos, a mortalidade masculina brasileira por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, vem aumentando. Uma das justificativas para este cenário está no fato de os homens não possuírem o hábito de comparecer periodicamente às consultas médicas para exames de saúde de rotina, o que os torna mais vulneráveis à morte causada por doenças ou agravos que poderiam ser prevenidos ou tratados precocemente, pelos cuidados prestados pelos profissionais envolvidos na atenção básica (MEDEIROS *et al.*, 2021).

A avaliação da implantação e implementação da PNAISH é interessante para verificar sua efetividade e influência na qualidade de vida da população masculina, contribuindo para aprimorar as ações relativas a essa política. Esse processo ocorre de acordo com as deliberações definidas em âmbito federal, estadual e municipal, além dos planos, programas e projetos decorrentes da política. É importante avaliar, ainda, sua contribuição para a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS, preestabelecidos.

Existem várias sugestões de gestores, profissionais de saúde e usuários para a consolidação da PNAISH. Dentre elas destacam-se: a capacitação dos profissionais e gestores direcionada ao acolhimento da população masculina jovem-adulta; a busca ativa dos usuários; a divulgação das ações e serviços de saúde oferecidos ao homem; a ampliação das atividades preventivas e o fortalecimento da atenção básica; o estabelecimento de horários diferenciados, especialmente não comerciais, para o atendimento ao público masculino; a estruturação da rede de serviços de saúde, aprimorando o sistema de referência e contra referência; e, por fim, a compreensão do universo masculino e suas particularidades, para melhor adequação das atividades desenvolvidas na atenção primária (GOMES, 2016).

O planejamento também é uma alternativa para preencher as lacunas da assistência à população masculina, incluindo a participação de gestores detentores do conhecimento sobre a realidade local e comprometidos com a mudança e, portanto, com a elaboração das políticas públicas e avaliação das ações implementadas. Finalmente, a sensibilização dos homens acerca do autocuidado é uma aposta para a redução dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis, aliada à atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) inclusiva e humanizada, considerando o contexto familiar dos usuários e integrando-os na reestruturação dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2008).

Com o objetivo de prevenir a incapacidade e a mortalidade decorrentes do câncer de próstata, as UBSs deveriam envolver tanto as estratégias preventivas, englobando os fatores de risco ou predisponentes, quanto aquelas de caráter secundário, que abrangem o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011). Ainda, para os mesmos autores, a disseminação de conhecimentos adequados sobre o exame, que gera tanto receio e preconceito, pode ser uma estratégia fundamental para a formação de conduta positiva em relação à detecção precoce da doença na população masculina.

Nesse contexto, os serviços de saúde devem modificar a forma de acolhimento ao usuário do sexo masculino, identificando as reais necessidades de saúde desse grupo, tentando inteirá-los na atenção primária, prevenindo a doença e promovendo a saúde dos homens. Paiva *et al.* (2012) reforçam a necessidade de que as equipes de saúde da família possibilitem experiências educativas com grupos de homens nos serviços de saúde e centros comunitários, divulgando informações correlacionadas à saúde masculina, considerando que só a partir de um conhecimento prévio é possível obter uma prática adequada em saúde.

Sobre a linha de crédito para financiamento da Saúde do Homem, foram publicadas quatro portarias, sendo uma delas revogada, de repasse de recursos financeiros com o objetivo básico de apoiar a implantação de ações e estratégias voltadas para PNAISH no Distrito Federal, estados e municípios:

- a) Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009;
- b) Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010;
- c) Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011;
- d) Portaria nº 2773, de 19 de novembro de 2013 (revogada).

A Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009b) fez o repasse de incentivo financeiro no valor de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) aos 26 estados da federação e ao Distrito Federal, além de 26 municípios, sendo a cidade de Belo Horizonte o município contemplado em Minas Gerais. No ano seguinte, a Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010 (BRASIL, 2010) repassou o mesmo valor a 54 novos municípios, sendo os municípios de Barbacena, Juiz de Fora e Patos de Minas no estado de Minas Gerais. Já em 2011, a Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011b) repassou R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) aos 26 estados e ao Distrito Federal e R\$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais) a 52 municípios, sendo os municípios de Montes Claros e Betim de Minas Gerais.

O repasse financeiro de cada uma dessas portarias foi vinculado à entrega de um plano de ação em saúde do homem, aprovado pelo respectivo conselho de saúde e, posteriormente, validado pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH), liberando o valor do recurso estabelecido nas portarias.

Já a Portaria nº 2.773, de 19 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013c) dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a estados, Distrito Federal e municípios, para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento das iniciativas prioritárias da PNAISH, no âmbito do SUS. Essa portaria contemplaria 80 localidades com recurso de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para o desenvolvimento de diversas ações e estratégias em saúde do homem. Infelizmente ela foi revogada devido ao pouco tempo hábil para o empenho do recurso, não sendo possível contemplar os aprovados.

Considerando que o investimento na PNAISH é um ponto fundamental para avanços na assistência à saúde da população masculina e para a redução de custos do sistema de saúde, além de ser um propósito mencionado há pouco mais de dez anos atrás, suscitou a ideia de estudar sobre a implementação e efetividade dos eixos apresentados na política em questão.

As questões referentes à saúde do homem me despertaram interesse quando iniciei o estágio curricular do 8º período do curso de graduação em Enfermagem numa UBS de Juiz de Fora - MG. No desenvolvimento desse estágio, acompanhando e realizando consultas de enfermagem, coordenando grupos educativos e participando da rotina do local, percebi que as ações direcionadas pelas equipes de saúde da família são destinadas a grupos específicos, como saúde da mulher, criança, adolescente, idoso, diabético e hipertenso, faltando grupos compostos exclusivamente por homens naquele cotidiano.

Além disso, a dissertação do mestrado em saúde coletiva teve como tema as representações sociais dos homens sobre o processo saúde-doença. Compreender o universo masculino, permeado de ideologias próprias dessa população, significou estabelecer um mecanismo de ajuda no sentido de fortalecer suas potencialidades e habilidades como pessoa e cidadão. Nessas circunstâncias sociais, quanto mais oprimidos os indivíduos se encontram, mais expostos estão aos riscos relacionados à saúde, deixando de garantir seus direitos e bem-estar preconizados pelo sistema de saúde brasileiro (SILVA, B. F., 2013).

Ainda de acordo com B. F. Silva (2013), ficou evidente que a cultura impossibilita a evolução do comportamento masculino em relação à saúde. Tanto o homem como as políticas de saúde se prendem em questões culturais e sociais para justificar suas falhas e descuidos com as questões relacionadas à saúde. No entanto, nossa sociedade não deve ficar refém das assertivas e comportamentos *preconizados* pela cultura machista. É imprescindível compreender que é possível modificar determinados comportamentos ao longo da história e a partir da experiência humana.

Na perspectiva de buscar o entendimento sobre o cenário atual e a possibilidade de distanciamento entre a publicação de uma política e a concretização de seus princípios, suscitou-me o interesse em aprofundar os estudos acerca do tema com os seguintes questionamentos: a PNAISH tem sido efetivada nas unidades de saúde descentralizadas? Estão sendo desenvolvidas ações para o fortalecimento da PNAISH no âmbito da atenção primária? Os gestores e supervisores têm comprometimento com a saúde do homem nos municípios e nas UBS? A política de saúde do homem tem respondido às necessidades de saúde deles desde o seu lançamento? Quais os desafios para atenção à saúde deste público e para implementação da PNAISH? Quais os avanços desde a publicação da PNAISH?

## 1.1 OBJETIVOS

A percepção pessoal quanto à necessidade de novos estudos sobre o tema em questão, despertou-me o interesse para a realização desta pesquisa, que teve como objeto de investigação a implementação e/ou efetivação da PNAISH.

### **1.1.1 Objetivo geral**

O objetivo geral foi analisar a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora – MG na perspectiva dos supervisores das Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

Para responder ao objeto proposto, o estudo teve os seguintes objetivos específicos:

- a) descrever as ações desenvolvidas na atenção primária à saúde (APS) do município de Juiz de Fora em relação à PNAISH;
- b) analisar os fatores facilitadores e dificultadores na implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora;
- c) discutir a PNAISH, considerando os eixos da organização, implantação, qualificação e humanização do atendimento à atenção básica no município de Juiz de Fora.

Acredita-se que o estudo, partindo das propostas de cada eixo presente na PNAISH, pôde tornar mais clara a maneira como os municípios se percebem e se inserem no cenário das práticas de cuidar do usuário do sexo masculino. Isso significa dizer que não basta somente a existência de um programa específico, verticalizado e com propostas abrangentes de atendimento à saúde do homem, mas precisamos compreender os caminhos e os desafios presentes nos locais onde as ações realmente devem ser implementadas no período de dez anos, cumprindo o princípio da descentralização.

## 2 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O setor saúde sempre sofreu influências dos contextos político, social e econômico pelos quais o Brasil passou ao longo dos anos, inclusive nos dias atuais. Nessa perspectiva, é inviável dissociar o delineamento das políticas de saúde das trajetórias política, social e econômica da sociedade brasileira. Para compreender as bases do atual sistema único de saúde (SUS) no Brasil, portanto, é importante ter conhecimento do processo histórico de sua construção. Dessa forma, analisaremos as políticas de saúde no Brasil articuladas com os períodos históricos.

No período colonial, o país não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população. Dessa maneira, as ações de saúde concentravam-se nas doenças pestilenciais e se restringiam às artes de curar, tanto pelos chamados médicos cirurgiões e boticários, como pelos agentes de cura sem formação acadêmica, como parteiras e curandeiros (GIOVANELLA *et al.*, 2008; POLIGNANO, 2001).

Em 1808, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, foi criada uma estrutura sanitária mínima, que tinha como objetivos principais o controle do exercício da medicina e a fiscalização de navios e saúde dos portos (POLIGNANO, 2001). Mais adiante, com uma estrutura política do Império caracterizada pelo coronelismo, surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização, houve um importante avanço nas ações de vigilância sanitária (SANCHES *et al.*, 2017).

Em meados do século XIX, o fim do período regencial trouxe consigo a centralização do poder imperial e um contexto de crise sanitária, com o recrudescimento de epidemias, restringindo a autonomia municipal em relação às ações de saúde. O governo imperial tentou reverter a situação com a reforma nos serviços de saúde. Assim, o poder central atuava na normatização dos serviços, enquanto os poderes locais eram responsáveis pela alocação de recursos e execução das ações. Essa centralização se mostrou ineficiente, pois a relação entre o governo central e os municípios enfrentou dificuldades administrativas e executivas (PAIM *et al.*, 2011; POLIGNANO, 2001).

Com o processo de independência, as ações de saúde deixaram de ser responsabilidade de instituições ligadas à Coroa Portuguesa, ficando sob a alçada dos municípios, que, de forma descentralizada, estruturavam os serviços de acordo com seus interesses específicos. Houve um avanço na medicina, com a criação de



faculdades e agremiações médicas. A população, no entanto, continuou recorrendo a diversos agentes de cura, agora denominados charlatões (PAIM *et al.*, 2011).

Com a Proclamação da República, em 1889, adotou-se o voto direto pelo sufrágio universal, enquanto o coronelismo continuava marcante no controle político. Apenas a eleição do Presidente da República produziu lutas efetivas contrárias à estrutura do sistema brasileiro (GIOVANELLA *et al.*, 2008). Nas últimas décadas do século XIX, é possível observar as primeiras mudanças significativas no campo da saúde pública no Brasil, concomitantemente com a Segunda Revolução Industrial e com o intenso dinamismo da economia agroexportadora nacional, que culminou, a partir de 1902, com a política *café com leite*. A vacinação obrigatória contra a varíola e a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória foram fatos marcantes. Na época, as atividades de saúde pública se limitavam ao controle das epidemias e, portanto, à manutenção de um estado geral de salubridade. Apenas a filantropia se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos (PAIM *et al.*, 2011).

O processo de industrialização, conseqüente da acumulação capitalista do comércio exterior, favoreceu principalmente o eixo Rio-São Paulo. A urbanização crescente e a utilização de imigrantes, como mão de obra nas indústrias, trouxeram a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas, mobilizando a classe operária brasileira na luta pelas conquistas dos seus direitos.

Assim, em 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Elói Chaves, inaugurando a previdência social no Brasil e instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). A dicotomia entre saúde pública e previdência social era evidente (GIOVANELLA *et al.*, 2008; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Entre 1920 e 30 houve a vinculação dos direitos civis à posição dos indivíduos no mercado de trabalho, além da instauração do modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social, reduzindo o poder das oligarquias agrárias e a política dos governadores (SANCHES *et al.*, 2017).

Em 1930, foi instalada a revolução com Getúlio Vargas. Teve-se um avanço na industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária. Foram criados os Ministérios do Trabalho, da Indústria e do Comércio e a saúde pública passou a ser institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde. Foi durante o Estado Novo que tivemos: a instituição de órgãos normativo e supletivo – como o Ministério da Educação e Saúde Pública – para orientar a assistência sanitária e hospitalar e o fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, com destaque para os programas de

saneamento básico e atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais, devido à emergência de doenças modernas, apesar da predominância ainda de endemias rurais, tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais (PAIM *et al.*, 2011).

As antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que estenderam a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos, organizados por categoria profissional. A assistência médica previdenciária ainda não era considerada essencial pelos segurados. Mas, a partir da segunda metade da década de 1950, com maior avanço industrial e urbanização, ocorreram reivindicações pela assistência médica via institutos, que organizaram uma estrutura para atender aos previdenciários nas questões que envolviam a saúde. Mais tarde, em 1960, algumas leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (POLIGNANO, 2001).

Em 1953, o Ministério da Saúde desmembrou-se do antigo Ministério da Saúde e Educação, permanecendo como um órgão burocrato-normativo ao invés de se tornar um órgão executivo de política de saúde. Foi criado, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), destinado ao combate à febre amarela, malária e peste, sendo sucedido, em 1970, pela Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), com o objetivo de erradicar e controlar endemias (GIOVANELLA *et al.*, 2008; POLIGNANO, 2001).

O período de 1964 a 1985 foi marcado pela ditadura militar, caracterizada pelo golpe militar, reformas administrativas e crises políticas e econômicas. Ao longo dos anos, a abertura política foi lenta, segura e gradual. Foi nesse período que se criaram o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e a Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva, além de ter sido realizado o 1º Simpósio de Política de Saúde do Congresso. Tivemos a inserção do capitalismo no campo econômico e nos serviços após o fim do milagre econômico (GIOVANELLA *et al.*, 2008; PAIM *et al.*, 2011; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; POLIGNANO, 2001).

O processo de unificação dos direitos de previdência social foi efetivado em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis institutos de aposentadorias e pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, e incentivando a privatização da assistência médica e a capitalização do setor saúde. O aumento do número de beneficiários, no entanto, gerou uma crise na previdência social e, diante da situação, o governo decidiu ampliar

o sistema, direcionando os recursos públicos para a iniciativa privada, a fim de atender à população e influenciar a economia. A complexidade do sistema gerou uma estrutura própria administrativa em 1977, o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que financiava estados e municípios para expandir a cobertura da assistência à saúde para a população (GIOVANELLA *et al.*, 2008).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e, concomitantemente, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Com os recursos advindos do FAS, foi possível remodelar e ampliar os hospitais da rede privada. Já em 1976, iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), expandindo a rede ambulatorial pública (PAIM *et al.*, 2011; POLIGNANO, 2001).

A partir de 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise e a população passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais (PAIM *et al.*, 2011). O modelo de saúde previdenciário também começou a mostrar as suas inadequações, como a prioridade pela medicina curativa, que, além de despender alto custo, se mostrou ineficiente para solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as epidemias e os indicadores de saúde. Com a crise econômica, a quantidade de marginalizados era crescente e o sistema de saúde em questão era incapaz de atender àqueles que não contribuía com o sistema previdenciário. Essa crise econômica também repercutiu na arrecadação do sistema previdenciário e reduziu suas receitas. Os desvios de verba e o não-repasse de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário também foram fatores que afetaram o sistema (POLIGNANO, 2001).

Em 1983, foi criado um projeto envolvendo os Ministérios da Previdência, da Saúde e da Educação: as Ações Integradas de Saúde (AIS). Esse projeto procurou integrar ações curativas, preventivas e educativas concomitantemente, sugerindo um novo modelo assistencial. Nessa perspectiva, a Previdência passou a comprar e a pagar serviços prestados por estados, municípios e hospitais filantrópicos, públicos e universitários (GIOVANELLA *et al.*, 2008). A morbidade moderna por doenças crônicas degenerativas e acidentes de trabalho e de trânsito era predominante e, apesar da urbanização, ainda persistiam as endemias rurais. Enquanto isso, as doenças infecciosas e parasitárias eram destaque nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (PAIM *et al.*, 2011).

Em 1985, iniciou-se a *Nova República*. De 1985 a 1988, no contexto socioeconômico, houve o fim da recessão, o reconhecimento da dívida externa e a realização de planos de estabilização econômica (GIOVANELLA *et al.*, 2008; POLIGNANO, 2001). O movimento das *Diretas Já* e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar. Foram criadas as associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS). Ampliou-se o Movimento de Reforma Sanitária e realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; POLIGNANO, 2001). Quanto ao sistema de saúde, o INAMPS continuou a financiar estados e municípios, as políticas privatizantes foram contidas e foram criados canais de participação popular. Em 1987, constituíram-se os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Houve redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização, aumento das mortes violentas relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), persistência de doenças cardiovasculares e cânceres e início da epidemia de dengue (PAIM *et al.*, 2011).

Em 1988, publicou-se a nova Constituição. O texto constitucional garante que a saúde é direito de todos os cidadãos e que o Estado tem responsabilidade acerca da promoção e recuperação desta mediante a formulação de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2022a). Nesse contexto, consolida-se o direito de cidadania e democracia da sociedade brasileira por meio do compromisso do governo com o estado de bem-estar social. Finalmente, o SUS foi definido pela Constituição citada e regulamentado em 1990 pelas Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais e, em caráter complementar, pelas instituições privadas. Os fundamentais princípios doutrinários e organizativos do SUS são: universalidade, equidade, integralidade, participação da comunidade, descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Em 1993, tivemos a extinção do INAMPS e, no ano seguinte, a criação do Programa Saúde da Família. Foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde para regular a transferência de recursos financeiros, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. O financiamento do sistema de saúde, a partir de 1998, passou a ser baseado no Piso

de Atenção Básica (PAB). Em 2000, a Emenda Constitucional nº 29 buscou estabilizar o financiamento do SUS, definindo as responsabilidades específicas das esferas de governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Com o delineamento do sistema de saúde no Brasil, o alicerce para a instalação de políticas de saúde focalizadas começou a se configurar. A aprovação da Lei Arouca, em 1999 (BRASIL, 1999), que instituiu a saúde indígena como parte do SUS e a formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, são exemplos de focalização (PAIM *et al.*, 2011; POLIGNANO, 2001). Também em 2006, na formulação do Pacto pela Saúde, tiveram ações direcionadas a grupos específicos, tais como idosos, mulheres, trabalhadores e homens (BRASIL, 2006). Em 2017, foi aprovada uma nova PNAB, ratificando a ideia de políticas focalizadas (BRASIL, 2017c).

Desse modo, o Estado, para tentar assegurar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e reparar iniquidades em saúde, mesmo que recebendo algumas críticas, lança mãos de políticas focalizadas.

## 2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

O debate nacional sobre a necessidade de um campo de atenção à saúde do homem tem sua origem nos Estados Unidos, no fim dos anos 1970, quando pesquisadores comparavam homens e mulheres, tanto em questões de saúde como questões sociais. A desvantagem nos altos índices de morbimortalidade masculina sinalizava para agravos à saúde do homem e contribuíram para os debates de gênero (COSTA, 2020).

A saúde do homem começou a conquistar espaço na área acadêmica e política em diferentes países – sendo Austrália e Irlanda considerados pioneiros na formulação de políticas focalizadas voltadas para os homens – na segunda metade dos anos 1990. Nessa época, a realização de congressos, fóruns, conferências, a criação de uma sociedade internacional e a edição de revistas acadêmicas internacionais ilustraram o destaque do tema. Já no Brasil, a temática saúde do homem ganhou visibilidade na década de 2000, com a participação da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) no controle do câncer de próstata. Em 2005 a *Revista Ciência & Saúde Coletiva* publicou uma edição especial que discutia sobre gênero e masculinidades (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020).

Assim, a saúde do homem começa a ganhar espaço e ser reconhecida como uma demanda importante da saúde pública. Na tentativa de buscar qualidade da assistência para o homem e cuidado humanizado, é apresentada a PNAISH no ano de 2008 (BRASIL, 2008).

Tal associação é pertinente, uma vez que a população masculina busca o serviço de saúde, majoritariamente, por meio da atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Percebe-se ainda que o homem apresenta menor adesão em tratamentos de longa duração e às ações de promoção à saúde e prevenção da doença, pois estas exigem mudanças comportamentais. Essa situação aumenta a demanda de recursos financeiros e o sofrimento físico e emocional do usuário e de sua família, afetando a qualidade de vida dos envolvidos.

De acordo com a PNAISH, questões socioculturais e institucionais afastam os usuários do sexo masculino dos serviços de saúde. Os estereótipos de gênero julgam o homem como um ser invulnerável e a doença representa uma fragilidade para ele, que tem medo de descobrir que a sua saúde não está perfeita. Os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades de saúde, pois se sentem impossibilitados de adoecer. Diversos autores como Hardy e Jimenez (2000), Lyra da Fonseca *et al.* (2003), Medrado *et al.* (2005), Tellería (2003) e Welzer-Lang (2004) (apud BRASIL, 2008) mencionam que, diante do conceito de masculinidade, a sociedade enquadra o homem no papel de *provedor* e a mulher no papel de *cuidadora*, fato que contribui pela não-procura aos serviços de saúde por parte dos homens.

Nessa perspectiva, o horário de funcionamento das UAPS geralmente coincide com o horário de trabalho do homem, que é responsável pelo sustento da família e, portanto, preocupa-se primeiramente com a atividade laboral. As filas e a baixa resolutividade imediata dos serviços de saúde também são apontadas como barreiras para a procura do serviço de saúde por autores como Gomes *et al.*, Kalckmann *et al.* e Schraiberas (apud BRASIL, 2008). Ainda conforme a política em questão, “representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde” (BRASIL, 2008, p. 6). Finalmente, até então, não existem estratégias específicas para a saúde do homem, uma vez que as ações de saúde privilegiam somente a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, dificultando a inserção do homem nos serviços.

Para a construção da PNAISH, consideraram-se os indicadores demográficos e epidemiológicos da população masculina do Brasil, além das heterogeneidades das possibilidades de ser homem (idade, condição socioeconômica, étnico-racial, localidade, situação carcerária, deficiência física e/ou mental e orientação sexual). Quando comparados às mulheres, os homens encontram-se mais expostos e suscetíveis à violência, ao alcoolismo, ao tabagismo e ao óbito por causas externas (BRASIL, 2008). Foram citados dados estatísticos que também justificam a necessidade imediata de ações direcionadas, exclusivamente, à população masculina.

A presente política tem como princípios a humanização e a qualidade. Para tanto, são importantes a “promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem” (BRASIL, 2008, p. 28). É imprescindível a mudança de concepção do homem em relação à saúde, implicando em investimento nos aspectos educacionais e na mudança de postura dos profissionais e serviços de saúde. A articulação com ações governamentais e políticas de saúde e a prioridade da atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde também garantem a integralidade das ações (BRASIL, 2008).

Quanto às diretrizes, temos a integralidade, a factibilidade, a coerência e a viabilidade. A integralidade corresponde à continuidade do cuidado, considerando a situação singular do indivíduo. Já a factibilidade refere-se à disponibilidade de recursos materiais, financeiros e humanos para a implantação das ações preconizadas. Por sua vez, a coerência garante a compatibilidade com os princípios do SUS, enquanto a viabilidade relaciona-se à responsabilidade dos três níveis de gestão (União, estados e municípios) e do controle social para com a possibilidade da execução das propostas presentes na política em questão. A articulação interinstitucional, a reorganização das ações de saúde e a educação permanente dos trabalhadores do SUS são propostas para a inclusão dos homens nos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Os objetivos gerais da PNAISH são:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2008, p. 36).

Os objetivos específicos são: a organização, implantação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde do homem em todo o país; o incentivo à implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva do homem; e, finalmente, a ampliação do acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas, principalmente contra os agravos que mais atingem a população masculina (BRASIL, 2008).

Além disso, a política conta também com a definição das responsabilidades específicas de cada esfera do governo para com a saúde do homem, respeitando a autonomia e as competências institucionais.

Silva Júnior e Heilborn (2021) acreditam que a PNAISH apresentou uma trajetória desigual em sua implementação nos diversos municípios do país, apesar da mesma almejar tornar-se a principal referência para novas condutas e cuidados em saúde da população masculina. Para os autores, a fragilidade está em não considerar o estilo de vida dos homens, em minimizar os determinantes sociais de saúde ao expor os dados epidemiológicos e em querer romper definitivamente com o modelo tradicional de masculinidade, apresentando o homem brasileiro como vítima da própria masculinidade.

É reconhecido que no processo de construção da política a participação ocorreu de forma fragmentada, resultando em discursos contraditórios sobre a saúde do homem. A PNAISH dá ênfase em determinado tipo de homem, os heterossexuais, descartando outras possibilidades de leitura do homem, como os transsexuais, homossexuais, dentre outros. O saber biomédico conduz todo o conteúdo da PNAISH, apesar da participação minoritária de outras perspectivas (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020). O alcance da integralidade na saúde do homem requer a estruturação de uma política que contemple outras dimensões da vida social masculina, tais como segurança pública, educação, sexualidade e gênero, buscando tornar o homem o protagonista de sua própria saúde (COSTA, 2020).

A avaliação da implantação e implementação da PNAISH é interessante para verificar sua efetividade e influência na qualidade de vida da população masculina, apesar das suas fragilidades, contribuindo para aprimorar as ações relativas a essa política. Esse processo ocorre de acordo com as deliberações definidas em âmbito federal, estadual e municipal, além dos planos, programas e projetos decorrentes da política. É importante avaliar, ainda, a contribuição dessa política para a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS preestabelecidos (BRASIL, 2008).



### 3 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

Considerando o objeto desta pesquisa, optou-se por realizar um estudo de caso sobre a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora - MG. Para contemplar o objeto proposto, foi escolhida uma abordagem qualitativa, visto que o estudo intenciona investigar processos subjetivos de um fenômeno social, como sentimentos, emoções, valores, crenças e significados envolvidos no processo saúde-doença na perspectiva masculina.

Diante disso, a dinâmica de investigação deve integrar a combinação e o cruzamento de variados pontos de vistas, além do emprego de técnicas de coleta de dados distintas, mas que se complementam através do diálogo entre questões objetivas e subjetivas (MINAYO, 2008; SOUZA, E. R. *et al.*, 2005).

A articulação dos dados se faz necessária para revelar a realidade local através de uma pesquisa exploratória sobre a saúde do homem em Juiz de Fora - MG. A pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social onde ocorre (QUEIRÓZ; LANG, 1992).

A abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2000). Sendo assim, de acordo com Minayo (2012), a pesquisa qualitativa explora uma realidade que não se permite quantificar, mas sim compreender a subjetividade a partir de um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. A escolha pela pesquisa qualitativa se deu pelo estudo proposto buscar compreender processos e fenômenos sociais complexos, avaliando a implementação da PNAISH, analisando e caracterizando os motivos que incentivam e/ou dificultam o investimento na saúde do homem.

Conforme afirma Turato (2005), no contexto da metodologia qualitativa busca-se entender o significado e a representação do fenômeno para a vida das pessoas. Ainda nessa perspectiva, os pesquisadores qualitativistas se interessam pela significação e processo dos fenômenos vivenciados pela sociedade, pretendendo, assim, conhecer as representações e vivências consequentes da experiência de vida das pessoas (DENZIN; LINCOLN, 1994). Contribuindo com essa discussão, Chizzotti (2003) fala que na pesquisa qualitativa as interações sociais podem ser descritas e

analisadas a partir dos significados atribuídos às coisas e pessoas pelo investigador, dispensando quantificações estatísticas para tanto.

Na metodologia de pesquisa qualitativa, o significado e a intencionalidade são incorporados aos atos, às relações e às estruturas sociais. Dessa forma, a interpretação do cotidiano e das experiências dos sujeitos representa a essência das investigações qualitativas (MINAYO, 2008). A pesquisa qualitativa, de acordo com Flick, visa a “abordar o mundo ‘lá fora’ e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais ‘de dentro’ de diversas maneiras diferentes” (FLICK, 2009, p. 8).

No caso da pesquisa qualitativa em saúde, por exemplo, Turato (2005) menciona que ela busca o significado e, portanto, a interpretação dos fenômenos relacionados aos problemas de saúde e doença emanados dos indivíduos que os vivenciam, como pacientes, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade.

O método qualitativo, conforme diz Turato (2005), tem a finalidade de “falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum” (p. 509), ou seja, fazer uma análise profunda das relações entre os elementos. Nesse raciocínio, refere ainda o autor que o método em questão valoriza o processo do fenômeno, e não o produto (TURATO, 2005).

Ancorada na abordagem qualitativa, pretendeu-se alcançar o entendimento aprofundado das perspectivas, anseios, expectativas, frustrações, crenças, desejos, comportamentos, atitudes e representações das equipes de ESF do município de Juiz de Fora - MG acerca da saúde do homem. Por meio desse tipo de estudo, buscou-se descrever as características do fenômeno em questão e analisar todo o processo inserido em seu contexto sociocultural.

Além disso, foram realizadas entrevistas com supervisores das UBS que possuem representatividade em relação ao cuidado à saúde do homem no município. Por fim, foram buscadas informações também pela observação do pesquisador ao longo de todas as etapas do estudo.

### 3.1 LOCAL DO ESTUDO

O município de Juiz de Fora, localizado na Zona da Mata mineira, foi escolhido para realização do estudo, inicialmente, por ter recebido recursos para investimento

na PNAISH no ano de 2010 e por ter tido Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>1</sup> homologado.

A população de Juiz de Fora é atendida por 102 equipes de saúde da família, distribuídas em 63 UBS (BRASIL, 2022c). A cobertura populacional da ESF do município em questão chega a 63%.

Para atender os objetivos propostos, os locais de coletas de dados foram as UBS que possuem ESF. Das 63 UBSs, 21 delas foram excluídas do estudo por não possuíres ESF. O cenário do estudo foi composto pelo restante de 42 UBSs com ESF, escolhidas por conveniência.

Eleito o cenário, o presente projeto foi encaminhado à chefia direta do Serviço de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, para sua apreciação e aprovação, mediante documento formal de permissão (Anexo A).

### **3.1.1 Caracterização do município de Juiz de Fora - MG**

O município de Juiz de Fora é o quarto maior do estado de Minas Gerais, com uma extensão territorial de 1.435,749 Km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG), o município de Juiz de Fora está inserido na Macrorregião Sudeste, que possui em sua totalidade noventa e quatro municípios (MINAS GERAIS, 2020).

A macro sudeste engloba nove microrregiões de saúde: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora, Leopoldina/Cataguases, Lima Duarte, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá. A microrregião Juiz de Fora é formada por doze municípios, com população total de 612.958 habitantes (MINAS GERAIS, 2020). Juiz de Fora possui uma população de 577.532 habitantes, estimada em 2021 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo considerada a sede da macrorregião em que está inserida (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021; MINAS GERAIS, 2020). Além disso, Juiz de Fora é cidade polo de referência em saúde da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais. Sendo assim, a cidade possui um forte aparato técnico e científico nos serviços de saúde

---

<sup>1</sup> Desde dezembro de 2019, o PMAQ foi extinto, passando a prevalecer o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

para atender a população usuária (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Considerando a Rede de Serviço de Saúde (RSS) do município de Juiz de Fora, a cidade é composta por serviços de atendimento público e privado, nos diferentes níveis de atenção: básico, secundário e terciário. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em julho de 2022, a cidade possuía 1.682 locais de atendimento à saúde (BRASIL, 2022c).

A rede de serviços de atenção à saúde no nível primário está constituída, até o momento da pesquisa, por 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 102 equipes de saúde da família implantadas no município (BRASIL, 2022b).

### **3.1.2 Sujeitos do estudo**

Como assinala Minayo (2008), o aprofundamento e a abrangência são imprescindíveis para a compreensão do fenômeno estudado na abordagem qualitativa. Para tanto, o critério numérico é irrelevante, podendo-se “considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2008, p. 197). Como reforça Pires (2008), a amostra não-probabilística possibilita conhecer detalhadamente a realidade social. Ao se definir a amostra qualitativa, deve-se privilegiar os sujeitos sociais que apresentem as características que o pesquisador intenciona conhecer e atentar às interações do grupo estudado com outros grupos (MINAYO, 2008).

Frente a essas afirmações, os participantes do estudo foram 33 supervisores das unidades de ESF implantadas no município de Juiz de Fora – MG, selecionados por amostragem de conveniência. Eles foram escolhidos por conhecerem a realidade do município e a unidade de saúde que gerenciam além de serem capazes de descrever as ações implementadas e os recursos dispensados. Com a finalidade de preservar o sigilo dos participantes, eles foram identificados pela letra G, seguida pelos números arábicos consecutivos, em ordem crescente, de acordo com o número de entrevistados (G1 a G33). Grande parte dos supervisores das unidades foram representados pelo Enfermeiro (a).

Dentre os indivíduos aptos a participar da pesquisa, foram excluídos três profissionais que estiveram ausentes no local da pesquisa, por estarem gozando do período de férias e/ou atestado médico durante a coleta de dados, dois por não

estarem presentes no local e horário agendado, além de dois que se recusaram a participar e de dois que não foi possível estabelecer contato telefônico.

### 3.2 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer nº 5.016.739 de 04 de outubro de 2021, (Anexo B), realizou-se o contato telefônico pela pesquisadora com os supervisores das UBS para apresentação da proposta de estudo e posterior agendamento das entrevistas em campo.

Em um segundo momento, o projeto foi apresentado pessoalmente pelos facilitadores aos prováveis sujeitos do estudo, os supervisores das equipes de ESF, no sentido de esclarecer os objetivos e quaisquer dúvidas que pudessem existir frente à sua participação no processo. A apresentação e coleta de dados foram realizadas na UBS, durante o expediente, no horário acordado entre facilitador (a) e supervisor (a) e numa sala reservada para o fim. Os facilitadores do processo foram um enfermeiro e duas enfermeiras recém graduados previamente treinados pela pesquisadora e sua orientadora.

Respeitando as normas das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013a) e nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, as informações somente passaram a ser coletadas após prévia autorização dos participantes da pesquisa, por meio do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), devidamente aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa, garantindo, assim, o sigilo e o anonimato do depoimento dos participantes, visando proteger sua privacidade.

O instrumento usado para coleta de dados junto aos gerentes municipais foi uma entrevista semiestruturada (Apêndice B), questionando sobre a situação da implementação e efetivação da PNAISH no município de Juiz de Fora - MG. Ele foi baseado, inicialmente, em um formulário previamente testado, visto que foi elaborado para utilização na coleta de dados do estudo intitulado "*Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica*", no ano de 2013. O próprio responsável pelo documento, sugere que o "estudo se encontra desenhado sob os rigores do método científico e

pode servir de base para que outros estudos sejam empreendidos” (BRASIL, 2013b, p. 10). Posteriormente, os princípios, diretrizes e objetivos propostos na PNAISH foram contemplados nos questionamentos.

Com o intuito de avaliar se o compromisso dos municípios em relação à implementação e fortalecimento da PNAISH, especialmente pela ESF, se transformou em ações, o grupo de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Ministério da Saúde (MS) elaborou o instrumento que serviu de base para o presente estudo. Esse instrumento busca identificar a presença de

- a) cadastro atualizado da população masculina do território;
- b) busca ativa de homens pela equipe de saúde para a realização de ao menos uma consulta/ano;
- c) oferta de atendimento em horários alternativos adequados para a população masculina;
- d) ações de orientação e sensibilização da população masculina quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e disfunção erétil, entre outros agravos do aparelho geniturinário;
- e) incorporação dos homens nas ações e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar;
- f) ampliação da participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança;
- g) oferta de exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino;
- h) ações de identificação, acolhimento e encaminhamento de situações de violência envolvendo homens; e
- i) ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina. (BRASIL, 2013b, p. 12–13).

A entrevista semiestruturada foi escolhida, uma vez que, ao mesmo tempo em que conduz a abordagem, permite a liberdade do entrevistado para expor seus pensamentos. Essa técnica ainda valoriza a presença do pesquisador, seu contato direto com o entrevistado e a relação que se estabelece entre os atores envolvidos, garantindo espontaneidade nas falas, fator enriquecedor em análises qualitativas (TRIVIÑOS, 2007).

A entrevista é uma conversa pretensiosa orientada pelo entrevistador, destinada a produzir informações relevantes para analisar e/ou investigar um objeto de pesquisa. Minayo (2008) sublinha que as informações coletadas por meio da entrevista são reflexões *subjetivas* dos sujeitos e representam a realidade, revelando ideias, crenças, opiniões e comportamentos.

Acerca desse tipo de instrumento de investigação científica, Turato (2005) lembra que o pesquisador é, na verdade, o próprio instrumento de pesquisa, uma vez que utiliza seus sentidos para interpretar e representar os objetos de estudo. A acurácia na observação dos sujeitos e a profundidade das entrevistas permitem ao investigador alcançar a essência da questão em estudo.

No caso da entrevista semiestruturada, tem-se uma combinação de perguntas fechadas e abertas, portanto, o entrevistado não se restringe à indagação formulada. Ela assegura aos investigadores que seus questionamentos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2008). Como reforça Triviños (1987), nesse tipo de entrevista, o participante segue sua própria linha de raciocínio, apesar de estar inserido no foco objetivado.

Para que as informações coletadas por meio da entrevista sejam relevantes e contribuam verdadeiramente para o estudo, é interessante que o pesquisador se aproxime do contexto vivido pelos informantes. Leite e Vasconcellos (2007) mencionam que: “As relações entre pesquisador e seus informantes precisam ser construídas no desenvolvimento do estudo, exigindo sensibilidade e flexibilidade para possibilitar o diálogo entre as partes e o sucesso da pesquisa de campo” (p. 169). O entrevistador deve valorizar sua sensibilidade e as relações com os interlocutores e, assim, preocupar-se menos com as técnicas padronizadas (LEITE; VASCONCELLOS, 2007).

O roteiro de perguntas subsidia a reflexão acerca da implantação e do fortalecimento da PNAISH na perspectiva dos supervisores, no qual puderam discorrer livremente sobre o tema sem, contudo, perder o foco central do estudo. Novos questionamentos foram incorporados no momento da entrevista quando houve necessidade de aprofundar determinado assunto ou retomar o tema central. As entrevistas duraram, em média, trinta minutos. Nenhuma entrevista precisou ser repetida.

Os dados foram coletados no primeiro semestre do ano de 2022. As entrevistas foram gravadas por áudio com o intuito de garantir a reprodução fidedigna das falas dos participantes após as mesmas e ficarão de posse do pesquisador por um período de cinco anos. Após esse prazo, serão destruídas. A transcrição das entrevistas não foi devolvida aos participantes para comentários e/ou correção.

### 3.3 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

O método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2008) foi selecionado para o tratamento dos depoimentos. O autor afirma que esse método de análise “visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares” (BARDIN, 2008, p. 46).

Sobre o assunto, Minayo (2008) afirma que essa metodologia de análise parte de uma literatura primária na busca de significados diversos, articulando “[...] a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2008, p. 206).

Dentro das modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, seguindo as três etapas descritas, propostas por Bardin (2008):

- a) *Pré-análise*: consiste na escolha dos documentos a serem analisados mediante a leitura flutuante e a organização do material selecionado para delimitar o *corpus* da investigação, o qual deve estar permeado de exaustividade, representatividade e homogeneidade. A formulação e reformulação de hipóteses e objetivos considera a leitura exaustiva dos documentos selecionados e, se necessário, a reformulação das indagações;
- b) *Exploração do material*: consiste na codificação e classificação dos dados e, posteriormente, na escolha das categorias teóricas específicas dos temas;
- c) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: consistem na imposição de relações, inferências e interpretações do analista, sustentando cientificamente as informações colhidas.

Mediante a análise escolhida para o estudo, foram apreendidas e analisadas as estratégias de implantação da PNAISH utilizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Seguindo as proposições para análise e interpretação dos dados, foram construídas e nomeadas as seguintes categorias: conhecimento e saberes acerca da PNAISH; Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas na implementação da



PNAISH; Atenção Básica como porta de entrada para a saúde do homem: ações implementadas pela ESF.

Buscando organizar a análise e minuciar o tema proposto, foram constituídas, ainda, as seguintes subcategorias: invisibilidade da PNAISH para o enfrentamento das questões de saúde do homem; organização da atenção básica para contemplar a PNAISH; O papel do homem na implementação de sua política pública; como a pandemia da Covid-19 interferiu na saúde do homem; Atenção Básica como porta de entrada para a saúde do homem: ações implementadas pela ESF; pré-natal do parceiro inserido na atenção básica; grupos de direitos reprodutivos; campanha Novembro Azul; adequação do horário de funcionamento; meios de comunicação entre ESF e público masculino.

#### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, como orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016) e aprovado sob o parecer nº 5.016.739 de 4 de outubro de 2021 (Anexo B).

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A proposição de um estudo sobre a implementação de ações em saúde do homem no município de Juiz de Fora - MG pretendeu compreender como a PNAISH, divulgada há dez anos atrás, tem mobilizado as equipes de ESF e quais os desafios para cumprir seus objetivos.

Acredita-se que o estudo, pôde tornar mais clara a maneira como os gerentes das equipes ESF percebem as práticas voltadas ao homem como usuário de um sistema de saúde. Isto significa dizer que não basta somente a existência de um programa específico, verticalizado e com propostas abrangentes de atendimento à saúde do homem, mas precisamos compreender os caminhos, os recursos disponíveis e as necessidades do homem para que o atendimento seja qualificado e individualizado.

Pretendeu-se alcançar o entendimento aprofundado das perspectivas, anseios, expectativas, frustrações, crenças, desejos, comportamentos, atitudes e representações dos gestores sobre a PNAISH, ancorado na abordagem qualitativa. Por meio desse tipo de estudo buscou-se descrever as características do fenômeno em questão e analisar todo o processo inserido em seu contexto sociocultural.

### 4.1 CONHECIMENTO E SABERES ACERCA DA PNAISH

Nessa categoria de análise, será abordado o conhecimento dos gestores das UBSs sobre a PNAISH, visto que a atenção básica é um dos níveis de saúde responsáveis pela implementação da PNAISH.

Uma das formas de avaliar a implantação e implementação da PNAISH é através dos planos, programas e projetos dela decorrentes (BRASIL, 2008). É necessário o conhecimento prévio acerca do tema, para que as ações sejam planejadas e, por isso, discutiu-se o conhecimento que os profissionais tinham sobre a PNAISH. Muitos profissionais entrevistados revelaram saberem da existência da PNAISH, mas não possuem conhecimento aprofundado sobre ela, como explicitam os depoimentos a seguir:

Li em algum momento na minha carreira, só não lembro quando. (G2)

Sei que existe, mas eu nunca vi, nem aqui no trabalho nem no ambiente acadêmico sobre a política não, acho que inclusive ela é muito pouco discutida. (G3)

Já ouvi falar, mas aprofundar, ler isso, não. Na realidade, eu tomei conhecimento dessa portaria [PNAISH] há bem pouco tempo. (G4)

Já ouvi falar também, mas muito superficialmente, pra falar a verdade, não tenho domínio total no assunto. (G5)

Já ouvi falar, na época que eu fazia pós-graduação em Saúde da Família. (G6)

Já ouvi falar, mas eu nunca li no documento, nunca tive uma discussão entre as equipes, ou até mesmo com a Secretaria de Saúde sobre essa política não, só ouvi falar mesmo em época de faculdade. (G7)

Ah não... Geralmente a gente tem pouca discussão com relação à saúde do homem, na atenção básica, nos postos de saúde. (G19)

Já ouvi falar, mas nunca tive... não consegui ainda discutir, a gente prega e pontua algumas coisas, mas discutir a política nacional [PNAISH] não. (G32)

Já, sabemos da existência da lei - PNAISH – [...], mas muito pouco divulgado e muito pouco conversado com as equipes de modo geral. (G34)

L. P. S. Souza *et al.* (2014), avaliando o conhecimento dos profissionais acerca do processo saúde e doença do homem, já haviam notado que alguns profissionais demonstraram pouca intimidade com a composição da PNAISH, justificada, inclusive, pela ausência de difusão das diretrizes que a compõem. Por outro lado, em algumas UBSs, a PNAISH é discutida e conhecida pelos profissionais entrevistados, conforme explicitado nos recortes a seguir:

E dentro da atenção primária a gente sempre tá discutindo [a PNAISH], né? (G10)

É, a gente já ouviu falar, né? Lógico. E aqui, por exemplo, a gente sempre teve atenção a isso, né? (G16)

Sim, já. A gente fez até uma capacitação através da escola de governo voltada para a política de atenção à saúde do homem na época do lançamento. (G27)

Sendo a formação e qualificação dos profissionais da rede básica a fim de proporcionar o atendimento adequado à população masculina um dos objetivos específicos da PNAISH, o presente estudo buscou informações sobre a capacitação das equipes de atenção básica para prestar essa assistência. Nesse contexto, os participantes do estudo mencionaram que não são realizadas capacitações direcionadas ao tema de saúde masculina, como descrito nas passagens seguintes:

A gente não tem essa capacitação. E se eu, eu acho que houve até alguma capacitação, em um bracinho só que chama pré-natal do homem, entendeu? (G17)

Acho que não tem. Insumo, essas coisas de você fazer uma educação continuada com o profissional para poder estar acolhendo e atendendo esses homens, não tem. (G22)

Então, a gente não tem assim capacitação voltada para a saúde do homem não, entendeu? Então assim, é o que eu te falo, as equipes estão preparadas para atender a população de maneira geral, não o homem especificamente, entendeu? (G24)

Eu acho que, na verdade, a gente é assim muito cobrado no cumprimento de tarefas e esse outro lado do profissional não é visto, sabe? O que que ele precisa, qual que é sua demanda, entendeu? Isso aí é muito visível, sabe? Você tem que cumprir as tarefas ali, independente do jeito que você tiver, mas esse suporte como um todo fica muito a desejar, muito a desejar, sabe? (G28)

A nível municipal, eu acho que nunca teve, né? Uma capacitação específica para o público masculino, né? (G31)

Não há capacitação, a gente não tem capacitação nenhuma voltada para esse tema. A gente está vivendo um período que tem pouquíssimas capacitações, muito pouco, as informações são mesmo através de memorando. (G32)

E falta também dar qualificação aos profissionais de saúde da atenção básica, não têm qualificação, atualização, que tinha no passado. (G34)

Como a atualização e incentivo à formação profissional auxiliam na consolidação das políticas públicas, a infrequência de treinamentos pode ser um entrave na implementação da PNAISH na atenção primária (NOBRE; FREITAS, 2021). Segundo os autores, a preparação dos profissionais de saúde para desenvolverem habilidades que atendam às necessidades de saúde da população ainda necessita de incentivo e educação continuada em todos os níveis de atenção à

saúde. Lima *et al.* (2021) corroboram, ao lançar luz sobre a inexistência da prática de educação em saúde do homem nas UBSs e considerar o fato como uma barreira para alcançar uma assistência de excelência aos usuários do sexo masculino.

Outro aspecto destacado pelos responsáveis pela ESF, consiste no fato de eles serem os únicos responsáveis pelo aprimoramento dos conhecimentos acerca da saúde do homem. Os entrevistados relatam que, a partir das demandas originadas na assistência, veem a necessidade de buscar informações que poderiam ser fornecidas de forma uniforme em capacitações para os trabalhadores. Eles comentam sobre essa situação:

Mas assim, particularmente, eu nunca fiz uma capacitação relacionada à saúde do homem. O que eu sei e o que eu aprendi foi aqui na unidade, no dia a dia, lidando com isso né? (G16)

Geralmente a gente tem pouca discussão com relação à saúde do homem, na atenção básica, nos postos de saúde. É, até, por exemplo, que chega até nós, a gente tem que tentar buscar por meios próprios, um conhecimento. A secretaria, enquanto gestão assim não passa muito para a gente, a questão das mudanças, capacitação, orientação e mais do que a gente mesmo individualmente busca. (G19)

Eu vou ser sincero, não é uma crítica por ser crítica, mas se fosse depender só da prefeitura capacitar, nós estaríamos apertados. (G26)

Mas ainda não tem muito não, a gente ainda não tem muita capacitação voltada para essa questão da política do homem não. [...] Eu acho que a gente tem como profissional um contato com a atenção, com a política da saúde do homem por conta de cada profissional mesmo, né? Mas não algo colocado como uma capacitação, uma educação continuada fornecida pelo município. (G30)

A organização e a oferta de uma educação continuada, baseadas nos princípios e diretrizes da PNAISH, contribuem para a qualificação dos gestores e, conseqüentemente, auxiliam na capacitação da sua equipe. No entanto, essa formação não tem sido implementada pelos municípios, conforme detectado no estudo de I. C. B. L. Vasconcelos *et al.* (2019). O estudo mostrou que 98% dos entrevistados não possuem nenhum curso de especialização em saúde do homem. Isso faz com que os profissionais conduzam a assistência ao homem baseados nos seus próprios conhecimentos e valores, contribuindo para a manutenção e reprodução de rótulos, ou seja, a monotonia do atendimento.

Fortalecendo a opinião dos autores, L. V. S. A. Souza *et al.* (2022) afirmam que os profissionais de saúde mencionam que a falta de habilidades e práticas para o acolhimento do público masculino é um fator dificultador para que os mitos e preconceitos sejam amenizados. Portanto, a educação permanente é indispensável para que o homem seja inserido nos serviços de saúde.

Além disso, alguns entrevistados destacaram que a alta rotatividade dos profissionais da rede dificulta, ainda mais, a organização das informações e a evolução das estratégias de abordagem aos homens, conforme evidenciados nos discursos a seguir:

Existe uma rotatividade bem grande de profissionais, né? Então eu penso que isso tem que ser feito frequentemente, essas capacitações, entendeu? [...] Eu acho que falta muita capacitação sim e eu não vejo isso de um modo difícil de ser feito pela gestão, né? (G28)

Então o conhecimento que alguém tinha foi embora com ele, necessita que outros façam outros treinamentos e que saiba realmente qual que é o papel dele. (G34)

L. V. S. A. Souza *et al.* (2022) afirmam em seu estudo que, desde a publicação da PNAISH, ocorreram inúmeras mudanças na gestão municipal. Essa situação contribui com a interrupção de projetos e elaboração de novas propostas, garantindo a descontinuidade das ações e, conseqüentemente, dificultando a implementação da PNAISH.

Os profissionais relataram que, mesmo que haja profissionais capacitados, eles ficam por pouco tempo nas unidades e, ao partirem, levam consigo o conhecimento. Diante disso, destacam a importância da existência de educação continuada com o objetivo de manter a equipe atualizada para prestar assistência de qualidade aos usuários do sistema de saúde.

No campo das políticas públicas, o chamado Plano Estratégico Situacional (PES) permite conhecer a realidade situacional dos serviços e, assim, planejar a assistência em busca de mudanças pertinentes (PEREIRA, J.; KLEIN; MEYER, 2019). Por meio da realização do PES, é possível conhecer o diagnóstico situacional dos serviços e traçar metas em busca das mudanças necessárias. Desse modo, infere-se que, na APS, o PES coaduna-se com as questões acerca da promoção da saúde, uma vez que ambos enfocam na facilidade à resolutividade relacionada aos problemas e condições detectados na vida da população (MENESES *et al.*, 2019).

Apesar disso, ao serem questionados sobre a existência de um diagnóstico situacional da população masculina, alguns dos sujeitos participantes citaram o e-SUS como ferramenta para armazenar informações, mas a maioria não mencionou sobre a interpretação dos dados encontrados e geração de ações:

O que a gente utiliza mesmo é a questão do e-sus né? [...] a gente acaba olhando o resultado de exame, qual a frequência desse homem na unidade de saúde, qual idade ele tem, qual doença ele tem propensão a ter, [...] então a gente já tenta dar uma resolvida ali no processo. (G6).

Como fazer o diagnóstico a gente tem sim, porque a gente tem um prontuário eletrônico, o prontuário eletrônico né? Ou e-SUS [...] mas só que falta a gente sentar para consolidar, isso realmente a gente não tem feito, se você me perguntar hoje número de atendimentos essas coisas e eu não tenho como te apresentar. (G10)

A gente tem dados porque a gente tem toda a nossa população aqui da comunidade cadastrada né? A gente sabe quantos homens quantas mulheres quantos idosos crianças, então dentre esses diagnósticos a gente, dentro dessa população masculina a gente tem o número, só o número só, mas qual saber qual porcentagem da população masculina é fumante, é diabética isso a gente não tem, a gente tem mais esses dados não são consolidados. (G12)

Como a gente aqui não tem o prontuário eletrônico, todos os nossos registros aqui são manuais e o e-SUS, no caso, é um sistema que a gente usa só para digitação de vacinas, né? (G12)

Nós temos de informação o nosso prontuário eletrônico, né? O e-SUS. Então, todo atendimento é registrado e ajuda porque a gente consegue pegar os relatórios, não é? Os atendimentos que são feitos durante um mês, como é que está. Os relatórios nos ajudam muito a tomar decisões, ele está fazendo um planejamento melhor com relação às ações. (G19)

O *e-SUS Atenção Básica* (e-SUS AB) é uma estratégia utilizada para reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional. Essa ação está em consonância com a proposta de reorganização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde. Entende-se que a gestão da informação é indispensável para melhorar a qualidade dos serviços de saúde destinados à população (BRASIL, 2021).

Para que os princípios e diretrizes do SUS e, conseqüentemente, das políticas públicas de saúde, tais como a PNAISH, sejam contemplados nos serviços e ações de saúde, é necessário ter conhecimento sobre o processo saúde-doença dos

usuários. Esse conhecimento permite o planejamento e implementação de estratégias resolutivas para a população. Dessa forma, vê-se a importância da constituição de um sistema de informações coeso, que possibilite o direcionamento das ações em saúde (SANTOS *et al.*, 2014). Ainda para os autores, o SIS “envolve um conjunto de processos que se destina a capturar, processar, transformar, armazenar, manter e produzir informações” (SANTOS *et al.*, 2014, p. 834).

A gestão da informação permite que os profissionais de saúde desempenhem as funções com efetividade e eficiência, integrando a informação, facilitando a comunicação, coordenando as ações entre os diversos membros das equipes, fornecendo mecanismos para apoio financeiro e administrativo. A eficiência está relacionada à otimização do uso de recursos para a realização dos diversos processos desempenhados pelos profissionais, tanto assistência direta, como no gerenciamento (BRASIL, 2017b). Contudo, os participantes do estudo afirmam que essa organização e tratamento dos dados não é concretizada, fato que impossibilita planejar os cuidados baseados nas demandas da população masculina.

Olha, eu acho que esse diagnóstico situacional eu acho que não tenho não, a gente trabalha como se fosse bombeiro, apagando fogo mesmo. (G1)

Aqui é uma UBS informatizada [...] no caso da minha área a gente ainda não tem (um diagnóstico situacional), porque a gente não tem o cadastro digital, então a gente está em fase de confecção manual do cadastro para poder digitar para o sistema, só que o sistema permite gerar relatórios de hipertensos, diabético, ele não tem um relatório específico do homem. (G3)

A gente tem uma ficha de cadastro individual, que a gente acaba colhendo algumas informações. (G4)

Falta a gente sentar para consolidar, isso realmente a gente não tem feito. (G16)

Os motivos para essa negligência são os mais variados, incluindo a falta de infraestrutura e a grande quantidade de microáreas descobertas pela ESF.

A gente não tem nem recursos para fazer isso – diagnóstico situacional –, nem digitar e digitalizar, né? A gente tem dois computadores para funcionar. (G17)



Não tenho esses dados situacionais no momento. A gente sabe, mas a gente não tem porque a gente tem um problema muito sério com a informatização. [...] No sistema que a gente está utilizando, que é tudo manual, a gente não tem computador para lançar esses dados e causava muito prejuízo, principalmente para a gente ter esses dados. Agora, com a chegada da informatização da rede, a rede lógica, aí eu acredito que vai ter uma melhora muito grande. (G23)

Mas a gente ainda tem as dificuldades da implementação do sistema, inclusive nas Unidades informatizadas, por questão de internet, infraestrutura, essas coisas todas que influenciam. Então, a gente tem esses indicadores, mas não são muito fidedignos como eram no momento anterior. (G31)

Mas na grande maioria, a região é descoberta, então é difícil a gente acompanhar, é difícil a gente saber qual é o diagnóstico dessa população que está no entorno, que é a maior população que a gente tem. A gente tem uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família de quatro mil habitantes, a gente tem em torno de 40 mil habitantes, o resto fica tudo descoberto e é onde fica...torna nossa vida difícil em saber avaliar e fazer um diagnóstico e criar uma estratégia. (G32)

A implementação da estratégia e-SUS apresenta fragilidades relacionadas à infraestrutura, precariedade das capacitações e resistência dos profissionais que precisam ser sensibilizados quanto à importância da informatização para organização da atenção primária e gestão do cuidado. Para atender essa complexidade da saúde, é imprescindível o fornecimento e melhoria dos recursos materiais para coleta, armazenamento e interpretação dos dados, visando o reconhecimento das prioridades da saúde da população (CELENTO *et al.*, 2021).

Santos *et al.* (2014) comentam que as fragilidades dos sistemas de informação implicam em comprometimento na confiabilidade das informações produzidas, impossibilitando que elas reflitam a realidade da situação de saúde da comunidade. Ainda sobre o assunto, Bittar *et al.* (2018) consideram que a informação plausível e de qualidade contribui para a tomada de decisão, condução de ações pertinentes e racionalização dos gastos. No entanto, as unidades de saúde preferem investir em insumos e equipamentos não relacionados à tecnologia de informação, visto que ela representa um custo elevado, a princípio.

É importante destacar que as informações detectadas na rotina de trabalho e fornecidas pelos profissionais da ESF, especialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), são consideradas relevantes e compreendidas, muitas vezes, como

um diagnóstico situacional pela equipe, mesmo que informalmente. Depreendemos essas observações a partir das seguintes falas:

Olha determinantes socioculturais a gente tem aqui no bairro né? Populações carentes, então a gente tenta trabalhar essa questão de informação com eles, populações vulneráveis que têm questões de bebida, uso de drogas, tudo isso a gente consegue identificar, e aí a gente tenta montar, [diagnóstico situacional] né? (G5)

A gente, são dados, que estão desatualizados, a gente recorre mais ao agente de saúde, né? Pra gente poder estar fazendo esse levantamento atualmente. (G15)

a gente tem uma área descoberta de agente de saúde muito grande, aqui é Estratégia de Saúde da Família e nós só temos três agentes de saúde e isso impacta nesse diagnóstico, que a gente não consegue conhecer de forma fidedigna nossa situação. [...] a gente não tem todos os homens cadastrados por conta dessas microáreas descobertas. (G28)

Se a gente puxar um consolidado a gente tem, mas no dia a dia nosso a gente tem esse diagnóstico muito melhor do que puxar no papel. (G29)

[...] através dos dados do prontuário eletrônico é que a gente começa a ver o que que a gente tem realmente dentro da nossa população para estar trabalhando mais essa questão do homem, né? [...] eu não tenho isso formalizado não. (G30)

A interação de todos os profissionais torna o processo da implementação do diagnóstico situacional mais eficaz, ressaltando o papel do ACS. Eles, por possuírem um vínculo maior com a sociedade, apresentam uma visão mais específica das diversas questões da população da área de abrangência da ESF (MENDONÇA *et al.*, 2021).

Por outro lado, Martins *et al.* (2019) afirmam que a dificuldade no cadastro e controle de toda a comunidade, além da não realização das visitas domiciliares adequadamente, afastam os profissionais da ESF dos usuários, impedindo um acompanhamento sistemático da população adscrita. S. L. Pereira (2017) ratifica, ao mencionar que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre o contexto de vida dos usuários do sistema e, para que haja uma implementação efetiva da PNAISH, deveriam ser considerados os aspectos psicossociais e culturais dos homens. Portanto, ainda para a autora, o planejamento como ferramenta de gestão se configura como distante do ideal.

Conclui-se que, apesar da relevância da elaboração do diagnóstico situacional embasado nos sistemas de informação atualizados e acessíveis para compreender as necessidades da comunidade local, ele ainda não é utilizado como ferramenta de trabalho, na maioria das unidades onde o estudo foi realizado. Sendo assim, nem sempre é possível identificar os determinantes do processo saúde-doença da comunidade e planejar ações concretas em consonância com as demandas existentes.

#### 4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Dentre os desafios e as perspectivas para a implementação da PNAISH, foram analisadas as seguintes questões: invisibilidade da PNAISH para o enfrentamento das questões de saúde do homem; organização da atenção básica para contemplar a PNAISH; o papel do homem na implementação de sua política pública; como a pandemia da Covid-19 interferiu na saúde do homem.

##### **4.2.1 Invisibilidade da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem para o enfrentamento das questões de saúde do homem**

Nesta subcategoria, analisaremos a representatividade do programa de saúde do homem na atenção primária quando comparada com outros programas, tais como aqueles voltados para a saúde da criança e da mulher. Os recortes das entrevistas, a seguir, trazem uma representação que distancia o público masculino das práticas da atenção básica, desde o processo organizativo até o acesso às informações específicas para os profissionais de saúde e comunidade:

Comecei a estudar isso na faculdade, é interessante e muito importante, porque a gente ouve falar muito da mulher né, da criança, e o homem tava um pouco afastado. (G1)

Eu acho que poderia ter mais conteúdo disponível para essa população e para nós funcionários, para a gente organizar mais, pois se pensa muito na saúde da mulher muito na saúde da criança e se pensa pouco na saúde do homem. (G2)

[...] porque se fosse saúde da mulher, a gente tem muita coisa, mas assim do homem, eu fui perceber o quanto é frágil, o quanto que está faltando muita coisa, está muito fragilizado mesmo. (G23)

[...] a gente vê muita capacitação relacionada à saúde da mulher, saúde da criança, pré-natal e a gente não vê isso na saúde do homem. (G25)

Com relação ao homem, eu vejo que talvez assim, pelo menos eu tenho pouco acesso a esses tipos de informação, de panfleto que a gente possa divulgar. Da mulher, eu vejo que tem mais panfletos, do homem, eu vejo que já tem pouca oferta desses materiais. (G27)

Para grande parte dos entrevistados, fica clara a dicotomia entre saúde da mulher e saúde do homem, fato comprovado pelos discursos em que são inseridas as comparações. S. L. Pereira (2017) endossa a discussão dizendo que as crianças, adolescentes, mulheres e idosos são os grupos preferenciais para a criação das políticas públicas e, conseqüentemente, para a assistência integral.

Na verdade, os homens costumam ser atendidos pelos programas já destinados aos demais segmentos da comunidade. Não há um programa específico para atenção aos homens, especialmente para os adultos jovens em fase reprodutiva, dificultando o exercício da integralidade do cuidado (PEREIRA, S. L., 2017). L. P. S. Souza *et al.* (2014) relatam que um dos fatores que prejudica o acesso do público masculino aos serviços de saúde da atenção básica é o direcionamento das políticas públicas, em sua maioria, às mulheres e crianças. Tal situação é reafirmada a partir das seguintes falas:

[...] então a gente em relação à saúde do homem a gente fica muito à mercê, a gente não tem para onde encaminhar não tenho serviço mais específico, um departamento específico, como tenho departamento da mulher, o departamento da criança, a gente não tem o do homem. (G3)

Não tenho grupo do homem mas tem um grupo de hipertensão, do diabetes que o homem acaba entrando. (G4)

A gente atende muitos homens, né? Mas assim, uma política voltada igual a gente tem para a mulher, não. Não vejo ainda consistente não. (G15)

Então assim, a gente dá essa atenção. Ela não é tão assim... A mulher, a gente acaba que dá mais, isso aí é fato. (G16)

Acho que o que foca muito aqui. Assim estão, por exemplo, da mulher, não é? É pré-natal. São as consultas de puericultura, saúde da criança. Agora, voltado específico para um homem é pouco. (G19)

É, conforme eu te falei, não tem uma política específica para a saúde do homem, a gente tem o departamento de saúde da mulher, departamento de saúde da criança, a gente não tem um departamento de saúde do homem. [...] Não tem fluxo específico. (G23)

Que a oferta para a saúde do homem é muito menor do que para a saúde da mulher, a saúde da criança, a saúde do adolescente, né? (G26)

Os profissionais de saúde entrevistados destacaram, ainda, que as campanhas que envolvem o público feminino têm muito mais destaque quando comparadas àquelas voltadas para os homens, como o *Novembro Azul*. Em alguns relatos, disseram que as intervenções destinadas aos homens são pontuais e, portanto, não apresentam continuidade como na assistência à saúde da mulher:

Eu acho que, por exemplo, comparando com a mulher, as campanhas são muito maiores, muitos mais efetivas, existe um estímulo maior para a saúde da mulher e eu acho que a saúde do homem está bem falha, não se fala tanto quanto a saúde da mulher, né? (G25)

E é dada importância no Novembro Azul, no Novembro Azul acontece, agora além disso a gente não vê cartaz com muita frequência assim de “homem, cuide da sua saúde...homem, é importante que você faça isso...homem”. Agora “mulher, faça o pré-natal”, isso sempre tem, sempre tem um cuidado com isso não só em uma data específica. (G26)

E acho também que o município é muito mais focado nas campanhas, no Novembro Azul e tal e algumas outras pontualmente, não é uma continuidade que a gente vê na saúde da mulher, que a gente vê que já está intrínseco na gente. (G31)

Nobre e Freitas (2021) confirmam que a saúde dos homens apresenta uma abordagem mais superficial e segmentada, distanciando esse público do seu contexto sociocultural. Uma justificativa para isso seria a denominada feminização da UBS e/ou da atenção básica, associada com a priorização da assistência à mulher.

S. L. Pereira (2017) reitera que, mesmo na divulgação de grupos de tratamento não específicos, o serviço se organiza como se direcionasse exclusivamente para as mulheres. A UBS é frequentada mais por mulheres e, além disso, os profissionais de saúde que ali trabalham costumam ser, em sua maioria,

também do sexo feminino. Esse fator somado à escassez de políticas públicas voltadas para a população masculina, torna a atenção primária um nível de atenção feminilizado e não pertencente aos homens (SOUZA, L. P. S. *et al.*, 2014). Pelos mesmos motivos, B. C. L. Oliveira *et al.* (2021) concordam, afirmando que os homens não se sentem como parte da atenção básica.

Segundo I. C. B. L. Vasconcelos *et al.* (2019), até mesmo a ambiência é destinada, na sua maior parte, ao público feminino. Como a ambiência se refere também à humanização e relacionamento interpessoal, as UBSs acabam causando incômodo e falta de confiança aos homens. As falas seguintes embasam as assertivas acerca do assunto:

Ginecologista a gente tem na rede, né? mas o urologista é mais complicado. (G9)

[...] acho que já foi tão discutido a questão da saúde da mulher, que hoje assim como a procura pelas UBS é muito mais da mulher, existe uma demanda e oferta também muito maior na saúde da mulher do que na saúde do homem. [...] percebo que é muito mais difícil eu marcar um urologista ou um proctologista do que uma ginecologista. (G26)

Porque a mulher se está fazendo o pré-natal, ela tem o respaldo, tem o direito, tem as leis que protegem, que ela não pode ser mandada embora e tal. O homem não tem isso, se ele resolver faltar trabalho para vir aqui, ele vai levar atestado e corre risco mesmo de perder o emprego. (G28)

Destarte, o distanciamento dos homens das UBSs acontece, justamente, pela grande oferta de ações destinadas às crianças, mulheres e idosos, caracterizando os homens como coadjuvantes desses espaços. Vale lembrar que um dos caminhos para se garantir assistência de qualidade à saúde do homem é atuar de forma conjunta com os demais programas e políticas existentes (PEREIRA, S. L., 2017).

A representação negativa dos serviços de saúde parece interferir no comportamento de procura e adesão ao tratamento, principalmente pelos homens. A PNAISH é considerada, mesmo após mais de dez anos de sua publicação, somente uma nova política que se faz bela na teoria, mas na prática ainda é desacreditada tanto pelos profissionais e gestores, como também pelos próprios homens.

#### 4.2.2 Organização da atenção básica para contemplar a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem

Nesta subcategoria, destacaremos os desafios em que o processo de implementação da PNAISH esbarra. É possível inferir, nesse caso, que os homens que procuram o serviço de saúde muitas vezes se deparam com dificuldades para acessá-lo, que decorrem da acessibilidade organizacional e não somente sociocultural, como enfatizada pela PNAISH.

De acordo com Nobre e Freitas (2021), a ausência de acolhimento ou a inadequação do mesmo e a fragilidade da informação acerca dos serviços disponíveis nas unidades de saúde são consideradas destaques dentre os fatores que obstaculizam o acesso do público masculino aos serviços de saúde. Os discursos a seguir denotam a dificuldade de acolher o homem, garantindo a integralidade do cuidado:

A questão é quando você precisa atuar em rede e os gargalos do sistema porque você precisa para você estar encaminhando para as cirurgias, encaminhando para avaliações mais complexas, necessidade de exames mais especializados, não é? (G13)

A marcação de um urologista é difícil, até mesmo se a gente recebe aqui na unidade né, que é porta de entrada. Assim, o paciente fica agarrado no sistema. Até se ele tem um aumento da próstata e precisa de um toque retal, se já está com alguma coisa alterada, a gente tem dificuldade no município de estar encaminhando esse paciente, tá? (G14)

E a saúde do homem em si é muito prejudicada, porque o urologista é difícil para você conseguir, você encaminha e às vezes ele fica muito tempo no SISREG aguardando ser chamado. (G23)

[...] às vezes você quer mas não tem fluxo, não tem como passar para frente aquele usuário, esbarra em várias outras burocracias, você não consegue. (G34)

Nesse contexto, um número significativo dos participantes admitiu ter acesso ao médico urologista somente através da parceria com instituições de ensino públicas e privadas do município. Mesmo assim, esses atendimentos são esporádicos, geralmente durante campanhas como Novembro Azul. Nas passagens seguintes, essa dificuldade de encaminhar um homem para um especialista fica clara:

Mas o urologista a gente sempre depende desse profissional que vem das faculdades né? A gente depende muito deles, mas deles do que da Prefeitura em si [...] (G4)

[...] uma coisa que tem dificultado bastante a gente para tá desenvolvendo esse trabalho Novembro Azul é a ajuda de profissionais, profissional específico com urologista outro médico que seja clínico para estar ajudando a gente atender uma demanda maior. (G10)

Na verdade, aqui, no novembro azul, quem nos auxiliava era a Suprema né? Os médicos urologistas da Suprema que faziam os exames nos homens, né? Agora a gente não tem o vínculo com a suprema mais. Então, assim, de uns anos pra frente eu não sei como que vai ficar essa questão do exame. (G16)

Falta investimento para esse programa e até mais fomentação nessa política. A partir do momento que instituiu, o que aconteceu, conseguiu uma parceria com a UFJF, professores, médicos urologistas, uma parceria com o HU, disponibilizou também profissional para nos ajudar nessa campanha do novembro azul. Aí o que acontece, depois, já no outro ano, a gente já esbarrou em uma dificuldade para deslocamento desses profissionais que vêm somar com a nossa atividade na UBS. Com isso, a população atendeu ao chamado, mas faltou profissionais, estrutura, não só como corpo humano, mas também de material para gente realizar um trabalho de conscientização melhor, você entendeu?

[...] a gente sabe que a dimensão de contratação é muito difícil fazer uma contratação de especialista em urologia, em proctologia, em áreas assim, mas quiçá a presença de um urologista ou um especialista na saúde do homem nas UBS de forma rotativa [...] (G26)

As escolas, faculdades de medicina, enfermagem, principalmente as faculdades de medicina, no que tange esses cuidados de saúde do homem, inclusive oferecendo serviços, o teste, o exame preventivo do homem com o exame de toque e possível acompanhamento se fizer necessário. (G27)

Outra dificuldade encontrada nos estudos é a inexistência de ofertas de exames de média complexidade, visto que o sistema não é capaz de absorver a grande demanda. Com isso, o homem, que costuma ser imediatista, precisa esperar e/ou enfrentar longas filas na tentativa de resolutividade, fato que contribui para a descrença no trabalho dos profissionais e no sistema de saúde (PEREIRA, S. L., 2017).

É por isso que o homem jovem, geralmente, está mais presente em serviços ambulatoriais e especializados, a fim de solucionar os problemas com maior rapidez.



Já na atenção primária, restam os idosos que acompanham alguma patologia crônica ou infecção contagiosa (SOUZA, L. V. S. A. *et al.*, 2022).

Outro sentimento encontrado nas respostas dadas é sobre a pontualidade das ações voltadas para o público masculino. Essas ações não fazem parte da rotina da UBS, ou seja, não há continuidade delas após os eventos. O mês Novembro Azul foi a intervenção mais relacionada à PNAISH. Esse gerente menciona o impasse descrito:

Assim na questão da teoria, na parte teórica da política, a gente vê que é muito bom, mas na realidade a implementação é falha, entendeu? Porque a gente não vê, é mais nesse período do Novembro Azul, o resto do ano a gente lida mais com questão de grupos, e ver questões de saúde mais abrangentes. (G5)

I. C. B. L. Vasconcelos *et al.* (2019) consideram as ações destinadas à saúde do homem como esporádicas. Conforme dito pelos autores, por essa razão, elas não são incorporadas no dia a dia do homem e, ainda, nem estão associadas às ações preventivas do Ministério da Saúde.

Os autores continuam refletindo e afirmam que o homem não costuma ser considerado por inteiro nessas ações. Geralmente, os temas que envolvem os homens giram em torno do aparelho genital e, por vezes, do aparelho circulatório (VASCONCELOS, I. C. L. B. *et al.*, 2019). Enquanto isso, Nobre e Freitas (2021) compartilham da mesma opinião, comentando que, tanto a assistência como os eventos relacionados à saúde sexual e ao aparelho genital masculino sempre estão centralizadas na prevenção do câncer de próstata, conforme explicitado nos relatos a seguir:

[...] Novembro Azul - mas pontualmente relacionado ao câncer de próstata, entendeu? Sem fazer aquele levantamento da saúde integral, aquela vinculação do usuário à UBS. (G31)

E quando a gente cria o Novembro Azul parece que a saúde do homem só existe por conta da próstata e é justamente nesse dia, que é muito pouco tempo, para a gente falar muita coisa, a gente tenta alertar que a saúde do homem tem que ser integral. (G34)

Alguns estudos justificam as falhas relacionadas à implementação da PNAISH a partir do preparo profissional aquém do necessário para lidar com questões específicas desse público. Os profissionais não sabem como incentivar a presença e

a inclusão do homem na atenção primária, quiçá compreender suas necessidades como um todo para nortear suas ações. Como já foi mencionado anteriormente, os gestores não conhecem os princípios e diretrizes da PNAISH e não são oferecidas capacitações para as equipes melhorarem a qualidade da assistência ao homem (LIMA *et al.*, 2021).

S. L. Pereira (2017) reafirma que os próprios profissionais da ESF são responsáveis pelas lacunas na gestão e programação de ações para implementar a PNAISH. Na verdade, as propostas das equipes de incorporação dos homens na atenção básica são inexistentes e/ou pouco atrativas. Ainda acerca do assunto, Meneses *et al.* (2019) apoiam, ao comentar que há uma falha na oferta de serviços ofertados pela rede focando a promoção da saúde dos homens. Durante as entrevistas, esse despreparo ficou claro entre os profissionais de saúde. Muitos deles reconheceram essa fragilidade e outros sugeriram momentos de educação continuada para suprir essas necessidades na prática assistencial. Os discursos a seguir ilustram as constatações apresentadas:

e a dificuldade é uma que a gente não tem uma capacitação para abordar esse público – masculino. (G3)

No momento eu tô achando falha – capacitação das equipes de atenção básica para o atendimento ao público masculino –, eu acho que poderia ser mais discutida, eu acho que tá muito teórico, em livros cartilhas, e isso a gente tem disponível mas a capacitação da equipe presencialmente isso já não tem mais. (G11)

Acho que, tanto em relação a conhecimento quanto a profissionais capacitados para estar acolhendo essa população, né? Eu acho que falta estrutura física, falta estrutura humana, capacitação para acolher bem esses homens, para a gente conseguir chegar até eles, né? (G25)

É oportuno ressaltar que a ausência de uma gestão municipal específica para a instituição da PNAISH, que seja uma referência para o planejamento do cuidado ao público masculino, contribui para o insucesso da política. Além disso, as alterações frequentes de profissionais estão associadas à descontinuidade de ações e realização de novas propostas que, na maioria das vezes, não são concluídas (SOUZA, L. V. S. A. *et al.*, 2022).

É pertinente destacar que a existência de departamentos específicos para a organização do sistema, contribui para o reconhecimento das demandas daquela

parcela da população e, conseqüentemente, para o direcionamento do fluxo, além de facilitar o percurso do usuário. No município em que foi realizado o estudo não existe um departamento de saúde do homem e, assim, não há gestores especializados para o atendimento ao público masculino, prejudicando o sistema, conforme explicitado no depoimento a seguir:

[...] na política pública voltada para o homem, ela precisa de mais investimento, precisa de um olhar diferenciado porque não existe, não tem um programa que é específico voltado para o homem. (G23)

Sobre a rotatividade dos profissionais, o entrevistado G34 destaca que, apesar das dificuldades, a equipe tem consciência da necessidade de melhoria e, ainda, anseia por essas mudanças. No entanto, encontram barreiras que, muitas vezes, não conseguem transpor:

Mas eu acho que existe sim uma vontade, mas eu acho que assim somos todos muito barrados na questão mesmo do enfraquecimento dessas equipes, que normalmente elas são constituídas em pouco tempo e são desfeitas também entrando sempre profissionais novos, sempre profissionais entrando em uma equipe. (G34)

Um outro aspecto comentado é a falta de conhecimento da realidade local, sejam dos serviços e/ou da comunidade em que as equipes estão inseridas, dificultando as ações conjuntas e parcerias (SOUZA, L. V. S. A. *et al.*, 2022). O mapeamento da realidade é fundamental para que sejam identificadas as vulnerabilidades e potencialidades e, com isso, sejam planejadas ações conforme as necessidades da comunidade. Nesses depoimentos, por exemplo, os entrevistados apontam a existência de diversas áreas sem abrangência, que não possuem, portanto, nenhum tipo de diagnóstico situacional:

[...] a gente trabalha com territorialização a gente precisa fechar o território e atender as pessoas que estão no nosso território, mas a estratégia da saúde da família não cobre 100% do território né? Então acaba que o atendimento da população fica comprometido né? As pessoas nem sempre conseguem o atendimento, o acesso é universal ele tá na lei que ele é universal, mas na prática hoje ainda as pessoas encontram dificuldade, até porque a demanda é muito grande. (G12)

A gente atende muito, a gente atende todo dia uma demanda exagerada, a gente não consegue ficar separando esses dados porque as equipes são reduzidas, o território é muito amplo para um

número de profissional muito pequeno, nós temos doze microáreas e eu tenho seis agentes comunitários, ou seja, 50% está descoberto. (G23)

Não é suficiente porque tem muitos bairros considerados como fora de área, não tem abrangência da Unidade de saúde, né? (G29)

A PNAB destaca que, para que Rede de Atenção à Saúde (RAS) seja ordenada pela atenção primária, é essencial o reconhecimento das necessidades da população adscrita, a fim de que possam ser absorvidas nos demais pontos de atenção à saúde, favorecendo o planejamento e a individualização da assistência à saúde (BRASIL, 2017c).

Os depoentes destacaram a escassez de contrarreferência e retorno dos dados coletados, ou seja, não há um compilado e interpretação das informações para que a equipe possa se debruçar e planejar o cuidado. Às vezes, até mesmo, inexistente a comunicação intersetorial. Isso acontece também por conta da informatização das unidades, que muitas vezes é precária. Essas deficiências ficam claras nas falas seguintes:

[...] nós temos fichas diárias de atendimento, então, são nessas fichas que a gente preenche e que a gente anota e essas fichas vão para secretaria de saúde para poder serem digitalizadas e a gente não tem um retorno desses dados, a gente não tem então o consolidado deste atendimento que nós fazemos. (G12)

O sistema de informação tá bem precário ainda. (G14)

[...] são dados que estão desatualizados. (G15)

A gente não tem nem recursos para fazer isso, nem digitar e digitalizar, né? A gente tem dois computadores para funcionar. [...] a gente digita para um sistema de informação e que, às vezes, a gente não tem acesso. Só alimenta lá, mas não nos alimenta depois, com os dados, entendeu?. (G17)

A gente sabe, mas a gente não tem esses dados situacionais no momento, porque a gente tem um problema muito sério com a informatização. (G23)

A gente tem dificuldade quando a gente encaminha o paciente para algum determinado nível de atenção e, às vezes, esse nível de atenção não é informatizado. Então acaba que se perde um pouco, porque nem todos os médicos fazem a contrarreferência. (G24)

Mas os sistemas de informação, por exemplo, às vezes como a gente não digita tudo, a gente digita para um sistema de informação e que às vezes a gente não tem acesso. Só alimenta lá, mas não nos alimenta depois, com os dados, entendeu? (G17)

Tanto que assim, até as coisas, até esses eventos, se a gente quiser promover alguma coisa do homem, sai do nosso bolso. A gente tem que correr atrás de outros profissionais para nos ajudar. Então assim, infelizmente, o município, muito menos o estado, não tem nos ajudado nesse sentido. (G20)

A gente tem dificuldade quando a gente encaminha o paciente para algum determinado nível de atenção e às vezes esse nível de atenção não é informatizado. Então acaba que se perde um pouco, porque nem todos os médicos fazem a contrarreferência para nós, entendeu? (G24)

Aí essas especialidades tem algum exame mais específico, alguma coisa assim que a gente desconhece porque não contrarreferenciam para a gente esse atendimento. [...] eu falo que uma coisa que eu sinto muita falta é de comunicação entre setores, entre a própria equipe. (G32)

L. V. S. A. Souza *et al.* (2022) resumem todas essas deficiências em problemas estruturais, administrativos e políticos, os quais justificam a lentidão para a implantação e implementação da PNAISH no território nacional.

Existem relatos que mencionam a dificuldade em conseguir materiais e insumos para a realização de campanhas e eventos direcionados ao homem, além do encaminhamento para um profissional especializado, por conta da incompletude da equipe:

[...] a gente passa por questão de equipe incompleta, por exemplo, como é que oferece uma consulta para esse homem sendo que eu não tenho nenhum médico, “Ah mas pode ser uma consulta de enfermagem”, mas não tem enfermeira! Aí ele quer fazer uma vasectomia mas também não tá fazendo. Então acaba que são muitos processos que se oferece no papel mas na prática por muitos motivos não acontece, então eu acho que em todas as esferas desde a união até o município tem falhas, em tudo isso. (G6)

[...] recurso para saúde sempre escasso sempre falta alguma coisa para gente, igual no momento falta insumos materiais para gente trabalhar, estrutura nossa é bem precária, então assim acaba é falha em algumas coisas assim. [...] Olha, se não fosse as deficiências estruturais de insumos materiais, e até mesmo a questão profissional, do déficit de profissionais para atuação, eu acredito que ela tem total capacidade de absorver essas demandas, e total competência, mas falando desse déficit que tem. (G7)

Disponibilidade de recursos, pouco a pouco a gente lida com isso junto com a disponibilidade dos profissionais, de recursos humanos né? Que a gente não tem tanta disponibilidade aqui em Juiz de Fora para saúde do homem, ali a saúde do homem específica né? Urologistas, insumos técnicos-científicos. (G8)

[...] disfunção sexual e infertilidade e paternidade responsável isso aí teria que estar encaminhando para o ginecologista e o urologista a gente não tem. (G9)

Tirando a deficiência de recursos humanos, que têm UBS faltando médico, então, isso dificulta né? A gente não consegue nem atender os que estão passando mal então vai atender prevenção? (G11)

Então assim, nessa parte está faltando mais investimento, mais atenção. [...] Falta mais investimento e recursos para nós nessa questão, principalmente material didático e até mesmo corpo clínico. (G21)

Mas assim, a rede tem que funcionar, a rede está fragmentada, está prejudicada, porque os recursos vão sendo reduzidos a longo prazo, é a população que cresce, o número de usuários que não tem condição de pagar um plano de saúde só aumenta, então, a cada dia a gente fica com as agendas mais apertadas. Acho que falta bastante investimento, um olhar para a área de saúde, os profissionais estão sendo muito agredidos [...] (G23)

[...] a gente conta com a equipe de saúde, mas não tem uma equipe com tantos profissionais, multiprofissionais, de várias funções, né? (G30)

Em contraste com as falas anteriores, o participante G32 comenta que há a presença de recursos financeiros suficientes destinados à implementação da saúde homem, porém falta a alocação adequada deles, para garantir uma assistência eficaz:

O município recebe verba, recebe essa capacidade de atender, mas a gente tem que ter capacidade de se organizar, falta organização. (G32)

Os participantes do estudo mencionaram também a questão do sucateamento do sistema, principalmente relacionado à sobrecarga de trabalho e acúmulo de demandas que surgem sem uma orientação específica. A equipe acaba se perdendo diante dos objetivos a serem cumpridos e não alcançam um resultado satisfatório. Os depoimentos seguintes confirmam essas questões:

Eu acho que toda unidade básica é suficiente para funcionar como porta de entrada, mas no caso no município e também na realidade do país a gente está com SUS muito sucateado [...] (G3)

A gente tem uma sobrecarga de trabalho muito grande na atenção primária que a gente não tem tempo para priorizar um grupo, e isso acaba ficando a desejar acho que a gente poderia ser melhor aí. (G4)

[...] hoje eu vejo que a atenção básica é muito sobrecarregada, sabe? [...] A gente é sufocado por essas coisas que vão acontecendo e a gente não consegue fazer o nosso papel mesmo de saúde da família, muitas vezes porque a gente é atropelado por essas coisas que vão surgindo. (G28)

Com o tempo essa estratégia foi mudando, ela não expandiu. Então saúde da família, estratégia de saúde da família, se você não expande, se você não aumenta o território, se você não expande isso vai gerando um...assim, vai engolindo as equipes e elas não dão conta mais de atender a população que ela possui em seu território, então foi-se acrescentando muitas atribuições às equipes de saúde da família, atribuições que eram do nível secundário [...] (G34)

Até mesmo a prevenção, que é um dos objetivos centrais da atenção básica, os profissionais têm dificuldade em executar, conforme destaca o depoente na fala seguinte:

Agora para uma pessoa sã, que às vezes tem que fazer uma prevenção para que não aconteça, por exemplo, o pai morreu com CA de próstata ou o pai tem, e fazer um acompanhamento do filho que possa a vir a ter com uma certa idade e tal... isso não tem. O acompanhamento é para doente. A prevenção familiar não tem. (G22)

Segundo a PNAB:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017c, p. 68).

A PNAISH segue de mãos dadas com a PNAB no intuito de promover acolhimento e assistência de qualidade ao público masculino, desde a porta de entrada, na atenção primária, até os demais níveis de atenção à saúde, quando necessário. Nesse sentido, dentre os objetivos estabelecidos inicialmente na PNAISH

estão o reconhecimento da realidade dos homens, mesmo com as mais distintas condições socioculturais e político-econômicas e a compreensão dos limites dos diversos tipos de gestão (BRASIL, 2009b).

Conforme já visto, para implementar a PNAISH, além do conhecimento a seu respeito, é indispensável que os profissionais de saúde estejam capacitados, que as unidades de saúde tenham recursos humanos e materiais necessários e, ainda, que o homem se torne protagonista de suas necessidades em saúde para evitar e reduzir os agravos.

Ao serem questionados sobre a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora ao longo desses 13 anos desde a sua publicação, os entrevistados não se mostraram muito otimistas, conforme explicitado nos trechos seguintes:

Eu tô aqui no município de Juiz de Fora desde 2013, eu trabalhei até o ano passado na Secretaria de Saúde e nem nessa época nem agora que estou na Unidade Básica eu vi ser discutido e nem tentado implementar nas unidades básicas e nos serviços de saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (G3)

Olha eu no meu entender não foi implementado isso – PNAISH – no município não, porque as UBS que é o serviço básico de saúde né? A gente não recebeu nenhuma padronização para trabalhar em relação a esse programa não, sobre essa política não [...] (G12)

[...] ela – PNAISH – foi publicada em 2009, mas eu acho que a implementação dela ainda teve baixa adesão e acho que foi assim... não teve tanta divulgação. Acredito, ao meu modo de ver, que não foi assim, eficiente. Não obtive os resultados que seriam necessários. (G14)

Você vê que existe a procura, existe a demanda, mas não existe uma política voltada para a saúde do homem. (G23)

Do contrário, a política mesmo, a implantação das ações ainda é muito precária. [...] não vejo uma política sendo divulgada, um esforço de uma esfera maior para cobrar do Estado, cobrar do Município para ser implementado mesmo, para acontecer na prática, eu não vejo essa cobrança. (G28)

Percebe-se que muitos profissionais negam a existência de, ao menos, uma tentativa em implementar a PNAISH por parte dos gestores federais, estaduais e locais. Alguns destacaram a inexistência de um espaço físico destinado como referência exclusiva para o homem:



Então assim, eu não tenho conhecimento de que tenha algum lugar aqui em Juiz de Fora que faça exclusivamente a política voltada para a saúde do homem. Não tem, eu acho que não tem, se tem eu desconheço, entendeu? (G24)

[...] nós temos o departamento de saúde do idoso, o departamento de saúde da mulher, da criança e do adolescente, onde no departamento de saúde da mulher, da criança e do adolescente onde é feito os encaminhamentos para vasectomia e algumas outras coisas. Eu desconheço e se eu desconheço eu creio que não existe um departamento de saúde do homem. (G26)

A indisponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos também foi reconhecida como um entrave no processo de implementação da política em questão, mesmo sendo um dos princípios de humanização e qualidade a ser cumprido em conformidade com a PNAISH. Os recortes dos depoimentos deixam claro que faltam recursos:

eu nunca soube se algum recurso específico que, igual tem saúde na hora, por exemplo ou outros recursos específicos para gente fazer a implementação. (G3)

A gente não vê muito incentivo financeiro que você fala né? É muito pouco, não é? As pessoas, por exemplo, a gente vai fazer uma ação ou, por exemplo, novembro azul, que está voltada mais para a questão do homem, não é? A questão da prevenção do câncer de próstata, é tudo, fica muito restrito. Questão de número de vagas, de exames, não é? As consultas, material impresso, alguma coisa didática que pode ser vindo da secretária, do Ministério de saúde com relação a saúde do homem é muito pouco. (G19)

Mas, na prática mesmo, a gente não consegue observar esses recursos e insumos científicos e técnicos, desde apoio, qualificação, capacitação, até mesmo materiais para que a gente possa desenvolver ela – PNAISH –, né? (G25)

Eu acredito que quando há um planejamento, um direcionamento para uma política esses recursos aparecem, então eles têm que surgir, né? Então assim, acho que por não se pensar, esses recursos talvez não fiquem tão claros para a gente, como por exemplo, é da política nacional de saúde da mulher, né? (G31)

[...] Eu não tenho conhecimento desse incentivo, não tenho conhecimento disso nem de valor, nem financeiro, nem de panfletos, nem de imagem, nem de espalhar nada. (G34)

Os profissionais de saúde apontaram que as ações que contam com a participação dos homens são ofertadas, porém não são específicas para o público.

Esse fato inibe o usuário do sexo masculino e, conseqüentemente, o afasta do cuidado com a saúde. Pelas falas é possível perceber que os homens têm permissão para buscar a participação em grupos educativos, consultas, vacinação e demais atividades realizadas, porém não há a particularidade necessária para alcançar a solução dos problemas que acometem essa parcela da população. Essa ideia está descrita nas falas:

a gente não tem profissional suficiente nem por área que a gente já tem, então o que eu vejo aqui no município é que não tem perspectiva e nem tem sido cumprida a gente não é motivado a discutir sobre isso de implementar – PNAISH – né? Infelizmente, o que a gente consegue nesse público são grupos de hipertenso, diabético mas nem sempre a gente pega com esse foco, com foco no homem de forma integral né. (G3)

[...] mas não é implementada essa política – PNAISH – diretamente ao homem não, não há nenhum programa do tipo de atendimento aqui na UBS, não especificamente voltado para esse tipo de atendimento né? O atendimento é feito de modo geral, dentro dos outros grupos que a gente já tem, que são os grupos mais comuns, como grupo de hipertensos e diabéticos, né? (G12)

De repente, eu não vi nas ações que estão previstas, que são esses pactos, não tem nenhuma ação visando a saúde do homem também, fala do hipertenso, do diabético, a busca ativa para gestantes, a saúde sexual e reprodutiva, a busca pelo câncer do colo do útero, mas não tem nenhuma política específica voltada para a saúde do homem. (G23)

A evolução da efetivação da PNAISH depende de gestores e profissionais da saúde diferenciados, que levem em consideração não somente os diagnósticos e tratamento das doenças isoladamente, mas também as questões de gênero, desigualdades e relações interpessoais que transcendem as adversidades enfrentadas pelo ser humano (PEREIRA, S. L., 2017).

Essa política é mais uma política pública com viés na inclusão social. Ela busca expandir os direitos dos homens e reduzir as desigualdades e fragilidades dessa parcela da população no que tange à assistência à saúde (PEREIRA, J.; KLEIN; MEYER, 2019). No entanto, uma parte significativa dos discursos mencionou a campanha do Novembro Azul como o único momento de acolhimento exclusivo ao homem inserido na comunidade. Dessa forma, os profissionais utilizaram esse momento pontual como representação da implementação da PNAISH:

Então eu trabalho aqui vai fazer três anos né? Mas aqui eu nunca vi a implementação não tá? A questão do Novembro, o que parece que só é visto essa parte né? Do câncer de próstata e faz o mutirão, e pede o PSA, porque quando não tinha COVID a fazia mutirão e palestras, mas era neste mês de novembro durante os outros meses enquanto eu estive aqui eu nunca vi algo específico não. (G6)

No Novembro Azul também a gente procura fazer uma atividade mais voltada, né? Mas assim não a esse atendimento específico não [...] (G12)

É, na verdade, assim a gente faz algumas ações no período que é o Novembro Azul, por exemplo, algumas ações voltadas ao homem, mas implementar mesmo a política... Já ouvimos falar, mas a gente não tem implementado isso na UBS não. (G20)

Eu acho que aqui ela não funciona, não existe uma política pública em saúde voltada especificamente para o homem. [...] E aí ele - o homem - é visto de uma forma geral, mas não existe um espaço assim "ah esse aqui é o espaço da saúde do homem", a não ser nesse momento que a gente realiza no mês de novembro. (G23)

No restante do ano, eu acho que é muito precário ainda, os atendimentos acontecem de forma bem pontual, quando eles vêm na unidade procurando [...] (G28)

Um dos participantes foi bem explícito ao comentar que nem mesmo as ações para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são destinadas para os homens:

As ISTs que voltou assim, o número de sífilis, o número de HIV, o número de gonorreia, de todas as ISTs aumentou de forma indiscriminada, porque hoje a gente não vê nem política de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, que abrange uma grande parte dos homens, de uma forma geral. (G23)

Essa situação confronta com um dos objetivos específicos encontrados na PNAISH, que é o estímulo à implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, foi sugerida a promoção da prevenção e o controle das IST e da infecção pelo HIV na população masculina (BRASIL, 2009b). Percebe-se que os objetivos não têm sido contemplados no município.

Vale lembrar que a implementação da PNAISH é vista por muitos profissionais como um *fardo*, ou seja, uma sobrecarga diante de tantas outras tarefas anteriormente atribuídas às equipes. Os integrantes da ESF ainda se sentem perdidos por não serem capazes de atrair o homem para o atendimento e não terem tempo suficiente para

desenvolver estratégias eficazes para atrair esse usuário para os serviços de atenção primária (SILVA, D. C. S.; SOUZA; FIGUEIREDO, 2020).

Os profissionais abordados reforçam os fatores dificultadores para a implementação da PNAISH com temáticas já discutidas, tais como, falta de capacitação profissional, comportamento do homem enraizado na cultura, dificuldade de referenciar e *contrarreferenciar* dentro do sistema de saúde.

Eu acho deficitária porque quase não têm capacitação sobre o público masculino, assim, é muito raro, eu acredito que eu nunca tenha participado em nenhuma específica para o público masculino não. (G7)

Mas eu vejo que a implementação em si, eu acho que ela é um pouco difícil de estar fazendo, né? Uma que o homem por si só às vezes não vai, não procura a UBS e uma das coisas também acho que talvez a UBS também não vai onde o homem está. (G27)

Mas a prevenção não está culturalmente inserida no pensamento masculino, entendeu? E muito menos também no fortalecimento das campanhas e da política pública, entendeu? [...] Não foi consolidado ainda, tanto nos profissionais quanto na população. Então fica muito pontual mesmo. (G31)

A gente acolhe o paciente numa demanda, mas que a gente não consegue referenciar com um serviço eficiente e nem ter uma contrarreferência. [...] a gente não consegue trabalhar o tema, a gente não consegue profissionais capacitados que possa fazer esse atendimento, que é pontuado na política. (G32)

Na tentativa de desfazer a imagem de que homem doente é um homem fraco, deve-se buscar a conscientização da importância de considerar o usuário de forma holística e fazer com que ele mesmo compreenda essa necessidade, já que um homem adoentado interfere diretamente na dinâmica de toda a família, tanto de forma psíquica como social e econômica (SOUZA, L. P. S. *et al.*, 2014).

Um dos recortes dos discursos reconhece a complexidade do ser masculino e diz que ele não se resume somente às alterações da próstata, mas devem ser contempladas outras manifestações relacionadas ao bem estar físico, social e mental:

não só a próstata, a saúde do homem não simboliza que sua saúde é uma próstata saudável não, é todo um processo da saúde desse homem, tudo que envolve o corpo, o físico, a mente, a alimentação, a habitação, parte sexual, é tudo isso, tem que ser voltado isso para o homem, né? (G34)

Para que a implementação da PNAISH seja consolidada, é necessária uma força tarefa por parte dos profissionais de saúde, gestores e homens. Todos os agentes precisam estar cientes do diagnóstico, planejamento e implementação das ações para que se concretizem verdadeiramente (SILVA, D. C. S.; SOUZA; FIGUEIREDO, 2020). Dois participantes discordaram dos demais e conseguiram perceber a implantação e implementação da PNAISH nas unidades de saúde em que atuam, conforme denotam as passagens seguintes:

Olha, a gente aqui na UBS, a gente acaba atendendo essa população né? Porque eles buscam a UBS e o município oferece, igual a outros anos né? Anos anteriores, exame de próstata, palestras e orientações, então teve uma certa implementação sim dessa política no município. (G7)

[...] Hoje, você tem nível de exames que você pode pedir na atenção básica e mais de 80% das doenças hoje, tanto pelo nível de medicações que se tem na atenção básica, mais de 80% podem ser acompanhadas e tratadas na atenção básica. (G34)

É oportuno ressaltar que, de uma forma geral, o processo de efetivação da PNAISH ainda está tímido e aquém das propostas iniciais para esse público. O público masculino ainda continua distante das UBSs, os profissionais não têm capacitação para incentivar a presença do homem através de ações de prevenção e promoção e os gestores não fornecem recursos suficientes para a implementação. Esse somatório de elementos culmina com a estagnação da política pública, que tem como objetivo geral a promoção da melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil.

Percebe-se, através dos depoimentos coletados, que as unidades de saúde têm dificuldades de origens diversas que impossibilitam o exercício das ações de prevenção da doença e promoção da saúde que, de acordo com a PNAB, deveriam ser contempladas. Tal fato justifica os passos lentos da implementação da PNAISH no município.

#### **4.2.3 O papel do homem na implementação de sua política pública**

Como se sabe, a saúde do homem no Brasil começou a ser delineada pela PNAISH, com a Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a). Desde então, as unidades de saúde enfrentam obstáculos e/ou apresentam avanços nessa

temática. Assim como foi descrito no papel do sistema de saúde, o usuário do sexo masculino também é um dos responsáveis pelo ritmo de implementação dessa política pública. Os depoimentos seguintes esclarecem a dificuldade que os profissionais das unidades de saúde enfrentam para assistir o homem na atenção básica:

[...] os homens sentem uma dificuldade de procurar (o serviço dessaúde), ele não pensa muito na saúde, vem mesmo quando está sentindo alguma coisa mesmo. (G1)

[...] homem não procura a unidade de saúde, o homem só procura unidade de saúde quando tá morrendo. (G6)

O homem a gente tem uma dificuldade de passar essas informações, né? Porque o homem vem na unidade quando ele tá passando mal, quando ele tá doente [...]. (G8)

[...] o homem tem aquela fama de ser mais relaxado, mais relapso com a saúde, só procura mesmo quando não tem outra saída, em último caso [...]. (G21)

Porque existe a própria resistência masculina, que é uma resistência cultural também, né? (G25)

A adesão do homem ao tratamento é muito complicada, eles vêm quando sentem alguma coisa, né? (G29)

A questão do sexo masculino ainda é um entrave, porque assim eles se acham super-heróis e acham que nunca vão adoecer, então a gente observa que eles não têm o costume de procurar a prevenção da doença, eles só procuram o serviço de saúde quando o negócio já não está mais dando conta, né? [...] muito que ainda tem essa cultura do homem ainda querer segurar, ser o forte, que nunca sente nada. Então, a gente observa que tem pouca adesão ainda do homem vir espontaneamente procurar o serviço de saúde. (G30)

Eu acho que culturalmente os homens não têm esse hábito, então eu acho que acaba ajudando nesse não fortalecimento da política. (G31)

Percebe-se que, entre os homens, é habitual o desleixo relacionado aos cuidados com a saúde por uma questão cultural, pelo medo de descobrir alguma anormalidade e pela resistência em realizar determinados exames e/ou tratamento (VASCONCELOS, I. C. B. L. *et al.*, 2019). Conforme relataram L.V. S. A. Souza *et al.* (2022), o homem tem vergonha de expor seu próprio corpo e receio em descobrir que está doente por conta do imaginário cultural.

Nesse contexto, Lima *et al.* (2021) complementam afirmando que os homens acreditam ser inabaláveis e, portanto, não admitem adoecer, fato que os afastam das unidades de saúde para prevenção e os aproximam das unidades de urgência, quando não suportam mais a doença já instalada. Corroborando, J. Pereira *et al.* (2019) salientam que os homens buscam os serviços de maior complexidade na tentativa de resolver mais rapidamente seus problemas, pois já não suportam a situação em que se encontram.

Para S. L. Pereira (2017), essa ideia de invulnerabilidade está tão enraizada no processo de socialização do homem que ele acaba não sendo incentivado ao autocuidado e, até mesmo, à expressão de sentimento. Daí a dificuldade de se trabalhar com prevenção com o público masculino, visto que buscam mais as ações curativas e imediatas.

De acordo com L. V. S. A. Souza *et al.* (2022), desde o início da vida há distinção entre os gêneros masculino e feminino, sendo que aqueles não costumam ser o alvo de preocupações dos adultos. Dessa forma, quando adultos, eles se submetem mais a comportamentos de riscos e evitam cuidar da saúde. A comparação entre as formas de cuidar da saúde do homem e da mulher aparece nos discursos:

É muito difícil, porque eles não veem às vezes que, por exemplo, a saúde do direito reprodutivo quem vem mais procurar é a mulher, porque até a nossa cultura é mais voltada para mulher, por exemplo, para o homem tem vasectomia, agora o DIU, a laqueadura o anticoncepcional oral é muito mais procurado do que a vasectomia [...] Então é muito difícil de a gente mudar esse comportamento dele, o que é uma mudança que precisa vir da cultura. (G3)

É importante e a gente observa que a participação do homem aqui no planejamento reprodutivo, tipo um pré-natal, parece que o filho é da mulher só, porque à tarde o homem trabalha e o serviço que a gente tem oferece durante o dia, né? (G4)

Até o fator cultural do homem de procurar o atendimento só quando está no último grau, né? Ele não tem a preocupação de cuidar da sua saúde como as mulheres têm, então eu acho que não é suficiente – a atenção básica -, a maioria que acontece é isso ele já vai para a atenção secundária hospitalar buscar atendimento quando a situação já tá mais grave. (G5)

É pertinente destacar que a questão da priorização do trabalho pelo homem costuma ser uma temática frequente para justificar sua ausência na atenção primária. Para alguns autores, o mercado de trabalho não garante que o homem não será

prejudicado caso precise se ausentar para cuidar da sua saúde, fato que inibe o público a buscar o atendimento nas unidades de saúde (SOUZA, L. V. S. A. *et al.*, 2022). Ainda para os mesmos autores, a população masculina só procura auxílio nas unidades de saúde se a dor e/ou enfermidade existente interfere de forma negativa no desempenho do trabalho. Por isso a prevenção é ignorada, enquanto as práticas curativas são exaltadas pelo homem. Existem relatos sobre essas questões:

O homem às vezes pensa, “eu tenho que trabalhar, não tem tempo”, então ele deixa o cuidado com um pouco de lado, mas eu acho que já melhorou. (G15)

E o homem prioriza muito o trabalho, nesse ponto ele é bem diferente da mulher, para ele o trabalho está em primeiro lugar, entende? Então, ele realmente deixa a saúde para lá, ainda tem isso, ele não vai deixar de trabalhar. [...] ainda temos a questão do paternalismo e do homem ser visto como principal provedor da grande maioria das famílias. Então para ele deixar de ir no trabalho para ir no posto com uma dor de cabeça, não vai. (G26)

Confrontando com as afirmações anteriores, esses entrevistados comentam que a ausência do homem nos serviços de atenção primária não é justificada pelo trabalho, mas sim pela sua própria escolha. Além disso, ele sempre precisa estar amparado por alguém para buscar atendimento e, ainda assim, costuma faltar mais às consultas agendadas e, conseqüentemente, aderem menos aos tratamentos prescritos.

[...] a gente vê o homem mais resistente a gente vê muitas mulheres relatando a dificuldade do marido, não a dificuldade às vezes de por ele estar trabalhando, a maior queixa que a gente ouve é que realmente ele não quer, não quer vir ao atendimento não quer fazer a vasectomia ele quer que a mulher faz a cirurgia – laqueadura. (G12)

Sempre tem que ter um terceiro procurando por eles e muitas das vezes quando conseguem uma consulta, alguma coisa, muitos se recusam e não gostam de procurar tratamento. (G22)

No estudo de L. V. S. A. Souza *et al.* (2022), os homens declararam que, ao se sentirem adoecidos, acabaram buscando atendimento em unidades básicas de saúde, hospitais particulares, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou em hospital regional. B. C. L. Oliveira *et al.* (2021) entendem que as longas filas e falta de



resolutividade dos serviços de atenção primária fazem com que os homens busquem os serviços de emergência, que costumam ser mais imediatistas.

Um outro ponto que aparece nas falas dos entrevistados, e reforça o discurso da busca dos homens por ações curativas, é o fato de que a maior parte dos homens procuram a unidade de saúde exclusivamente para consultas médicas e realização de exames (SOUZA, L. V. S. A. *et al.*, 2022). Os grupos educativos, consultas de enfermagem, vacinação, entre outras atividades de prevenção oferecidas pelas unidades ficam em segundo plano. Os depoimentos a seguir comprovam esse comportamento:

os homens não participam dos grupos de hipertensos dos outros grupos os homens são as minorias né? (G4)

ele não é aquele que procura palestra, são poucos homens que procuram a gente aqui para uma palestra. (G8)

Assim, todos os grupos que a gente faz para uma mulher, um homem também pode participar, mas ele tem uma menor adesão, talvez seja um problema cultural, talvez né? Que o homem às vezes ele é um pouco mais machista, no sentido assim, “eu não fico doente”, né? (G15)

A gente tem essa dificuldade às vezes, convidar eles pra participar de ações aqui, tanto que a gente até compara, né? Outubro rosa, uma loucura, novembro azul já é mais tranquilo, que não tem um quantitativo tanto de pessoas, tanto de homens. Então a mulher procura mais os cuidados do que um homem. É, é, eu acho que a gente tem mais essa dificuldade com relação a eles virem. (G20)

Os profissionais de saúde também admitem que há falhas nas relações interpessoais, que contribuem para o comportamento do homem diante da busca pelos serviços de saúde. Apesar de toda a questão cultural e social, as unidades de atenção primária não costumam ser vistas como ambientes masculinos, assunto já discutido anteriormente. Além disso, os membros da ESF nem sempre estão preparados para acolher esse homem e, ainda, faltam serviços especializados para esse público. Essa somatização de fatores também gera entraves na implementação da PNAISH. Tais concepções estão fortemente presentes no discurso dos homens entrevistados, conforme as mensagens emitidas a seguir:

Eles – homens – também têm uma dificuldade de falar, então, a comunicação fica prejudicada por isso, não que não tem uma pessoa

para ouvir mas é que os dois lados não têm habilidades suficientes para tratar desse assunto né. (G3)

Se a mulher também tem uma inflamação a gente custa conseguir tratar o parceiro entendeu? (G3)

Além disso, os gestores entrevistados deixaram claro que os homens preferem ser atendidos por profissionais do mesmo sexo, o que nem sempre é possível. Muitos homens consideram a atenção básica como um espaço feminilizado, sobretudo porque a maioria dos profissionais da rede são do sexo feminino (BERBEL; CHIRELLI, 2020).

Os homens já não se sentem confortáveis em externar seus sentimentos, menos ainda para profissionais mulheres. Esse fato interfere de forma negativa no processo de socialização dos homens e, ainda, no reconhecimento das necessidades masculinas pelas mulheres, já que são evitadas pelos usuários. Assim, o planejamento e implementação de ações voltadas para esse público nem sempre é detectado (PEREIRA, S. L., 2017). Ainda segundo o autor, essa vivência leva ao afastamento dos homens das unidades de saúde, uma vez que não se sentem como parte desses locais. A questão sobre esse afastamento dos homens por conta do receio em serem abordados por profissionais do sexo feminino está esplanada nos trechos a seguir:

Principalmente médico homem, porque eles não aceitam mulher para fazer a questão do toque, né? (G6)

Mas assim, a gente esbarra naquela coisa, igual hoje eu tenho um médico homem, do sexo masculino e uma médica do sexo feminino. Então, assim, o homem, igual foi no momento do novembro azul, nós tivemos dificuldades deles virem ser atendidos pela médica. (G14)

É, a gente tem muitas mulheres médicas, mulheres enfermeiras, poucos enfermeiros, isso já é tradicional. O que a gente observa é que muitos não querem consultar porque não querem mostrar para a médica onde é que está o problema. (G34)

Quando o assunto é disfunção sexual, a situação se agrava ainda mais. Nos próximos dois relatos, os profissionais concordam que há uma resistência dos homens em serem atendidos por médicas ou enfermeiras:

Essas disfunções eréteis, essas doenças sexualmente transmissíveis são assuntos que têm um pouco de Tabu, então muita das vezes para profissional mulheres nem comentam, aí passa para o médico né? (G11)

[...] às vezes o homem que vem que vem para falar de uma questão de impossibilidade sexual, uma impotência, ele fica as vezes constrangido de falar com uma médica ou com uma enfermeira do sexo feminino, né? E às vezes ele gostaria de estar conversando aquilo com homem por ser do mesmo sexo, essas coisas. (G23)

A melhoria nos recursos humanos e materiais, além da responsabilidade individual de cada usuário poderiam otimizar o comparecimento e adesão do homem na assistência à saúde (PEREIRA, S. L., 2017). Porém, os próprios profissionais possuem uma visão curativista na busca por diagnosticar doenças e implementar cuidados. Com isso, os aspectos socioculturais relacionados ao gênero se tornam secundários, prejudicando o acolhimento e deixando o homem menos à vontade para se cuidar. Assim, os profissionais buscam sempre solicitar exames na tentativa de aproximar o serviço e o usuário do sexo masculino, desatendendo o diagnóstico comunitário e familiar do paciente (PEREIRA, S. L., 2017). L. V. S. A. Souza *et al* (2022) supõe que os homens ignorem as atividades ofertadas pela atenção básica e não se sentem inseridos nessas unidades de saúde. As falas desses entrevistados mostram o desafio de oferecer um cuidado holístico e, talvez, mais atrativo ao homem:

Então, eu acho que, assim, a resposta do usuário é boa, sabe? Mesmo com a distância, com toda dificuldade, acho que falta é um estímulo mesmo. (G25)

[...] o homem ainda tem muito essa questão da saúde do homem envolvendo só a parte reprodutiva deles, sabe? Então eles não avaliam assim a saúde mental, o homem como um todo, eles preocupam mais com essa questão aí. (G28)

A forma do homem se relacionar com o processo saúde-doença tem sido associada, de maneira negativa, ao aumento nos índices de morbimortalidade. O depoente G34 deixa clara essa percepção:

[...] o homem morre sempre primeiro, né? Por falta de cuidado mesmo, por ignorância, se dedicar só ao trabalho, não fazer o controle da hipertensão e do diabetes, nunca estar procurando algum atendimento antes de acontecer alguma coisa. (G34)

Diante dessa análise, fica claro que incorporar os homens em ações de saúde, ainda, é um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que esse usuário persiste na vivência de uma cultura que enxerga o cuidado com a saúde distante sua realidade e necessidade (LIMA *et al.*, 2021).

O comportamento dos homens e dos profissionais de saúde da atenção primária contribui, também, para um aumento significativo dos gastos referentes à saúde pública (LIMA *et al.*, 2021). Outrossim, refletem na sobrecarga dos serviços e inversão do processo de acolhimento no sistema de saúde, gerando ainda mais deficiência no atendimento (PEREIRA, J.; KLEIN; MEYER, 2019).

Do ponto de vista dos profissionais da atenção primária, do município de Juiz de Fora, o comportamento dos homens tem forte impacto no modo como eles enxergam a necessidade de bem-estar físico e mental. No entanto, a forma como são conduzidas as ações da atenção básica contribuem desfavoravelmente para a efetivação das diretrizes da PNAISH e interferem na presença e assiduidade inadequadas dos homens nos serviços de saúde.

#### **4.2.4 Como a pandemia da Covid-19 interferiu na saúde do homem**

A pandemia da Covid-19 é reconhecida como um grande desafio que vem gerando diversas transformações nas comunidades, no que diz respeito ao cotidiano, costumes, hábitos e rotinas dos municípios e das pessoas (SOUSA, A. R. *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, especialmente em momentos de crise, a ESF deve se adaptar e se refazer, para continuar promovendo saúde sem deixar de manter o vínculo dos usuários com as equipes. Geralmente, a população adscrita nas equipes costumam ser as mais vulneráveis para contrair doenças, tais como a Covid-19, além de ser marcada pelas desigualdades sociais, predomínio de doenças infecciosas e crônicas, problemas de saúde mental, além de causas externas (SOARES; FONSECA, 2020).

Podemos observar nos recortes dos depoimentos, a seguir, que a ideia de que a atenção básica ainda não foi capaz de se reestruturar e, portanto, apresenta dificuldades enfrentadas diante do cenário atual, prevalece:

[...] essa pandemia que atrapalhou tudo, que as coisas saíram do ritmo que a gente estava acostumado a trabalhar. (G11)

Mas a disponibilidade de recursos tá escassa até para outros programas já existentes, né? E o do homem eu acho que está de um lado mesmo, está deixada de lado. Eu acho que deveria implementar mais. Acho que a pandemia piorou um pouco isso aí, né? (G17)

Então, a gente tenta fazer isso com diversas ações na nossa unidade, tudo questão também da pandemia que atrapalha. (G29)

Depois que veio essa pandemia, a gente não consegue mais ver nenhuma política ser tão efetiva, né? (G32)

Percebe-se que o alcance e a rotina dos serviços foram afetados pelo medo, por parte da população, de buscar assistência devido às recomendações frequentes de distanciamento social e, também, por acreditar na baixa resolutividade do sistema pelo momento vivenciado. Na verdade, a pandemia foi sobreposta diante dos demais problemas de saúde existentes (SOARES; FONSECA, 2020). Fortalecendo esse raciocínio, Canalini (2021) reflete que o receio tomou conta da população diante das *quarentenas* e, por isso, a disponibilidade para diagnosticar e tratar as demais comorbidades foi adiada.

Esse comportamento fez com que a população reduzisse a busca por serviços de saúde desvinculados da Covid-19 e, portanto, fragilizou o funcionamento da atenção primária, no que diz respeito ao planejamento organizativo da rede de atenção à saúde (FROTA *et al.*, 2022). Muitos participantes mencionaram que as atividades realizadas antes da pandemia tiveram alteração associada à frequência com que eram realizadas, enquanto algumas nem sequer têm sido contempladas atualmente, conforme explicitado nas falas a seguir:

Atualmente com a pandemia a gente não tem programado muitas ações né? [...] mas até as outras ações de obesidade, grupo de hipertenso, e acompanhamento que essa população anda até que meio que suspenso. (G2)

[...] só que após o período de pandemia a gente não teve como realizar essas ações, a gente faz as ações mais espaçadas, com geralmente orientação individual, não faz mais grupos porque não temos espaço para fazer, não temos locais adequados, arejados ou que atenda as orientações que a gente tem que realizar durante a pandemia. (G7)

Antes da pandemia a gente tinha um grupo de direitos sexuais e reprodutivos e a gente tinha participação dos homens, agora por conta da pandemia até mesmo está parado as cirurgias né? Ainda não voltou a cirurgias eletivas ainda. (G10)

Então, nesse período de pandemia está tudo muito restrito, não é? Então, assim, as ações que são voltadas são basicamente as orientações em consulta, que são o que, que nós estamos desenvolvendo essas orientações em consulta né? Não há nenhum grupo específico para essa para essa, para os homens. (G17)

Antes da pandemia tinha os grupos de hipertensos, diabéticos, onde a gente incentivava não só assim toda a população com atividade física, dieta, melhora da alimentação, ingestão de líquidos, a busca pelo check-up, pelos exames de rotina de acordo com o perfil de cada paciente. (G23)

E os grupos foram suspensos com a pandemia, né? Então quando surge alguém com esse desejo a gente faz individualmente, a gente não faz mais no grupo, porque antes a gente convidava as pessoas, acolhia, mas com a pandemia tá muito difícil, a gente não está conseguindo fazer isso [...] (G25)

Porque, depois da pandemia, a sala de espera foi abolida, não tem como. [...] A busca ativa também a gente não tem feito devido às restrições mesmo. (G31)

Com a pandemia, a gente não pode mais reunir os grupos, então assim, a gente tem feito a educação, essa orientação em separado, porém, o serviço de vasectomia e alguns outros serviços de atenção secundária paralisaram sem nenhuma previsão de retorno. (G31)

Os grupos educativos, tais como grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de direitos reprodutivos e as orientações realizadas nas salas de espera, foram os primeiros a serem abolidos com o início da pandemia, por gerarem certa aglomeração. As UBSs, em sua maioria, não possuem estrutura adequadas para que pudessem manter essas atividades com riscos mínimos para os participantes.

Com isso, o acompanhamento das doenças crônicas foi interrompido, de certa forma, contribuindo para o aumento de complicações e risco de elevação do número de mortes evitáveis. O próprio governo é responsável por restringir o fornecimento de recursos eletivos e priorizar a oferta de insumos e/ou procedimentos associados à pandemia da Covid-2019, não somente no Brasil, mas em todo o mundo. A implicação negativa nos gastos do sistema de atenção à saúde também é relevante nesse cenário (MENDES, 2020).

De acordo com uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), 55% dos homens deixaram de realizar algum tratamento médico por conta da Covid-19 (CAMPOS, 2020). Além disso, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), do Ministério da Saúde, houve uma redução de

33,5% nas consultas urológicas do ano de 2019 para 2020 e de 221,5% no número de cirurgias de prostatectomia radical por conta do câncer. Diversos casos de câncer de próstata podem não ter sido diagnosticados como consequência da restrição do atendimento (CANALINI, 2021). Os participantes têm vivenciado esses aspectos concernentes à dificuldade e/ou impossibilidade de encaminhar pacientes para determinados procedimentos, como deixaram claro nos discursos:

[...] por causa da pandemia, no momento temos dois anos eu não tenho encaminhado nenhum homem para fazer a vasectomia, o que eu consigo fazer aqui é encaminhar a mulher para colocar DIU. (G1)

então a pandemia dificultou muito atendimento muitas cirurgias foram suspensas, ainda não voltaram as cirurgias eletivas, principalmente essas de procedimento cirúrgico, então isso dificulta porque muitas pessoas estão interessadas, aparece as pessoas interessadas em fazer a cirurgia, esposa ficou lá fazendo todo o trabalho de convencimento e quando ele chegar na unidade ele encontra essa barreira né? (G12)

Então, a gente ficou esses dois anos, principalmente ano passado, focado na vacinação, todo mundo só pensava em vacinar, então muita coisa se perdeu mesmo. (G31)

[...] até hoje a gente não voltou a fazer a vasectomia e nós já voltamos a fazer todas as cirurgias. Aí a pessoa vem numa capacitação para um planejamento buscando um método contraceptivo, que para ele é importante, ele já planejou a vida dele e o serviço não completa. Ele veio, fez, assistiu palestra aqui por dois dias e nós não conseguimos continuar. Então assim, se perde e a gente também fica desmotivado [...] (G32)

Vale destacar que, conforme foi dito, muitos procedimentos destinados a outros grupos, como as mulheres, já voltaram a ser oferecidos. Enquanto isso, as intervenções específicas do público masculino continuam estagnadas, comprovando a invisibilidade dos homens frente ao sistema de atenção à saúde, principalmente nesse período de pandemia. De acordo com Mendes (2020), no período da pandemia, os profissionais de saúde se ocupam com o acolhimento dos pacientes acometidos pela Covid-19, na maior parte do tempo. Essa sobrecarga contribui para que o atendimento às demais situações seja minimizado.

Os profissionais de saúde precisaram se reinventar para minimizar a transmissão do vírus e buscaram estratégias como atendimentos à distância, por ligações telefônicas ou pela internet. No entanto, nem toda a comunidade e unidade

de saúde possuem esses recursos, limitando o desempenho da equipe (SOARES; FONSECA, 2020).

Os participantes do estudo comentaram, também, sobre como as equipes incompletas e/ou reduzidas somatizam os desafios da assistência à saúde no período de pandemia:

Veio a pandemia e parou tudo, parou visita, parou consulta, médico saiu! e virou caos! Então nós não temos diagnóstico e não sabemos quando poderemos fazer. (G6)

Às vezes quando chega a gente vê a dificuldade do acesso devido ao número reduzido de profissionais, reduzido de vagas, reduzido de tudo, a pandemia veio só para piorar em todos os cenários. (G23)

Então, a atenção básica, na verdade, ela modificou muito nesse período então hoje nós estamos trabalhando com a equipe cada vez menor, com a equipe cada vez mais sem efetivo, profissionais que entram sem perfil de atenção básica [...] (G34)

Algumas recusas para participação no estudo ocorreram, justamente, por conta do acúmulo de trabalho devido à quantidade de profissionais afastados e equipes desfalcadas, dificultando a distribuição de funções adequadamente.

Para Soares e Fonseca (2020), a ESF deve assegurar o acesso dos usuários a uma assistência à saúde integral, coordenada e longitudinal. Para isso, as ações preventivas e curativas voltadas para os casos crônicos devem ter continuidade mesmo em tempos pandêmicos. Dentro dessa perspectiva, Medina *et al.* (2020) reafirmam que a rotina da atenção básica deve ser preservada em todas as situações e, portanto, é preciso se readequar na pandemia para continuar cumprindo sua missão de garantir a equidade, minimizando as desigualdades sociais. A atenção primária à saúde necessita se adaptar a fim de atender os usuários de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, mesmo nos momentos de crise.

As equipes da ESF precisam estar preparadas para dar suporte e assistir os usuários cadastrados, independente da pandemia. As rotinas e fluxos da rede precisam ser reorganizados diante de uma situação inesperada, para que o cuidado integral seja garantido, visto que a ESF é a porta de entrada do sistema de saúde (FROTA *et al.*, 2022) As demandas diagnosticadas previamente nas comunidades, famílias e indivíduos transpassam a pandemia da Covid-19 e persistem na busca de uma solução satisfatória.



Contudo, no estudo de Frota *et al.* (2022) constatou-se que nenhum dos serviços antes oferecidos e implementados na ESF foram mantidos durante o período de pandemia. Na tentativa de retomar as atividades, as equipes se depararam com absenteísmo, necessidade de capacitação profissional, escassez de recursos materiais e baixa probabilidade de retomada de rotinas indispensáveis para a saúde individual e coletiva. Já para Bousquat *et al.* (2020), os serviços têm sido reinseridos, gradualmente, especialmente no intuito de preservar a saúde dos usuários mais vulneráveis, ou seja, aqueles que fazem parte dos grupos prioritários.

Outro aspecto evidenciado pelos depoentes foi a mudança das demandas do público masculino em função do período de pandemia vivenciado. Para eles, houve uma elevação nas necessidades relacionadas à saúde mental dos indivíduos:

A gente vê que isso tem aumentado durante a pandemia. A gente tinha casos, mais casos de mulheres usando medicações de uso contínuo, sabe? E a gente vê que os homens têm aumentado bastante. E aí essa questão da saúde mental, sabe? Tem aumentado. (G19)

Mas com a pandemia assim, teve um aumento até de saúde mental, a gente teve um número até exagerado de pacientes com quadro de saúde mental. (G23)

Nessas falas, prevalece a ideia de que a saúde mental foi afetada com o avanço da pandemia, fato que interfere diretamente na organização do acolhimento e do cuidado da equipe de saúde para com os usuários. De acordo com Sousa *et al.* (2021a), os homens ressignificaram e se reconstruíram a partir das restrições e exigências vividas com a Covid-19.

Foi encontrado um estudo que concorda com a ideia de que a pandemia da Covid-19 influenciou negativamente a saúde mental dos homens. Os autores justificam que a insegurança, o medo e a incapacidade diante do momento vivido contribuíram para aumentar a sensação de instabilidade e mal-estar e, conseqüentemente, o sofrimento psíquico do público masculino (SOUSA *et al.*, 2021b). Essas transformações possuem interferência direta no dia a dia das equipes da ESF, que precisam estar prontas para atender esse novo modo de ser do homem.

#### 4.3 ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA PARA A SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES IMPLEMENTADAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste tópico, abordaremos as ações e iniciativas realizadas pelos profissionais de saúde na tentativa de ressignificar o comportamento do homem diante da atenção básica e inseri-lo no sistema de saúde a partir dessa porta de entrada. Percebe-se a atuação de diferentes agentes nesse processo de contemplação dos diferentes objetivos da PNAISH.

Essa análise foi ancorada nos objetivos específicos descritos na PNAISH, que contemplam a organização, implantação e qualificação da atenção integral à saúde do homem; o estímulo à implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva do homem; e, ainda, a ampliação do acesso dos homens às informações de prevenção da doença a partir da educação em saúde (BRASIL, 2009b).

Os recortes dos depoimentos, a seguir, mostram algumas estratégias de captação do homem realizadas pelas equipes da atenção primária:

[...] para promover mudança a gente promove isso nas consultas de demanda, consulta individual. (G10)

[...] a gente consegue captar ele no grupo de hipertenso, diabético né?  
[...] a gente tem o grupo de caminhada, de exercício físico, que a gente vê que a maioria são mulheres, a gente tenta chamar os homens. (G19)

E, assim, nos outros anos, a prefeitura disponibilizou em algumas Unidades a presença do urologista para estar fazendo essa questão da prevenção, mas não são em todas as Unidades, entendeu? (G23)

Ele vai vir, passar por uma consulta clínica, vai ser orientado, se tiver algum grupo para participar também, a gente pode estar inserindo ele em algum grupo especial de planejamento familiar, prevenção das DSTs, AIDS, sífilis, né? (G30)

Então, a gente faz tipo uma abordagem mais com a autoestima, melhorar a autoestima, aumentar a autoestima desse casal ou dessa pessoa, que muitas vezes eles procuram é por causa disso. (G34)

Pelos discursos, a partir da procura do homem pelas consultas, os profissionais tentam inclui-lo em alguma outra atividade que tenha relação com seu processo saúde e doença, tais como encaminhamento para especialistas e/ou grupos educativos.

Na fala seguinte, o participante destaca a busca ativa para a vacinação como forma de incorporação do homem:

Então assim, aqui na unidade a gente sempre tem o cuidado na questão de vacinação, a gente sempre faz aprazamento, a gente sempre faz busca ativa, né?

Sobre a saúde sexual e reprodutiva, sempre há menção à *vasectomia*, deixando claro que o maior motivo pela busca da população masculina, no que tange a essa questão, é justamente o encaminhamento para realização do procedimento. Os discursos deixam clara essa asserção:

É, a parte dos direitos sexuais também a gente faz grupo de direitos e alguns homens participam para fazer a vasectomia, né? Para tabagismo. (G15)

Lá no instituto de saúde da mulher, tem o programa para essa parte da vasectomia, que a gente encaminha para lá e passa pelo serviço social, e o assistente social dá andamento para a vasectomia. É um serviço muito acessível, mais fácil até que a laqueadura. (G22)

A questão do grupo de saúde reprodutiva que nós temos aqui tem a adesão de muitos homens por conta da questão da vasectomia, né? (G24)

Percebe-se que, apesar do foco na contracepção cirúrgica, diversos depoentes afirmaram que existe a realização dos grupos de direitos sexuais e reprodutivos nas UBSs, com a participação dos homens:

A gente tem uma demanda espontânea bem livre para quem tem assim planejamento familiar, para quem quer participar do direito reprodutivo, é de acordo com o horário que o homem pode às vezes a gente marca sete horas da noite porque ele tá no trabalho a gente tem um pouco dessa preocupação aqui. (G4)

Esse grupo é uma das ações que visam a participação do homem, no sentido de planejar sua vida sexual e reprodutiva, prevenir e controlar as ISTs e discutir sobre as disfunções sexuais masculinas (BRASIL, 2009b). Apesar disso, nenhum discurso mencionou atividades relacionadas à infertilidade masculina e/ou às disfunções sexuais concretamente, conforme recomenda a PNAISH.

Sobre as iniciativas de ampliação do acesso à informação, alguns entrevistados referiram utilizar o recurso das *salas de espera* para esclarecerem dúvidas e explicarem acerca de algum tema proposto:

A secretaria de saúde presta as ações de saúde do homem, ela disponibiliza alguns materiais, folders para informação mas isso também a gente corre atrás né? (G4)

[...], a gente faz sala de espera e procura estar fazendo isso também tá? Dando mais enfoque mesmo no mês de novembro. (G10)

Bom, as ações na UBS foram através de palestras nas salas de espera, a gente levar a informação de um CA de próstata, levar a informação do homem ter aquele cuidado com a saúde né? Então, além de usar as salas de espera, no controle de hipertensos com o grupo masculino, sempre reforça a questão do autocuidado, até fazendo analogia com o carro. Tem homem que cuida mais do carro do que dele. Então, se seu carro precisa de revisão, você também precisa de revisão... Quando fizer a revisão do carro, faça a sua revisão também. (G21)

Uma das finalidades das *salas de espera* é criar espaços para desenvolver a educação em saúde de maneira informal, incentivando as rodas de conversa curtas, porém produtivas. Para o homem, que busca agilidade e resolutividade na atenção primária, pode ser uma estratégia acertada que os encoraja a participarem.

Ainda nessa perspectiva, diz-se que a transformação de ações dos profissionais de saúde e comunidade acontece a partir de compartilhamento de informações e saberes populares, o que é favorecido nas práticas político-pedagógicas da Educação Popular em Saúde (EPS) (BRASIL, 2017a). Na atenção básica, a EPS favorece também o estreitamento do vínculo entre profissionais e população.

Os grupos educativos também foram citados, em várias falas, como um recurso utilizado para realizar a EPS e facilitar a comunicação da equipe com a população masculina. O destaque ficou para os grupos de tabagismo e, também, os grupos de prevenção e controle de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes. Esse último é chamado também de *Hiperdia*. Depreendemos essas observações a partir das seguintes falas:

É mais mesmo a questão de educação e saúde né? A gente faz pedido de exames, ver os fatores de risco que ele tem, a gente fala na saúde como um todo não só a questão do PSA, mas a gente pensa saúde

como um todo né? Questão de grupo de hipertenso, diabético, pretendendo não chegar no estágio final né? Que seria a doença instalada. Eu acho que a ferramenta principal é da educação e saúde, que a gente tem aqui né? (G5)

A gente faz um grupo de tabagismo, a gente faz um grupo de hipertensão, diabetes, né? Alguma coisa relacionada à sala de espera. (G20)

Tem a outra parte no PAM marechal que é a parte do tabagismo, né? Que também é acessível, tem o serviço social que encaminha que vai pra lá. Assim, tem os programas separados, mas já é para a pessoa adoecida né? (G22)

Esses grupos educativos que a gente faz, a gente sempre os amplia à noite, tá? [...] A gente sempre faz em horário alternativo para facilitar, né? (G29)

É interessante notar que, apesar de os homens terem fácil acesso para participarem das atividades desenvolvidas na atenção primária, especialmente os grupos educativos, essas ações não costumam ser específicas para essa população, mas sim para a comunidade em geral. Assim, a implementação da PNAISH ocorre de forma indireta na maioria das UBSs, incluindo os homens em atividades preexistentes. Os discursos a seguir denotam essa ideia:

[...] nos grupos de hipertenso e diabético acaba atraindo os homens, mas não exclusivamente masculino. (G11)

A gente trabalha com todos, todos os tipos de ciclos né? Sexual, reprodutivo, o idoso, não é isso? Isso tudo envolve o homem também. (G15)

E a questão do tabagismo[...] mas, assim, é tudo grupos que são misturados, não são grupos específicos para a saúde do homem, entendeu? [...] a gente faz a política do homem, mas associada com as outras políticas, entendeu? Não fica aquela política só para o homem, aquele recurso estabelecido só para o homem, entendeu? (G24)

Agora, em relação às infecções sexualmente transmissíveis, a gente mantém esse atendimento, a atenção secundária se mantém presente nesse sentido e aí a gente tem feito os atendimentos de rastreio e acompanhamento. (G31)

Os hipertensos, os diabéticos de modo geral, os pacientes em suas condições de envelhecimento e adoecimento normal são todos acompanhados aqui ao longo do ano e só são encaminhados

realmente quando complicam ou quando não têm condições da atenção básica dar suporte a ele, né? (G34)

I. C. B. L. Vasconcelos *et al.* (2019) complementam dizendo que programas como Hiperdia, distribuição de preservativos, saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, palestras e atendimento odontológico são destinados para a comunidade em geral, porém, auxiliam na implementação da PNAISH, pois conversam com seus eixos, contribuindo para o cuidado integral à saúde do homem. O depoimento a seguir relata sobre a morosidade do fortalecimento da PNAISH:

O que a gente costuma fazer é o trabalho de formiga, como eu falei orientação em consulta, orientação em grupo, alguma coisa a gente vai fazendo, mas não é muita coisa, muito impactante que a gente vai fazendo, é uma coisa bem lenta né? (G11)

Nessa categoria, a campanha do Novembro Azul também foi destaque nos discursos. Em muitas entrevistas ela foi mencionada como a única ação direcionada especificamente aos homens ao longo de todo ano. Seguem as declarações sobre o assunto:

A gente aproveita a oportunidade - Novembro Azul -, não só para fazer o exame de próstata mas para fazer um check-up geral do homem, o que é um momento que ele costuma vir na UBS. (G3)

Novembro Azul a gente sempre praticou o exame de toque, palestras acompanhamentos em gerais, orientações, encaminhamentos para realização da vasectomia, os grupos de direitos reprodutivos a gente sempre teve essas ações aqui na UBS. (G7)

[...] todo ano tem mais de cem homens que vem procurar o atendimento Novembro Azul para o toque, mas eles não vêm para outras formas né? (G9)

[...] têm o Novembro Azul que é mais marcante na saúde do homem, (G11)

Em novembro, a gente faz a campanha né? Da prevenção da próstata. A gente atende às doenças crônicas, no hipertenso, diabético, tuberculose. (G15)

O que eu consigo visualizar mais no homem é a questão do Novembro Azul, que é uma coisa mais elaborada. [...] (G24)

Então, por exemplo, quando a gente faz alguma ação específica, que aí pra gente é mais o Novembro Azul mesmo, a gente faz noturno, faz uma ação no sábado, entendeu? Até para tentar captar melhor esses homens. (G19)

O grande problema de focar as ações no mês de novembro é que o homem se sente desassistido nos demais meses, além de não darem continuidade à assistência e/ou tratamento fora dessa época. O gestor G27 comenta que aproveita a presença do homem na unidade, no mês de novembro, para contemplar orientações relacionadas à educação em saúde masculina, utilizando as salas de espera:

Uma estratégia que eu utilizei foi que quando a gente fez a ação do Novembro Azul, antes de realizar o exame físico, a gente fez essa parte educativa, aproveitou que os homens já estavam ali, então ali que a gente juntou já fez essa abordagem educativa, eles já estavam ali na sala de espera, então a gente aproveitou esse momento enquanto eles aguardavam o exame, que eles já estavam ali, né? (G27)

Será possível sensibilizar o homem somente nessa época, garantindo seu acolhimento no restante do ano através da campanha do Novembro Azul? É um questionamento para a reflexão dos gestores responsáveis pela atenção primária e equipes da ESF.

Alguns participantes deixam claro que a campanha Novembro Azul não é capaz de suprir as demandas da comunidade e torna-se necessária a ininterruptão das atividades direcionadas ao público masculino. Eles afirmam, ainda, que essa sequência é dada nas unidades em que atuam:

E a gente acaba tendo que fazer isso - Novembro Azul - no dia a dia no cotidiano e a gente vai tentando fazer, quando a gente faz e nós já fizemos palestras aqui para esse público até na igreja aqui da comunidade. (G9)

[...] Planejamento familiar é a questão da vasectomia, o PSA, a gente pede a todo momento no ano, não se restringe só ao Novembro Azul não. (G20)

A gente não foca só, por exemplo, no Novembro Azul, a gente não foca só na próstata, é ao longo do ano inteiro. [...] A gente não foca na questão só da implementação da saúde do homem em si, o documento, né? A gente coloca outras ações em conjunto para trabalhar também, por exemplo, a questão respiratória, tuberculose, então são vários fatores, né? (G29)

A gente tem essas implementações, a gente tenta focar sempre no preventivo, na saúde preventiva, né? Colocar a pessoa com sua autonomia no cuidado, grupo de tabagismo, grupo de caminhada, grupo de ginástica, grupo de culinária dos diabéticos, então a gente tenta sempre diversas ações educativas de promoção da saúde para tentar também não ficar só no Novembro Azul, né? (G29)

Dois participantes, no entanto, pontuam a inexistência de atividades marcantes, direcionadas aos homens da comunidade. Para eles, as ações realizadas não são suficientes para instigar esse público e promover o acolhimento nos serviços disponíveis para a assistência à saúde.

Então, eu vou ser honesta, praticamente não se faz muita coisa não, sabe? Mas, eu sinceramente não vejo assim muita ação que promova, que puxe, que incentive esse homem não. (G30)

Olha, a gente faz as ações pontuais da atenção primária, que são as consultas e solicitação de exames e encaminhamentos para a especialidade. (G32)

Diante dos relatos, foram selecionadas ações e programas, ditos como presentes na maioria das UBSs, na tentativa de viabilizar contextos pertinentes à saúde do homem e priorizar a atenção básica, ou seja, a ESF como porta de entrada desse usuário ao sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado. Nos próximos tópicos teremos a oportunidade de discutir sobre esses programas.

#### **4.3.1 Pré-natal do parceiro inserido na atenção básica**

A PNAISH acredita que a inserção dos temas que envolvem a paternidade responsável durante a gestação é uma estratégia eficaz para auxiliar o alcance de um dos principais objetivos da política: melhorar o acesso e o acolhimento dos usuários do sexo masculino aos serviços de saúde e aprimorar as práticas de assistência à sua saúde de forma geral no sistema. Essa proposta é conhecida como *Pré-Natal do Parceiro*.

Nas unidades onde foram realizadas as entrevistas, o Pré-Natal do Parceiro começou a ser realizado, porém ainda está engatinhando. Os profissionais de saúde têm consciência da existência dessa ferramenta e veem sua importância nesse processo. No entanto, os discursos não mostraram tanta assertividade nessa implantação e implementação:



[...] questão da paternidade, sempre consulta de pré-natal, a gente pede para o parceiro vir junto, tanto para gestante quanto para o parceiro, quando a gente fala que é o pré-natal do parceiro né? (G7)

E hoje a gente vê alguma coisa em Pré-Natal que os homens vão acompanhar ainda tá bem lento mas a gente vê um pouquinho. [...] (G11)

Quando faz os pré-natais, ele faz o pré-natal do homem também né? (G16)

A partir da PNAISH, a principal porta de entrada do homem para as UBS é o Pré-Natal do Parceiro. Isso porque essa proposta compreende o envolvimento do homem desde a opção por ser pai até a participação no parto e criação de seus filhos, sob o título de paternidade responsável. A cultura machista distanciou os homens dessas funções e colocou a mulher como a grande responsável por todas essas etapas. No entanto, o Pré-Natal de Parceiro rompe com esses paradigmas. Essa mudança proporciona a criação de fortes vínculos afetivos entre os homens e suas companheiras e seus filhos, sendo biológicos ou não. Essa estrutura proporciona aos homens acesso ao feto e cuidado, aproximando-o dos serviços de saúde (VASCONCELOS, I. C. B. L. *et al.*, 2019).

Segundo Herrmann (2016), o Pré-Natal do Parceiro conta com a presença do homem como acompanhante das gestantes nas consultas desse período e deve ser aproveitado para solicitar exames de rotina e testes rápidos, além de realizar a educação em saúde relacionada ao autocuidado e adoção de hábitos de vida saudáveis com o intuito de promover saúde e prevenir doenças nos homens.

Nos trechos seguintes, os profissionais reconhecem o valor dessa estratégia:

[...] quando a gente consegue fazer o pré-natal do homem, isso é muito bom, mas é difícil trazer o homem. (G1)

Outro cuidado que a gente tem em relação à saúde do homem é aproveitar quando a mulher está fazendo o pré-natal, a gente fazer o pré-natal do homem, né? Quando se tem esse espaço, a gente procura ter esse cuidado também de chamar o homem e de já ofertar toda essa questão assistencial que você vai identificar [...] (G27)

A ideia é de que não há um planejamento nem uma padronização para a incorporação do Pré-Natal do Parceiro dentro da ESF. Ele acontece se o homem estiver presente, mas não é realizada essa busca ativa nem orientações durante as

consultas. Na verdade, essa implementação se dá de maneira informal. Com isso, os usuários desconhecem essa oportunidade e, portanto, também não têm a iniciativa de participar achando que um momento somente da mãe e do bebê.

Isso acontece porque, pelas construções sociais vigentes até então, a mãe e o bebê são os principais envolvidos no período da gestação, enquanto ao pai não é dada a mesma atenção. Percebe-se que quando o homem passa a ser inserido nas atividades relacionadas a esse período, e são oferecidos exames e consultas específicas, ele passa a compreender seus direitos de saúde (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017). Sendo pai biológico ou não, a inserção dos homens em todo o planejamento reprodutivo e na gestação, contribui significativamente para a constituição e fortalecimento de laços afetivos do núcleo familiar (HERRMANN, 2016).

Contudo, como incentivo à realização do Pré-Natal do Parceiro, além da PNAISH, o Ministério da Saúde publicou Guias do Pré-Natal para os profissionais de saúde, Rede Cegonha (BRASIL, 2011a) e a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), conhecida como *Lei do Acompanhante*. Essa última assegura a presença de um acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto, contribuindo para a incorporação do homem nesse período, inclusive nas consultas de pré-natal. O objetivo é garantir a integralidade do cuidado do sujeito masculino, fazendo com que ele se sinta essencial nesse período e não somente um coadjuvante. Daí o binômio mãe-bebê é substituído pelo trinômio pai-mãe-bebê (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021).

A estratégia Pré-Natal do Parceiro é considerada uma estratégia transformadora que procura conscientizar os homens também sobre o seu papel de cuidador e no planejamento reprodutivo. Além disso, essa ferramenta busca melhorar o acolhimento e acesso dessa população às ações de saúde, especialmente na atenção primária (HERRMANN, 2016).

A presença do pai nas consultas de pré-natal é uma grande oportunidade para que este possa se aproximar das ações de promoção da saúde em geral nos serviços de atenção primária, além de compreender o contexto da paternidade responsável e cuidado (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021). Os mesmos autores ainda reforçam que o Pré-Natal do Parceiro representa uma ferramenta que funciona como porta de entrada para o homem no sistema de saúde, além de contribuir para o exercício da paternidade e cuidado. Essa estratégia é uma oportunidade para integrar o homem nos serviços de atenção básica e garantir que realizem exames, consultas e/ou

procedimentos específicos que não buscariam em outro momento (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021).

Durante o Pré-Natal do Parceiro são solicitados exames sorológicos, atualização do cartão de vacina e identificação de doenças que podem prejudicar a gestação. Já em relação ao planejamento reprodutivo, a decisão pela realização da vasectomia é o ponto de partida para a inserção do casal. Geralmente, eles já procuram a unidade certos da intervenção cirúrgica, que é garantida por lei (HERRMANN, 2016). A solicitação de exames foi relatada na fala desse depoente:

E até mesmo assim, até no pré-natal, a gente convida que o homem participe. Solicito os exames para eles, não é? Quando a gente vê necessidade. (G20)

Já esse outro depoente comentou que os exames são solicitados somente se houver alteração nos exames da parceira, fato que descentraliza o homem do cuidado:

Quando a gestante tem algum diagnóstico, por exemplo de sífilis, que eu tenho bastante aqui também, a gente sempre chama o parceiro junto, a gente tem que tratar os dois para a gente poder conduzir bem o pré-natal, né? (G24)

A condição da paternidade é o momento propício para instigar a participação do homem no cuidado em saúde, orientando em relação à sua responsabilidade consigo mesmo, com toda a família (PEREIRA, J.; KLEIN; MEYER, 2019). É um período em que grande parte dos homens se encontra mais sensível e se sente ainda mais responsável pela sua saúde e da sua família. Ele precisa estar bem para ser capaz de prestar a assistência necessária aos seus.

Apesar de o Pré-Natal do Parceiro ser reconhecido como um estímulo para garantir a atenção integral ao homem, no dia a dia, os profissionais de saúde e usuários ainda têm dificuldades para assegurar o seguimento dos cuidados. O homem participa das atividades relacionadas ao planejamento reprodutivo, porém não tem a garantia de seguimento no cuidado à sua saúde, contemplando o princípio da integralidade. É clara a desarticulação entre ações de planejamento reprodutivo e Pré-Natal do Parceiro. A ideia é de que não há essa interligação na maioria das UBS (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021).

A grande questão é que, após todo esse processo, muitas vezes o homem é visto novamente fora do sistema. O retorno desse homem ao serviço depende muito do vínculo constituído entre ele e os profissionais de saúde e é fundamental para sua mudança de concepção sobre autocuidado e condições de saúde e doença para além da questão de gênero. Os profissionais de saúde devem aproveitar o momento para apresentar os serviços ofertados ao homem, mostrando que as UBSs são também espaços de prevenção e educação em saúde e não somente de doenças já instaladas. Ao participarem do pré-natal, os homens devem ser convidados a fazerem parte de ações mais abrangentes e não transitórias na atenção básica (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

Uma das dificuldades do Pré-Natal do Parceiro é a resistência dos profissionais médicos à mudança de postura diante do usuário, ainda incentivando a postura passiva do paciente. No estudo de Ribeiro, Gomes e Moreira (2017), ficou claro que a presença do enfermeiro (a) na consulta de pré-natal contribuiu para que o homem tivesse uma postura mais ativa. Nesse sentido, B. C. L. Oliveira *et al.* (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021) corroboram ao mencionar a distinção entre o atendimento dos(a) médicos(a) e enfermeiros(a) nas consultas de pré-natal. Para eles, os(a) médicos(a) são mesmo mais relutantes à inserção do homem no pré-natal, parto e pós-parto.

Apesar de os profissionais de saúde compreenderem a importância da presença do pai no pré-natal, este ainda é visto e, muitas vezes, como coadjuvante nas ações de saúde reprodutiva. Isso porque as ações estão muito voltadas para o cuidado da mãe e bebê. Os profissionais ainda não estão preparados para atender esse homem e pai, apesar de idealizarem a necessidade deste nesse período (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021).

Além disso, um outro ponto é a assincronia entre pré-natal, planejamento reprodutivo e promoção da saúde. Na maioria das organizações das UBS eles apresentam-se desarticulados e independentes um dos outros, infringindo a noção de integralidade do sistema de saúde (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

Nessa perspectiva, no recorte da fala a seguir, o entrevistado descreve alguns impasses que contribuem para a fragmentação da efetivação do Pré-Natal do Parceiro:

A paternidade responsável é uma coisa que no município [...], não é uma coisa que é bem implantada no município não, sabe? Então, como não tem nenhum planejamento a nível municipal, que exija isso, somente algumas orientações, não tem. Não exige fornecimento de informação para indicadores, "etc, etc", então isso fica muito a cargo de cada um, que aí também acaba prejudicando. (G31)

Nesse sentido, percebe-se que o Pré-Natal do Parceiro é uma realidade reconhecida pela ESF, porém ainda não sistematizada entre os profissionais envolvidos. Não foram detectadas falas sobre o conhecimento dos usuários acerca da temática, deixando subtendido que, possivelmente, eles desconhecem os benefícios e seus direitos de saúde concedidos ao longo e após a gestação.

É preciso incentivar a participação dos pais, seja através da gestante e/ou da busca ativa a partir das consultas de pré-natal da gestante, além de alinhar as equipes de ESF tanto na preparação para prestar a assistência como no processo de organização para receber as famílias para o Pré-Natal do Parceiro.

#### **4.3.2 Grupos de direitos reprodutivos**

Nos dias atuais, os direitos sexuais e reprodutivos são considerados princípios e normas que garantem o exercício da sexualidade e reprodução humana pelo homem e pela mulher. Nessa perspectiva, ambos têm autogestão para decidir a respeito do número de filhos(as) que desejam ter, do espaço de tempo entre seus nascimentos e, ainda, se desejam ser pais. A autonomia reprodutiva deve ser livre de discriminação, preconceito, violência ou restrição de qualquer origem (VENTURA, 2009).

No que tange à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, uma das legislações mais importantes é a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996) – Lei de Planejamento Familiar – implementada no Brasil em 1996. Ela regulamenta questões relacionadas à esterilização cirúrgica e à proibição de políticas estatais de controle demográfico, demandando o apoio e assistência necessários à concepção e contracepção de qualidade e garantindo a autonomia do casal.

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. Educar é um processo de construção permanente (BRASIL, 2013d). Nessa perspectiva as equipes da ESF costumam realizar os Grupos de Direitos Reprodutivos com o intuito de incorporar

valores e conceitos que remetem à temática. Dentre os entrevistados, a maior parte deles confirmou a realização dessa atividade:

A gente faz esses grupos e depois encaminha o caso se for necessário para o especialista, o planejamento a gente já encaminha direto para vasectomia e orienta sobre doenças sexualmente transmissíveis também nesse grupo e são tratadas aqui na UBS. Com encaminhamento para especialista, o planejamento a gente faz no grupo do planejamento familiar, da infertilidade (G2)

A gente tem uma demanda espontânea bem livre para quem tem assim planejamento familiar, para quem quer participar do direito reprodutivo, é de acordo com o horário que o homem pode. (G4)

[...] se for planejamento a gente marca um dia de fazer orientação e passar para ele o grupo de direitos reprodutivos, caso de doenças sexualmente transmissíveis, se ele chega a gente já solicita exame, faz encaminhamento, já marca consulta, já passa o tratamento, então isso é quase que imediatamente. (G7)

Grupo de direitos sexuais e reprodutivos, a gente marca a entrevista, orienta sobre a vasectomia, para mulher também sobre a laqueadura, a gente vem colhe, junto a assistente social, com ela fica a questão da papelada, papelada lá, e a gente faz a parte clínica. (G8)

O planejamento reprodutivo, contracepção cirúrgica voluntária é tudo dentro daquele grupo de direitos sexuais e reprodutivos. (G9)

Mas assim, a gente tem sempre grupos educativos, né? Geralmente a gente faz uma vez ao mês um planejamento familiar. [...]

Na tentativa de tornar o cuidado mais abrangente, o termo *Planejamento Familiar* tem sido, paulatinamente, substituído por *Planejamento Reprodutivo*. Essa mudança contempla homens, mulheres e adolescentes, com ou sem união estável e tendo ou não o desejo de ter filhos e/ou constituir família (SILVA, K. C. S.; BONAN; NAKANO, 2014).

Para contemplar os direitos dos usuários, o Ministério da Saúde recomenda que o planejamento reprodutivo seja concebido com a participação de estados, municípios e comunidade, no contexto da saúde da mulher, do homem e do(a) adolescente. A atenção primária é a grande responsável por fazer acontecer esse planejamento reprodutivo, através da ESF (BRASIL, 2013d).

A abordagem educativa é considerada essencial ao abordar saúde sexual e reprodutiva junto à comunidade. Isso porque educar é um processo contínuo, permite

a troca de ideias e participação ativa dos envolvidos. Para a equipe do participante G32, o recurso utilizado foi o auxílio dos residentes de uma das instituições de ensino do município para a organização e planejamento da assistência aos participantes, conforme dito na fala abaixo:

A gente tem o grupo de residência da Universidade Federal, que é uma equipe multidisciplinar, né? Eles têm um grupo de planejamento familiar e esses homens são acolhidos com as demandas do planejamento familiar neste grupo. São dois encontros que eles fazem com o grupo e fazem os encaminhamentos. (G32)

É importante destacar que a realização de grupos foi suspensa por conta da pandemia da Covid-19 e, no período de realização da coleta de dados do presente estudo, ainda havia algumas equipes que não tinham retomado as atividades. Para dar conta das atividades envolvendo a saúde sexual e reprodutiva, têm sido realizadas consultas e orientações individuais. Nos trechos seguintes essa alteração da rotina fica explícita:

Olha, nós trabalhamos com planejamento individual né, com os direitos sexuais e reprodutivos, não faz mais o coletivo por causa da pandemia [...]. (G1)

E a contracepção também realmente a gente tem um serviço muito limitado, que ficou sem fazer um tempão, porque primeiro ele tem que passar por um grupo e se ele não tem disponibilidade de passar em um grupo, ou às vezes nem quer e nem tem paciência. (G3)

Bom, essas demandas [direitos reprodutivos] a gente tem atendido como consulta de enfermagem, porque no momento está suspenso os grupos de educação e saúde [...] (G5)

[...] quando não dava para gente fazer os grupos [direitos reprodutivos] e o homem estava com uma certa urgência para poder fazer a cirurgia a gente fazia o atendimento individualizado, a mesma orientação que a gente dava em grupo a gente fazia com homem consulta individual. (G10)

O planejamento familiar é feito por aqui mesmo, pelo grupo de direitos sexuais e reprodutivos. As enfermeiras fazem as reuniões. Antes da pandemia era um grupo que todo mundo participava, pegava adolescentes. Muitas das vezes faziam palestras nas escolas, para prevenção, para ensino do uso da camisinha. (G22)

É notório, pelos discursos, que o homem busca esses grupos principalmente para realizar procedimentos cirúrgicos contraceptivos, como a vasectomia. Na maioria das unidades, tanto homens como mulheres não podem ser submetidos a esses procedimentos sem a orientação dada nos grupos e/ou consultas por profissionais capacitados. Não deixa de ser uma forma de a equipe criar um vínculo com o homem. As falas seguintes ilustram essa questão:

Os usuários vêm, querem tirar dúvida, geralmente eles querem ver muita questão da vasectomia, o que precisa fazer, qual o processo, então a gente faz uma consulta de enfermagem e tenta explicar para eles os métodos e fornece também o cartão do homem [...] (G5)

Um homem que tem desejo de fazer vasectomia e tudo, a gente faz a captação e agendamos um atendimento. Se tiver um só, atendimento individual, ou atendimento em grupo, tá? Para o grupo de direitos sexuais e reprodutivos. (G17)

Porém, para que seja uma decisão baseada em um conhecimento adequado, é necessário que homens e mulheres participem dos grupos educativos que esclareçam conceitos e metodologias sobre os procedimentos. Para tanto, vale lembrar que a participação do homem no planejamento reprodutivo é um direito instituído na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996), garantindo a ele a participação da escolha do melhor momento para ser pai. No entanto, grande parte da população ainda desconhece seus direitos e, portanto, não buscam contemplá-los, tardando a implementação da PNAISH (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021).

Em acordo com a situação encontrada nas entrevistas, no estudo de Ribeiro, Gomes e Moreira (2017), o principal motivo para os homens procurarem a atenção básica foi a cirurgia de vasectomia. De acordo com os gestores, a quantidade dessas cirurgias tem aumentado a cada ano, independente do planejamento reprodutivo. Geralmente o casal faz o caminho inverso e/ou não passa por todas as etapas sugeridas pelo sistema, pois já busca o serviço de saúde decidido a realizar o procedimento cirúrgico.

Considerando o planejamento reprodutivo, B. C. L. Oliveira *et al.* (2021) também concordam que os homens costumam buscar o serviço de saúde para adquirir métodos contraceptivos, tais como preservativos masculinos. Além disso, a procura pelos procedimentos cirúrgicos de esterilização e vasectomia são recorrentes.



Todavia, para o depoente seguinte, a situação é diferente em relação à busca de preservativos:

eles têm muita resistência em usar preservativo, Então, assim, eu peço camisinha e quase vence e a gente já deixa ali na mesa preservativo para pegar e não pega. (G14)

Os homens e profissionais de saúde costumam priorizar a saúde sexual e a vivência da sexualidade, inclusive o planejamento reprodutivo, no que diz respeito à saúde do homem. Um dos motivos que incentiva o homem a buscar os serviços de saúde é a saúde sexual, porém quando há um problema já detectado e não como forma de prevenção (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

É pertinente observar que as coordenações e departamentos de saúde da mulher frequentemente são responsáveis pelo gerenciamento dos programas de planejamento reprodutivo, ocasionando a feminização dessas ações. Comumente as discussões giram em torno do corpo da mulher, engravidamento e métodos contraceptivos que dicotomizam do planejamento familiar do homem. Essa desarticulação de políticas contraria a noção de integralidade em saúde e deve ser repensada para centralizar homens e mulheres como elementos chave do cuidado (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

B. C. L. Oliveira *et al.* (2021) acreditam que, apesar das leis e políticas existentes, o planejamento reprodutivo ainda costuma ser compreendido como uma atribuição exclusivamente feminina, dispensando os homens de tais preocupações. Essa segmentação de gêneros gera impasses para a integração dos homens no planejamento reprodutivo. Talvez esse seja o motivo de os entrevistados perceberem que, mais uma vez, a presença e interesse feminino superam os masculinos, conforme esclarecem:

Planejamento produtivo quem procura são as mulheres né? [...] Infertilidade eles não procuram de maneira alguma, porque o homem tem medo disso ou, às vezes, procura e não sente essa abertura, às vezes chega aqui na hora que vai falar disso vem um conhecido aqui dentro e aí como não tem serviço específico e também não tem como buscar fora da comunidade dele para poder falar mais abertamente, tanto de fertilidade quanto de disfunção erétil que é pior ainda né? (G3)

Mas assim, nós vemos que eles se você for no planejamento falar de vasectomia, tem muita resistência do homem, porque ele tem medo

de ficar impotente, ele tem medo do corte, ele tem medo de doer. [...] (G14)

Então, na verdade a gente não tem esse acolhimento da saúde sexual e reprodutiva do homem, a gente vê muito da mulher. [...] (G25)

O conhecimento dos homens em relação ao planejamento reprodutivo se restringe à obtenção de métodos contraceptivos e à preocupação relacionada à transmissão de doenças e contaminação durante o ato sexual (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021). Vale destacar que ao reconhecer os homens como usuários que possuem direitos sexuais e reprodutivos, a PNAISH responsabiliza também o público masculino pelas condutas sexuais e tomada de decisões reprodutivas e recomenda a organização e concretização de ações e programas voltados para o assunto, promovendo a participação deles (VASCONCELOS, I. C. B. L. *et al.*, 2019).

Aquelas unidades em que não são organizados os Grupos de Direitos Reprodutivos, também, foram relatadas. Geralmente esse grupo é substituído pela consulta médica ou de enfermagem individualizada. Mesmo em consulta de rotina, são solicitados, ao homem, exames diversos, voltados para o exercício da sexualidade responsável e planejamento reprodutivo. Essas estratégias fazem com que a ESF contemple a temática. O discurso a seguir reporta sobre o assunto:

E como que a gente tenta se cercar? Às vezes é na consulta médica, que a gente já pede o exame de enfermagem, a gente já pede o exame incluindo as doenças sexualmente transmissíveis e a demanda espontânea, o desejo dele, por exemplo, da paternidade responsável, da contracepção cirúrgica voluntária, né? (G25)

Percebe-se que a atuação da equipe multidisciplinar e a participação dos homens possibilitam a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos homens. No município de Juiz de Fora, os sujeitos da pesquisa relatam que os Grupos de Direitos Reprodutivos estão ativos nas unidades, porém para a maioria dos usuários com a finalidade exclusiva de realização da vasectomia. Deveria ser uma oportunidade também para prevenir doenças e discutir questões pertinentes também à saúde do homem, de acordo com diagnóstico situacional. É válido rever esse processo para captar os homens e acolher suas demandas.

### 4.3.3 Campanha novembro azul

O Novembro Azul é o mês em que os municípios buscam planejar e preparar a ESF para acolherem os homens que buscarem os serviços de saúde. Matos (2019) conta como surgiu essa campanha:

O movimento “Novembro Azul” foi idealizado por Travis Garone e Lucas Slattery tendo como símbolo o bigode (estilo Mário Bros). Surgiu em um bar na cidade de Melbourne, na Austrália, em 2003, aproveitando as comemorações do dia mundial de combate ao câncer de próstata, realizado em 17 de novembro. Dessa iniciativa emergiu então a Movember Foundation, única Organização não Governamental (ONG) que trata da prevenção e diagnóstico precoce de doenças que acometem a população masculina numa escala global. (MATOS, 2019, p. 3262).

Em 15 julho é comemorado do Dia Nacional do Homem e agosto é o mês destinado à prevenção da mortalidade masculina por causas externas, porém somente a campanha Novembro Azul, mês mundial de combate ao câncer de próstata, está habituada a ser destaque nas UBSs. Essa campanha busca conscientizar a população masculina acerca da prevenção das suas condições de saúde e, ainda, da relevância do diagnóstico precoce do câncer de próstata (COSTA, 2020).

Em todas as entrevistas houve menção ao Novembro Azul. Na maior parte das UBSs, essa campanha é realizada pelas equipes de saúde. Ao serem questionados sobre as ações que têm sido realizadas pelo município e/ou UBS para consolidar as propostas da PNAISH, uma parcela considerável dos entrevistados comentou sobre a campanha do Novembro Azul. Os trechos seguintes podem comprovar essa informação:

Na parte do novembro azul, é a questão da do câncer de próstata, então é mais divulgada. (G14)

Igual eu falei, a saúde do homem no município, ela é mais na questão do novembro Azul mesmo. Mais nessa época que dá uma importância mesmo. E são algumas unidades que realizam o teste, não são todas, o exame e, assim, mas na época é bem divulgado, a gente mesmo aqui na unidade, enfeita a unidade toda para chamar os homens. As ACS elas distribuem o que a gente chama de mosquitinho né? Que são os convites. A gente faz sala de espera. (G16)

A gente faz mesmo de rotina nossa, é aquele evento do novembro azul. Não é? Que é voltada um atendimento voltado para o público masculino, onde é feita a triagem de câncer de próstata, solicitação de exames, né? (G17)

Tivemos assim, em nossas reuniões foi falado essa questão da política nacional de atenção integral à saúde do homem. Nós tivemos esse contato com essa política e aí institui-se, a gente passou a ter o novembro azul destinado a saúde do homem. Recebemos uma cadernetinha para distribuir para os homens assim como a mulher tem, isso como informativo, explicando a questão da próstata que é o principal alvo do novembro azul. (G21)

Que às vezes eles vêm mais novembro azul, que está mais ligado ao CA de próstata, para pedir o PSA, para fazer um toque, né? (G22)

Então assim, é aquilo que eu te falei, o que tem de ação voltada para a política do homem, na verdade, abrange mais a questão do Novembro Azul, que é um mês que realmente eles se conscientizam, que procuram a unidade. (G24)

[...] quando começou a enfatizar mais o Novembro Azul dedicado aos homens. Então assim, nesse momento, se faz as ações de prevenção pelo menos do câncer de próstata, que é uma coisa que preocupa os homens, porque diz muito com a sexualidade e mexe muito com a estima do homem, né? (G30)

Esse movimento ganhou força em todo o mundo, mas apesar dos inúmeros esforços, ele ainda restringe a saúde do homem à próstata – como visto nos trechos anteriores – e inibe a oferta de um cuidado integral ao usuário baseado no perfil epidemiológico dos homens brasileiros.

Apesar de existirem causas mais importantes de mortalidade em pessoas do sexo masculino, a saúde do homem costuma ser centralizada na próstata e na potência masculina, o que contribui para a manutenção da cultura de invulnerabilidade e hegemonia masculinas (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017). Em dissonância com os autores, alguns entrevistados destacaram que mesmo no Novembro Azul não oferecem assistência ao homem voltada somente para a próstata:

A gente faz o Novembro Azul quando era específico só para saúde do homem, aí nesse dia a gente tratava a saúde geral do homem não só o câncer de próstata e toque. (G10)

No Novembro Azul a gente faz um trabalho voltado para o câncer de próstata, né? E também durante esse trabalho realizado no mês de novembro a gente não foca só no câncer de próstata, mas na saúde do homem como um todo né? (G12)

Já esses dois depoentes seguintes comentam que, apesar de ser realizada pontualmente, a campanha Novembro Azul é válida até mesmo para diagnosticar e, posteriormente, investigar se houver necessidade:

Mas quando a gente faz uma campanha igual Novembro Azul aderência dele é boa e, pelo menos os usuários aqui do Bairro comparecem, eles vêm nos outros dias fazem os exames e a gente aproveita esse momento e faz a busca ativa, tenta convidar o máximo, fazer divulgação para eles comparecerem pelo menos um dia né? É aproveitar a oportunidade. (G5)

[...] mas eu acho que é muito válido - Novembro Azul - mesmo sendo restrito, que muitas pessoas são identificadas nesse momento para poder rastrear depois, aí muitos saem com o encaminhamento para o especialista mesmo, para acompanhamento, para fazer uma biópsia que seja, né? Então é muito válido, mas poderia ser bem mais...melhor aproveitado esse tempo, esse momento, né? (G31)

Esse participante, a seguir, relata sobre o crescimento da campanha na UBS:

Aqui na unidade a gente andou fazendo muito trabalho educativo, então assim, em novembro a gente conseguiu atender 150 homens, no último Novembro Azul, e quando a gente começou há oito anos atrás a gente atendia assim, de 50 a 60 então a gente conseguiu ter assim uma certa conscientização da população. (G2)

É pertinente mencionar que a realização dessa campanha não representa a implementação da PNAISH, como reconheceram alguns entrevistados. Isso, porque nem sempre é possível dar continuidade à assistência, visto que na maioria das unidades não são desenvolvidas ações nos demais meses do ano, fato que justifica a sub-representatividade dos homens na atenção primária (OLIVEIRA, B. C. L. *et al.*, 2021). Os trechos dos depoimentos apresentados a seguir reforçam a pontualidade do cuidado:

Esse tema com a saúde do homem é mais Novembro Azul, durante o decorrer do ano ela fica mais esquecida. (G2)

A gente pensa um pouquinho melhor só no Novembro Azul, parece que é só no Novembro Azul que eles lembram que o homem existe. [...] A gente tem trabalhado principalmente novembro, mostrar para o homem a importância de cuidar da saúde né? (G4)

Contrariando a percepção de que a ESF limita o cuidado específico à saúde do homem no mês de novembro, um participante relatou que são realizadas ações realizadas fora desse período:

E aqui, por exemplo, a gente sempre teve atenção a isso, não é? Trabalhamos com Novembro Azul, todo ano sempre fazemos o exame aqui não é, em uma data específica. (G16)

As ações destinadas à prevenção de hipertensão arterial, diabetes mellitus, problemas urinários e pulmonares, que são responsáveis por elevadas taxas de hospitalizações e óbitos na população masculina, não são destacados como programas oferecidos continuamente nas UBSs (COSTA, 2020).

Pelo que foi constatado nas entrevistas, as instituições de ensino atuam como auxiliares da atenção primária no mês de novembro, deslocando professores especialistas e residentes multiprofissionais para realizarem o exame do toque e a triagem dos pacientes. No entanto, a cada ano, uma ou mais UBS é contemplada com esse serviço. Sendo assim, como em diversas unidades não possuem profissionais capacitados nem recursos financeiros suficientes, acabam ficando sem esse tipo de cuidado, prejudicando a comunidade local e contribuindo para a não adesão do usuário ao sistema por conta da fragmentação da assistência.

De acordo com os discursos seguintes, existem unidades que ficam desamparadas no mês de novembro:

Então se nós não conseguirmos vínculo com Universidades, por exemplo, a gente não consegue fazer o exame de toque, então a gente fica restrito a realizar orientações sobre a saúde do homem e fazer a solicitação de PSA ou um encaminhamento para que passe por um urologista ou proctologista para que faça o exame de toque [...] (G26)

Então, essa parte - Novembro Azul - costuma acontecer, a gente vê que tem inclusive as UBS que não foram contempladas com essas ações de prevenção a saúde do homem, que no ano seguinte ela procura articulação com a prefeitura, até alguma escola para que se faça esse tipo de serviço, ofertar esse serviço [...] (G27)

Foi discutido ainda sobre a dificuldade de conseguir recursos destinados ao Novembro Azul e, ainda, de referenciar o usuário do sexo masculino para os demais níveis de atenção e/ou unidades de tratamento. Vê-se que o princípio da integralidade

é infringido exatamente na época em que deveria estar sendo ainda mais contemplado. Os usuários comentam sobre esses impasses:

Por exemplo, o Novembro Azul é um mês que a gente faz voltado para a saúde do homem, no Outubro Rosa, eu tenho as médicas, as enfermeiras que são capacitadas e conseguem fazer o exame preventivo e a solicitação de mamografia, tudo isso dentro da Unidade. Já no Novembro Azul nem todos sabem ou estão capacitados para fazer o exame de toque. (G26)

Por exemplo, a gente fazia o Novembro Azul, não vem coisas, não vem verbas, não vem insumos para tal, né? A gente faz...é coisa nossa, divide entre a gente. Alguns anos atrás chegou a vir um folder para isso, né? Tem até um pouquinho restante ali. Mas, no geral, as implementações são feitas pela própria Unidade, pela própria equipe. Não tem específico, não vem “xis” material para vocês trabalharem durante o ano a saúde do homem [...] (G29)

Vamos falar do Novembro Azul, que é um mês que a gente ataca ali esses cuidados. A gente não conseguiu fazer nenhum exame, nenhum...porque não tinha, apesar da gente ter feito um pedido de uma PSA, mas a gente não complementa esse atendimento, aí quando a gente vê uma alteração. Eu estou aqui com vários pedidos de especialidade com PSA alterado, mas eu não consigo, demora meses, meses e meses até isso virar um problema mais grave. (G32)

É necessário estender a abordagem da PNAISH associada à PNAB, para que a saúde do homem não seja resumida em próstata, cardiopatias e especialidades médicas. Ademais, é indispensável que as três esferas de governo exerçam suas responsabilidades institucionais não somente na época da campanha do Novembro Azul, mas ao longo de todo o ano.

#### **4.3.4 Adequação do horário de funcionamento**

Nesta categoria, discutiremos sobre o horário de funcionamento das UBSs, que também é considerado uma fonte de discussão para assegurar a implantação e implementação da PNAISH. Para garantir a procura do homem pelos serviços de saúde é necessário reorganizar as ações de saúde por meio de propostas inclusivas, com o objetivo de tornar o nível de atenção primária também um espaço favorável ao público masculino.

Um dos aspectos evidenciados nos discursos diz respeito à coincidência do horário das atividades laborais e de funcionamento das UBSs:

O público masculino no horário que a gente atende é o horário que eles estão trabalhando. (G2)

[...] e também tem esse problema da questão do trabalho né? Que muitas das vezes o nosso trabalho compete com o horário de trabalho deles né? [...] (G9)

O público masculino pelo nosso horário durante o dia é o horário que realmente os homens estão em serviço né? [...] e realmente não é um horário ideal né? (G10)

Mas o horário às vezes também pode ser um entrave, pode ser algo que dificulta o acesso das pessoas, esse horário né? (G12)

Pega o horário comercial, a gente observa que esse horário dificulta a presença masculina na unidade. Digamos que dificulta, vamos supor, o grupo masculino cria uma barreira de 75% gera um impedindo de horário, questão de trabalho. (G21)

O nosso horário de funcionamento é o horário de trabalho dos homens. (G26)

Principalmente o homem, que na maioria das vezes, a alegação dele não procurar o serviço é justamente porque ele trabalha no horário de atendimento da UBS. (G27)

Eu acho que muitos não acessam o serviço, porque não tem...primeiro, porque eles são meio acomodados; segundo, que eu acho que o horário é difícil para quem trabalha e eles têm muito medo de ser mandado embora, porque são chefes de família. (G28)

A nível do usuário homem, talvez esse horário fique um pouco ruim, no sentido de que a maioria trabalha, leva sustento para sua casa e geralmente o horário de funcionamento da UBS abarca muito aquele horário do atendimento em que o homem poderia estar procurando atividades preventivas, orientações e até a equipe pudesse estar chegando até esse usuário homem. (G31)

Os profissionais acreditam que o horário de funcionamento das UBS é um impasse para a incorporação de ações e serviços destinados ao público masculino, visto que eles optam pelo trabalho em detrimento do cuidado com a saúde. O homem prioriza o trabalho e, se for necessário, deixa o cuidado com sua saúde em segundo plano. Sendo assim, quando o horário de funcionamento das unidades de saúde é o mesmo de suas atividades laborais, ele deixa de procurar pela prevenção e promoção em saúde em prol do trabalho. Percebe-se que a participação dos homens, especialmente nas UBSs que coincidem o horário de funcionamento com o horário de



suas atividades laborais, é prejudicada por conta da sua disponibilidade de tempo (LIMA *et al.*, 2021). Hoje em dia há um número reduzido de UBSs que funcionam 24 horas, nos finais de semana ou com o horário estendido, cenário que impede as pessoas que trabalham de maneira formal a frequentarem sempre que preciso, com receio de afetarem a segurança do emprego (LIMA *et al.*, 2021).

Na verdade, diversas vezes, o horário de funcionamento das unidades de saúde da atenção básica coincide com o horário das atividades laborais dos homens e, diante desse fator institucional, o homem se distancia desse nível de atenção à saúde (SOUZA, L. V. S. A. *et al.*, 2022). Consoante, Nobre e Freitas (2021) declaram que o homem ainda se considera o provedor e o responsável pela renda da família e, por isso, deixa de frequentar as unidades de saúde que funcionam em horário comercial.

Vale realçar que, atualmente, tanto homens como mulheres são trabalhadores formais e a mudança no horário de atendimento das UBSs possibilita o aumento da participação de pacientes de ambos os sexos nas ações e serviços de saúde (PEREIRA, S. L., 2017). Ainda assim, as mulheres, mesmo estando inseridas no mercado de trabalho formal, frequentam mais as UBS que os homens, também trabalhadores. Esse fator é explicado pela cultura de autocuidado e cuidadora a que está habituada desde a infância, fazendo com que tenha a concepção de que precisa estar com a saúde em ordem para ter condições de velar pela sua família (SOUZA, L. P. S. *et al.*, 2014).

A partir do discurso dos entrevistados, apreendemos representações sobre a percepção de comportamentos distintos entre homens e mulheres inseridos no mercado de trabalho:

Então a gente tem uma dificuldade que a gente sabe que as pessoas trabalham né? Principalmente o homem, eu acho que hoje não tem muito esse negócio de homem e mulher todo mundo tem que trabalhar, também tem um serviço de casa, e hoje as funções estão praticamente iguais [...] não é como por exemplo a gestante que é garantido em lei que ela venha uma vez ao mês fazer o pré-natal, a mulher tem o direito por lei de pelo menos uma vez por ano fazer o preventivo, o homem eu não tenho esse conhecimento. (G12)

No discurso apresentado, percebe-se uma significação negativa relacionada aos direitos do homem e da mulher. A mulher é beneficiada ao ter permissão, por lei, para se afastar do trabalho para cuidar da saúde. Para amenizar esse distanciamento,

as unidades costumam utilizar de recursos de extensão de horário de funcionamento para a realização de atividades específicas, conforme apresentado nas falas a seguir:

Às vezes a gente marca sete horas da noite porque ele tá no trabalho a gente tem um pouco dessa preocupação aqui. (G4)

[...] tudo o que se faz após as 17h da tarde você tem uma adesão maior, porque a maioria dos homens, os que já não estão na fase produtiva trabalhando, eles vêm em qualquer horário, mas os homens que estão trabalhando, igual mesmo a campanha que a gente faz no Novembro Azul, a gente sempre faz essa campanha depois das 17h para poder atender. (G23)

Além disso, os profissionais de saúde também disponibilizam atestados médicos e declarações de comparecimento para que possam ser apresentados no trabalho como justificativa de ausência e/ou atraso. Os entrevistados comentaram sobre essa possibilidade:

Eu acho que para eles, às vezes, mas ao mesmo tempo a gente tem a condição de estar fornecendo um atestado para eles, dando uma declaração de comparecimento. Então o motivo não tem. Porque tem como eles virem. (G20)

Eu acho que não é o horário que impacta no atendimento, sabe? Concordo que muitos estão trabalhando, mas a gente consegue dar declaração de comparecimento, a gente consegue dar o atestado caso ele venha. (G25)

O Programa Saúde na Hora, lançado pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019 (BRASIL, 2019b), propõe a ampliação do horário de atendimento das UBSs, estendendo para além do horário comercial. No entanto, o programa é facultativo aos municípios e muitos ainda não aderiram.

Sobre a extensão do horário de funcionamento das UBSs, os profissionais de saúde comentaram que é uma possibilidade para melhorar o fluxo de homens nas unidades de saúde:

Olha nós já trabalhamos com esse horário de 7 às 17 horas, tem uma possibilidade aí né? De ampliar esse horário, pode facilitar? pode, mas eu não sei como isso funcionaria na prática. (G1)

Seria muito interessante que tivesse um horário estendido fora do horário de trabalho das pessoas. (G3)

Eu acho que poderia sim ter uma extensão de horário pelo menos até às 20 horas, aqui poderia ser melhor para todo mundo tá? (G4)

Podia estender até a noite né? (G8)

Na minha opinião teria que ter assim, para o atendimento do público masculino, o funcionamento do posto de saúde até as 20h ou 21h. Porque no comércio assim, a maioria trabalha até as 18h e daria tempo para chegar e fazer um atendimento. (G14)

[...] seria bom se tivesse um horário estendido no final do dia, ir até um pouco mais tarde para poder atender esse público que trabalha fora, não só os homens, mas as mulheres também em idade para trabalhar fora, porque eles acabam sendo prejudicados, né? (G23)

[...] o horário da noite para ele seria melhor para ele procurar uma consulta, né? Então assim, poderia estar estendendo esse horário, eu acho que a gente teria uma adesão bacana na parte dos homens. (G30)

Eles ainda relataram sobre as mudanças que deveriam ser realizadas caso haja essa extensão de horário, principalmente relacionada à segurança e contratação de mais profissionais para cumprir a carga horária prevista. Alguns participantes entendem como obstáculo o envolvimento de parcerias, para além das questões de saúde, a fim de implementar a ampliação do funcionamento da rede de atenção básica. Seguem as falas sobre o assunto:

Mas acima de tudo precisa de ter infraestrutura, segurança, precisa de ter outros profissionais disponíveis [...] (G3)

Só que já cai naquele negócio né? tem que ter outra equipe né? Adicional, e aí já viu né? (G8)

Mas isso aí [extensão de horário de funcionamento] envolve muita coisa né? Porque teria que aumentar o número de funcionários para poder atingir um horário extra para atender esses homens. (G10)

Mas, a gente não pode esquecer da segurança, porque ter um horário estendido dentro dos bairros, a gente sabe que tem uma fragilidade de segurança, então assim, o profissional tem que estar muito bem respaldado e segurado para que ele possa desenvolver o trabalho dele com tranquilidade. (G30)

Divergindo das opiniões anteriores, esses gestores dizem que o horário de funcionamento não tem relação com o não comparecimento do homem nas UBS. Para

eles, o horário de funcionamento estendido não irá mudar o comportamento dos homens, que têm outros motivos para não buscarem os serviços de saúde. Dessa maneira, o Programa Saúde na Hora é visto por aqui como não satisfatório:

Mas primeiro, quando tenta fazer as pessoas não vêm, porque já está cultural nelas que a unidade básica não funciona à noite, então precisaria de um tempo para que as pessoas pudesse acostumar, mas quando esse tempo está chegando eles falam "não deu certo" e interrompe. (G3)

Então para mim não é o horário que influencia para atendimento nem para o masculino, nem para o feminino, nem para nada [...] Porque eu acho que falar: "Ah eu chego sete horas da noite e vou na UBS"... ele vai chegar em casa à noite cansado abrir a cerveja, sentar no sofá dele e ficar em casa mesmo para descansar. (G6)

[...] porque na verdade é ilusão achar que o profissional que sai do seu trabalho cansado, ainda vai vir para alguma atividade na UBS depois de um dia estressante de trabalho, então eu acho que o horário de funcionamento é o suficiente. (G7)

Eu vejo que ele é pertinente [horário de funcionamento], não vejo essa necessidade de expansão de horário por conta do trabalho. [...] eu vejo que não é um impedimento o horário de funcionamento da Unidade não. (G13)

Não precisa expandir horário não, essa questão de expansão de horário é beneficiar os empresários que não podem liberar o empregado no dia para fazer um exame médico, eu acho um absurdo isso! (G33)

Vale destacar que a PNAB recomenda que a UBS deve acolher as demandas da comunidade incluída no seu território de referência e, portanto, deve se adaptar a fim de responder as necessidades dos usuários adscritos. Ou seja, cada ESF reconhece as necessidades de saúde da população e se organizam para evitar barreiras de acesso, incluindo a alteração do horário de funcionamento das unidades (BRASIL, 2017c).

Já o Programa Saúde na Hora, com a sugestão de ampliação do horário de funcionamento, prevê o fortalecimento da gestão municipal na reorganização da atenção básica, redução de gastos nos demais níveis de atenção e redução das filas em unidades de emergência (BRASIL, 2019c).

Entende-se que a equipe de ESF deve ser capaz de reconhecer suas fragilidades a fim de otimizar e individualizar a assistência à população da sua área

de abrangência e realizar as adaptações necessárias com a participação de outros setores, na tentativa de contemplar os princípios e diretrizes das políticas de saúde, no caso, da PNAISH.

#### **4.3.5 Meios de comunicação entre ESF e público masculino**

Para implementar a PNAISH e realizar as ações já descritas anteriormente, a comunicação é fundamental. Os homens precisam estar informados sobre os serviços ofertados pelas UBS, horários de funcionamento, realização de atividades específicas e parcerias com os movimentos sociais e populares. Os gestores entrevistados reconhecem a essencialidade da comunicação:

A comunicação é muito importante, quanto mais comunicação, melhor, quanto mais falar da saúde do homem, que ele não procura e tem que procurar antes de apresentar doença [...]. (G1)

Alguns deles relataram sobre experiências acerca dos meios de comunicação eficazes para sua comunidade:

A gente tem televisão, espaços para pôr cartaz, tínhamos um jornalzinho que tá meio parado e normalmente a gente usa esses meios de comunicação. (G2)

A comunicação oral, o chamamento, de um que chama o outro que chama o outro, a rede, o funcionamento da rede, né? É isso que funciona. A rádio comunitária também...ela tem um processo de adesão muito grande. Então, a comunicação oral é o meio mais importante de mobilizar a comunidade, né? Igrejas, comércio, a rádio comunitária... (G13)

[...] quando estava tendo escola, a gente ia nas escolas para começar desde pequeno, incentivar essas crianças para o autocuidado e tinha uma parceria com o CRAS, que o CRAS os meninos jogavam futebol, essas coisas. (G14)

A gente também tem parceria com o comércio local que ajuda a divulgar; igreja, carro de som. (G19)

Eu vejo as meninas (ACS) colocar cartazes nas padarias, no comércio, na loja, na escola. A gente tenta avisar nas igrejas. (G28)

Nota-se que a ESF conta com a atuação de parcerias encontradas em todos os bairros, tais como escolas, igrejas, Centro de Referência de Assistência Social

(CRAS) e comércio local. Tais locais, dependendo do perfil da comunidade, se tornam grandes parceiros para repasse e troca de informações entre unidades de saúde e usuários.

O ACS foi considerado pela maioria dos entrevistados como peça fundamental para a comunicação da ESF. Nas falas seguintes eles foram protagonistas no processo de interlocução entre membros da ESF e comunidade:

Os agentes comunitários aqui têm uma comunicação, uma capacidade de comunicação com a comunidade muito boa, eles têm WhatsApp das pessoas eles disponibilizam são muito abertos muito bacanas. (G3)

A gente tem instrumentos que é trabalho do agente comunitário de saúde, a gente tem uma ficha de cadastro individual, que a gente acaba colhendo algumas informações [...], acaba que o que eles não sabem deixam em branco, informações que seriam muito importantes aqui para gente. O meio de comunicação que a gente utiliza mesmo é o agente comunitário, porque ele tem que fazer a visita dele, que poderia ser melhor né? (G4)

O meio de comunicação principal aqui são as agentes de saúde né que leva as informações para eles. (G5)

Há basicamente a gente tem agente de saúde para comunicar e mural, é os meios de comunicação que a gente tem, muito raramente tem um vereador que tem um carro de som. (G6)

Então aqui a gente utiliza muitos os agentes comunitários de saúde que são os nossos elos com a comunidade, eles residem na comunidade então eles conhecem a população, muitos deles já estão mais de 20 anos na profissão então conhecem bem a população e a gente acaba se utilizando deles para fazer esse acesso. (G7)

A gente tem agente comunitário, sala de espera que também a gente usa e o individual mesmo, quando a gente precisa de dar algum aviso também a gente usa a escola e a igreja [...] (G10)

[...] o agente comunitário tem essa facilidade que ele faz esse primeiro contato e na grande maioria das vezes a gente consegue, a gente também tem o telefone quando a gente tem o telefone de contato [...] (G12)

Assim, nós usamos os agentes de saúde, nós temos bastante panfleto (G14)

Acho que o único meio que é eficiente, que existe mesmo é os agentes comunitários, que a gente está sempre conversando, falando as

orientações para cada faixa, para os homens, para as mulheres e, assim, eles trabalham direitinho. (G23)

[...] a gente designa os agentes de saúde que chega até eles esse convite, né? A gente afixa na recepção vários cartazes, joga nas mídias também, a secretaria de comunicação, videozinho, sala de espera [...] (G29)

O ACS é considerado um profissional capacitado para promover a comunicação direta entre comunidade local e equipe de saúde responsável pela ESF. Isso, porque ele já está inserido no bairro e na população, conhece as potencialidades e fragilidades da comunidade e leva as informações adquiridas para o restante da equipe, a fim de expor e solucionar os problemas relevantes. O ACS funciona como uma ponte entre a equipe de ESF e a comunidade, sendo o grande responsável pelo repasse das condições de saúde da população e, portanto, do planejamento e implementação de ações estratégicas (MENDONÇA *et al.*, 2021). Mesmo quando a equipe utiliza de recursos como cartazes, convites e vídeos, a intervenção do ACS é necessária para divulgar e para chamar a atenção da população para essas estratégias.

Na minoria dos discursos, os Conselhos de Saúde apareceram também como meios de comunicação utilizados pelas equipes da ESF:

também através do Conselho de saúde local também que é muito participativo aqui na nossa comunidade, redes sociais. (G5)

a gente também tem os conselhos quando a gente precisa divulgar alguma coisa. (G10)

Assim, na unidade a gente trabalha sala de espera, agente comunitário de saúde, nas consultas. A gente trabalha assim, dessa forma. Com o conselho local também. (G15)

O mapeamento do território também é conhecido como uma estratégia eficaz que auxilia o trabalho das equipes da ESF. No entanto, o mapa do território deve estar atualizado e, se possível, possibilitar sua movimentação, como os chamados mapas inteligentes ou dinâmicos. Em conjunto com a atuação de toda equipe, especialmente os ACS que possuem informações específicas de suas microáreas, torna-se possível identificar o delineamento da área de abrangência, as microáreas de risco, unidades

de apoio/parceiras da comunidade e distanciamento e/ou dificuldade de acesso à UBS (MENDONÇA *et al.*, 2021).

Para realizar o diagnóstico do território, as equipes costumam utilizar as informações cadastradas no e-SUS, prontuários eletrônicos ou formulários próprios de coleta de dados. É importante ressaltar que, para tanto, é importante que a informatização das unidades de saúde seja adequada, contando com computadores em número adequado e funcionantes e acesso à internet.

De acordo com os trechos das entrevistas, alguns gestores têm acesso aos recursos para se comunicarem:

Aqui é uma UBS informatizada, então isso é muito bom, no caso da minha área a gente ainda não tem porque a gente não tem o cadastro digital, então a gente está na fase de confecção manual do cadastro para poder digitar para o sistema, só que o sistema permite ele gera relatórios de hipertensos, diabéticos, ele não tem um relatório específico do homem. (G3)

Nós trabalhamos com e-SUS, até esses cadastros que eu me referi eles são jogados no e-sus, entendeu, tem até um local aqui no e-SUS que eu consigo informações nesse sentido, a gente tem um instrumento só não temos utilizado muito esse instrumento, tem o instrumento só que a gente poderia estar utilizando melhor. (G4)

O programa e-SUS né? O prontuário eletrônico, então temos todos os dados da população, tanto masculino, quanto feminino, criança tudo isso. (G8)

Durante a pandemia da Covid-19 houve uma alteração importante na comunicação das equipes de saúde e pacientes, por conta da orientação do distanciamento social como forma de evitar a disseminação do vírus. Nesse contexto, a comunicação via telefone e internet foi imprescindível para manter o acesso às informações e dar continuidade à assistência dos usuários envolvidos com as atividades da ESF (FROTA *et al.*, 2022).

Soares e Fonseca (2020) também relataram que, no período da pandemia, as ligações telefônicas se tornaram uma opção para o monitoramento das condições de saúde da população e o ACS foi fundamental nesse processo, já que tem a função de identificar situações de risco, orientar as famílias e encaminhar os casos necessários aos demais profissionais da ESF. A partir da identificação da necessidade reportada pelos ACS, são realizadas tele consultas com médicos e/ou enfermeiros da equipe ou, ainda, visitas domiciliares e encaminhamento para atividades de rotina.



No discurso a seguir, o profissional comenta sobre a utilização das redes sociais como meio de comunicação entre equipe e usuários:

Então a gente tá sempre fazendo grupo educativo e pelo WhatsApp da unidade a gente está sempre dando as informações, salas de espera, que aqui a gente tem as salas de espera todos os dias. (G14)

Ainda na época da coleta de dados, as tecnologias de informação e comunicação, que foram utilizadas no auge da pandemia, continuavam sendo utilizadas e foram vistas como uma alternativa de aproximação da equipe com a comunidade. Ainda assim, é indispensável mencionar que as consultas presenciais e visitas domiciliares não devem ser substituídas pelos recursos descobertos durante um período de distanciamento social.

Diante das mensagens emitidas sobre meios de comunicação, podemos perceber como a ESF valoriza o ACS como profissional capacitado e acessível para participar desse processo. É importante que ele se reconheça como um trabalhador fundamental para manter a equipe e a comunidades informadas e busque estar atento para transmitir mensagens fidedignas, a partir de suas observações e diálogos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do homem é um tema que fomenta expectativas e controvérsias, implicando nas mais diversas representações no processo saúde e doença desse público, tanto por parte dos profissionais de saúde como, também, por parte do homem como protagonista da política.

Atualmente, é possível perceber nas vivências cotidianas que os homens têm, paulatinamente, ressignificado seu comportamento diante da prevenção da doença e promoção da saúde. Eles estão mais presentes nas unidades de saúde, inclusive nas UBSs. Muitas vezes, ainda, os serviços de saúde são buscados com o intuito de cuidar de doenças já instaladas, especialmente a hipertensão e diabetes. Portanto, aquele homem que apresenta doenças crônicas, já diagnosticadas, costuma ser mais frequente nesses serviços para buscar e/ou renovar alguma receita ou passar pela consulta médica.

No entanto, nota-se uma participação mais ativa do homem nas atividades oferecidas pela atenção primária, especialmente quando há um incentivo dos familiares, especialmente a esposa e/ou companheira. É notório, também, o aumento da presença do homem nas UBSs, quando precisam acompanhar os filhos nas atividades relacionadas ao cuidado com a saúde. Essas são formas de o homem se fazer presente nesses espaços de atenção à saúde e devem ser levadas em conta pelos profissionais de saúde, na tentativa de estimular a criação de vínculo do homem com o sistema de saúde.

O estudo nos possibilitou estabelecer uma relação entre as concepções e comportamentos do homem e a campanha do Novembro Azul. A campanha do mês de novembro encoraja o público masculino a participar das ações e, algumas vezes, dar continuidade à assistência, contribuindo para a manutenção do homem na atenção básica. Apesar disso, ainda há obstáculos a serem superados.

O sistema reprodutor, especialmente a próstata, é um grande motivo para que os homens busquem auxílio na atenção primária. Isso porque os homens se preocupam com as consequências do câncer de próstata, principalmente a disfunção erétil, refletindo diretamente na vivência da sexualidade. Nessa perspectiva, seria um momento adequado para captar esse homem e mostrar a ele que há outras questões que permeiam seu processo saúde e doença.

Apesar da participação significativa da população masculina na atenção básica no mês de novembro, as estratégias utilizadas para cativar esse homem não costumam ser mantidas pela ESF em outras épocas do ano na tentativa de implementar a PNAISH. Além disso, o homem costuma ser resumido aos cuidados relacionados ao câncer de próstata, fato que não sensibiliza os homens para a compreensão da complexidade do cuidado integral da sua saúde.

O fortalecimento da PNAISH na atenção primária dos municípios, visto que é a porta de entrada principal do sistema de saúde, contribui para potencializar a inserção e manutenção do homem no sistema de saúde. É importante que os homens façam parte das unidades de saúde, mesmo em períodos fora de campanhas ou grupos educativos, sendo incentivados por profissionais de saúde capacitados que desenvolvam mecanismos para que o homem se sinta amparado pela atenção básica.

Para implementar a PNAISH, é necessário o rompimento com o modelo biomédico de assistência, centrado nas patologias e na transmissão de conhecimento do médico para o usuário. Para tanto, os homens precisam reconhecer a importância da prevenção de doenças e, ainda, se responsabilizar pelo cuidado com sua saúde, amparados pela ESF.

Os profissionais de saúde devem ser capazes de demonstrar aos homens que a presença ou ausência de saúde está, intimamente, ligada aos fatores sociais, econômicos e culturais que compõem suas vidas. As UBSs devem estar preparadas para atender o homem em toda sua integralidade, tanto em relação aos recursos humanos capacitados como, também, em relação aos recursos financeiros e estruturais de qualidade e suficientes para esse fim. Nesse sentido, o público masculino, tem revisado os modos de vida e suas repercussões, na tentativa de buscar o bem-estar e valorizar a saúde, tanto física como mental.

O verdadeiro entendimento das necessidades de saúde dos homens contempla questões socioambientais, econômicas, psicossociais e culturais relacionadas à saúde e à doença, minimizando os riscos de abandono da atenção básica e aumentando as chances da criação de vínculo entre a equipe e o usuário do sexo masculino.

Diante do cenário exposto, fica claro que, para que a PNAISH seja consumada, os dirigentes do SUS, a nível municipal, precisam compreender a Política e suas proposições, já que é o âmbito responsável pela sua implantação, desenvolvimento e avaliação em consonância com o regulamento do SUS. Com o

intuito de atingir esses objetivos, os gestores e equipes de ESF precisam se reunir para debaterem sobre a saúde do homem e estipularem metas a serem cumpridas e estratégias de ação, além de calcularem e providenciarem o financiamento adequado para concretizar a PNAISH. Além disso, é essencial a prática da educação continuada voltada para habilitar os profissionais de saúde a elaborarem estratégias de assistência às demandas masculinas e problemas do SUS.

Outra questão que emergiu neste estudo foi o benefício de introduzir o tema sobre saúde do homem durante as graduações para que os profissionais entrem no mercado de trabalho cientes das fragilidades do sistema e, mais capacitados, possam contribuir de forma mais efetiva no acolhimento e manutenção do homem na rede de atenção à saúde partindo da atenção básica. Além disso, a busca e captação do homem pela ESF nos locais onde eles se encontram, por exemplo empresas em que trabalham, foi recomendada para inserção desse público na atenção primária.

Os discursos mostram que os profissionais de saúde têm consciência das fragilidades do sistema de saúde e, portanto, dos impasses para a consolidação da PNAISH. Eles são capazes de identificar os problemas e propor estratégias para solucioná-los. No entanto, muitas vezes, se chocam com barreiras institucionais, organizacionais e financeiras para seguir o processo, fato que inviabiliza a implantação e implementação da PNAISH de forma efetiva no município.

No estudo, verificou-se que a implantação da PNAISH no município de Juiz de Fora está aquém da formalidade sugerida na política e, portanto, sua execução não ocorreu de maneira efetiva nas unidades de saúde abordadas. É necessário repensar estratégias capazes de gerar resultados mais significantes no que diz respeito à sua implementação.

Ressaltamos, também, que as políticas de saúde e os próprios sistemas de saúde não estão totalmente preparados para acolher as populações masculinas. Programas devem ser desenvolvidos e profissionais devem ser capacitados em estratégias de saúde domiciliar para que os usuários do sexo masculino recebam o mesmo tratamento que os demais usuários.

Frente às informações apreendidas, considera-se que os resultados nos possibilitaram responder aos questionamentos propostos no estudo. No entanto, sugere-se que o tema não se esgote neste estudo. É necessário avaliar outros componentes que contribuem para a implementação da PNAISH, inclusive nos demais níveis de atenção à saúde e em outros municípios brasileiros.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARRETO, E. F. *et al.* A implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem: estado da arte. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 80–84, 2018. Extra. DOI: [10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.80-84](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.80-84).

BERBEL, C. M. N.; CHIRELLI, M. Q. Reflexões do cuidado na saúde do homem na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 33, n. Suplemento 7 e 8, p. 1–9, 2020. DOI: [10.5020/18061230.2020.11559](https://doi.org/10.5020/18061230.2020.11559).

BITTAR, O. J. N. V. *et al.* Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, Relato de caso. São Paulo, v. 18, n. 70, 2018. DOI: [10.23973/ras.70.77](https://doi.org/10.23973/ras.70.77).

BOUSQUAT, A. *et al.* **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020. (Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco). Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RelatorioDesafiosABCovid19SUS.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055–18059, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>. Acesso em: 5 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 134, n. 10, p. 561–563, 15 jan. 1996. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=15/01/1996&totalArquivos=56>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 24 set. 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9836.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm). Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de

acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 67, p. 1, 8 maio 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/04/2005&totalArquivos=176>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 39, p. 43–51, 23 fev. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/02/2006&jornal=1&pagina=51&totalArquivos=120>. Acesso em: 5 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf). Acesso em: 7 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.994, 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 165, p. 61–62, 28 ago. 2009a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/08/2009&jornal=1&pagina=61&totalArquivos=224>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009. Apoiar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 243, p. 101, 21 dez. 2009b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/12/2009&jornal=1&pagina=102&totalArquivos=196>. Acesso em: 5 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010. Expansão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 84, p. 37, 5 maio 2010. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/05/2010&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=104>. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 121, p. 109–111, 27 jun. 2011a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=109&totalArquivos=184>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011. Apoiar a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro único. **Diário Oficial da**

**União:** seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 221, p. 86–87, 18 nov. 2011b. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/11/2011&jornal=1&pagina=87&totalArquivos=204>. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59–62, 13 jun. 2013a. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=140>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH):**

compromisso versus ação na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <https://central.to.gov.br/download/106878>. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.773, de 19 de novembro de 2013 (revogada). Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados, Distrito Federal e Municípios para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:**

seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 225, p. 68–69, 20 nov. 2013c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/11/2013&jornal=1&pagina=69&totalArquivos=168>. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso em: 17 maio 2021. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 98, p. 44–46, 24 maio 2016. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/05/2016&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=80>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 15, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 64, p. 81, 3 abr. 2017a. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=03/04/2017&totalArquivos=132>. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 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).

**Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68–76, 22 set. 2017c. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=76&totalArquivos=120>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 94, p. 122–123, 17 maio 2019b. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/05/2019&jornal=515&pagina=123&totalArquivos=163>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na hora. Brasília, 2019c. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Mortalidade - Brasil. Óbitos por residência por sexo segundo capítulo CID-10. Região de saúde: 11005 Zona da Mata. Período: 2020. 2020a. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Mortalidade - Brasil. Óbitos por residência segundo sexo. Período: 2020. 2020b. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Mortalidade - Brasil. Óbitos por residência por sexo segundo causa - CID-BR-10. 2020c. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade - Minas Gerais. Óbitos por residência por sexo segundo Município. Município: 313670 Juiz de Fora. Período: 2020. 2020d.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mg.def>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Mortalidade - Minas Gerais. Óbitos por residência por sexo segundo Grupo CID-10. Período: 2020e. 2020.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mg.def>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia e-SUS Atenção Primária: em busca de um SUS eletrônico. 2021. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 15 mar. 2022.



BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [Recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2022a. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoLegislacaoAnotada/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. CNES - Equipes de saúde - Minas Gerais. Quantidade segundo Tipo da Equipe. Município: 313670 Juiz de Fora. Período: Jul/2022. 2022b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipemg.def>. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. CNES - Quantidade por Tipo de Estabelecimento segundo Município. Município: 313670 Juiz de Fora. Período: Jul/2022. 2022c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso em: 11 ago. 2022.

CAMPOS, A. C. Pesquisa mostra que pandemia afastou homens dos consultórios médicos. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 7 nov. 2020. Saúde. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/pesquisa-mostra-que-pandemia-afastou-homens-dos-consultorios-medicos>. Acesso em: 16 jul. 2022.

CANALINI, A. Pandemia afastou ainda mais os homens do médico. **Veja Saúde**, 7 nov. 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/coluna/com-a-palavra/pandemia-afastou-ainda-mais-os-homens-do-medico/>. Acesso em: 7 jun. 2021.

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. 659–678, 2009. DOI: [10.1590/S0103-73312009000300006](https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006).

CELENTO, V. D. *et al.* Sistemas de Informações em Saúde: potencialidades e dificuldades vivenciadas por profissionais/acadêmicos na prática assistencial. **Revista Pró-UniversUS**, Vassouras, v. 12, n. 2, p. 07–16, 2021. DOI: [10.21727/rpu.v12i2.2961](https://doi.org/10.21727/rpu.v12i2.2961).

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221–236, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37416210>. Acesso em: 15 mar. 2022.

COSTA, C. R. M. A evolução histórica do debate sobre saúde do homem: a construção da saúde integral. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, Recife, v. 6, n. 1, 2020. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/429>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1994.

ELIAS, B. K. *et al.* Avaliação do acesso e acolhimento de homens na atenção básica: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 22582–22590, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n3-125. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/25845/20514>. Acesso em: 15 maio 2022.

FARIA, M. A. *et al.* Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: percepções de gestores de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte – MG. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 5–13, 2015. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2015v16n3p5>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FROTA, A. C. *et al.* Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. Número especial 1, p. 131–151, 2022. DOI: [10.1590/0103-11042022E109](https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109).

GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R. **Relatório final de pesquisa**: os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20523/2/relatorioSaudeHomemv1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

HEMMI, A. P. A.; BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1–28, 2020. DOI: [10.1590/S0103-73312020300321](https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321).

HERRMANN, A. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal\\_parceiro\\_profissionais\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf). Acesso em: 17 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Juiz de Fora. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 20 jun. 2021.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Construindo o campo da pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 169–177, 2007. DOI: [10.1590/S0104-12902007000300016](https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300016).

LIMA, C. M. *et al.* Desafios de enfermeiras frente à saúde do homem na atenção básica. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 1, p. e38810111885–e38810111885, 2021. DOI: [10.33448/rsd-v10i1.11885](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11885).

MARTINS, A. C. T. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2095–2103, 2019. DOI: [10.1590/1413-81232018246.08492019](https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08492019).

MATOS, M. A. Novembro azul, política nacional de saúde do homem e a interface com a atenção básica. **Revista Nursing**, Osasco, v. 22, n. 258, p. 3262, 2019.

Disponível em:

<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/411/389>. Acesso em: 17 maio 2022.

MEDEIROS, M. F. *et al.* Programa de assistência à saúde do homem: dificuldades e relevância da ação da enfermagem. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, São José, v. 10, n. 1, p. 8, 2021. Disponível em:

<http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/6615>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. DOI: [10.1590/0102-311x00149720](https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720).

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília: Conass, 2020. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/#:~:text=A%20rapidez%20com%20que%20se,%C3%A0s%20estrat%C3%A9gias%20de%20seu%20enfrentamento>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MENDONÇA, G. J. M. G. *et al.* A utilização do diagnóstico situacional para o planejamento das ações na ESF. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 8170–8184, 2021. DOI: [10.34119/bjhrv4n2-346](https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-346).

MENESES, M. O. *et al.* O planejamento estratégico situacional como ferramenta de gestão na atenção primária em saúde. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 28, n. 4, p. 13–16, 2019. Disponível em:

[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191110\\_131936.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191110_131936.pdf). Acesso em: 17 maio 2021.

MINAS GERAIS, (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.

Disponível em:

[https://www.amures.org.br/uploads/1521/arquivos/2433965\\_28\\_10\\_PLANO\\_DIRETOR\\_DE\\_REGIONALIZACAO\\_DA\\_SAUDE\\_DE\\_MINAS\\_GERAIS\\_PDRMG.pdf](https://www.amures.org.br/uploads/1521/arquivos/2433965_28_10_PLANO_DIRETOR_DE_REGIONALIZACAO_DA_SAUDE_DE_MINAS_GERAIS_PDRMG.pdf).

Acesso em: 5 fev. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. DOI: [10.1590/S1413-81232012000300007](https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007).

NOBRE, J. P.; FREITAS, C. A. Aspectos relacionados à implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 22, p. 1–7, 2021. DOI: [10.22421/1517-7130/es.2021v22.e794](https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e794).

OLIVEIRA, B. C. L. *et al.* Ações de saúde para homens-pais e a promoção à paternidade no pré-natal: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 4, p. 1–14, 2021. DOI: [10.33448/rsd-v10i4.14460](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14460).

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p. 11–31, 2011. (Saúde no Brasil). Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet//pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

PAIVA, E. P. *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de próstata em Juiz de Fora -MG. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 14, p. 57–63, 2012. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/issue/view/2191/13>. Acesso em: 15 maio 2022.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 73–80, 2011. DOI: [10.1590/S0104-11692011000100011](https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100011).

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 13–19, 2006. Disponível em: [https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf). Acesso em: 15 maio 2022.

PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132–146, 2019. DOI: [10.1590/S0104-12902019170836](https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170836).

PEREIRA, S. L. **A invisibilidade da saúde do homem na Atenção Básica**. 2017. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)–Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/23302/1/2017\\_ShirleyLopesPereira\\_tcc.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/23302/1/2017_ShirleyLopesPereira_tcc.pdf). Acesso em: 17 mar. 2022.

PIMENTEL, W. C. *et al.* Avaliação da política de saúde do homem na atenção primária de um município do agreste Pernambucano. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 3935–3947, 2020. DOI: [10.34119/bjhrv3n3-003](https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-003).

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. *et al.* (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 154–211.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

QUEIRÓZ, M. I. P.; LANG, A. B. S. G. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. LANG, A. B. S. G. (Org.). **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. Coleção Textos. São Paulo: CERU, 1992. p. 13–29.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41–60, 2017. DOI: [10.1590/S0103-73312017000100003](https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100003).

SANCHES, T. T. *et al.* Evolução do sistema público de saúde no Brasil frente ao estágio atual da prevenção do câncer de colo uterino em mulheres jovens e adolescentes. **Revista de la Facultad de Medicina**, Bogotá, v. 65, n. 1, p. 115–120, 2017. DOI: [10.15446/revfacmed.v65n1.56855](https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56855).

SANTOS, S. R. *et al.* Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 833–840, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n4/25.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

SILVA, B. F. **Processo saúde-doença**: representações sociais de homens assistidos pelo programa saúde da família. 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/929/1/barbarafabriciasilva.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SILVA, D. C. S.; SOUZA, E. C. E.; FIGUEIREDO, S. C. G. Implementação das políticas públicas e a saúde do homem. In: FIGUEIREDO, S. C. G. *et al.* (Org.). **Políticas públicas e saúde: um direito de todos**. Belo Horizonte: Poisson, 2020. p. 51–57.

SILVA, J. A.; HEILBORN, M. L. Saúde do homem e construção da subjetividade: uma tentativa de regulação governamental das masculinidades brasileiras. **Teoria e Cultura**, Juiz de Fora, v. 16, n. 1, p. 70–78, 2021. DOI: [10.34019/2318-101X.2021.v16.30732](https://doi.org/10.34019/2318-101X.2021.v16.30732).

SILVA, K. C. S.; BONAN, C.; NAKANO, A. R. Estratégia saúde da família e assistência ao planejamento reprodutivo: desafios de integração, coordenação e continuidade dos cuidados. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 4, p. 497–506, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15287/8062>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SOARES, C. S. A.; FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **JMPHC. Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 12, p. 1–11, 2020. DOI: [10.14295/jmphc.v12.998](https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.998).

SOUSA, A. R.; ARAÚJO, I. F. M.; *et al.* Saúde de homens na pandemia da covid-19: panorama brasileiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 35, p. 1–12, 2021. DOI: [10.18471/rbe.v35.38683](https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38683).

SOUSA, A. R.; QUEIROZ, A. M.; *et al.* Sentidos e significados atribuídos por homens ao vivido na pandemia da Covid-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. 1–8, 2021. DOI: [10.1590/S1980-220X2020046403763](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020046403763).

SOUZA, E. R. *et al.* Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133–156.

SOUZA, L. P. S. *et al.* Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291–304, 2014. DOI: [10.1590/S1981-77462014000200005](https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200005).

SOUZA, L. V. S. A. *et al.* Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Mato Grosso. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 2, p. 1–11, 2022. DOI: [10.33448/rsd-v11i2.25354](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25354).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507–514, 2005. DOI: [10.1590/S0034-89102005000300025](https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025).

VASCONCELOS, I. C. B. L. *et al.* Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 5, n. 9, p. 16340–16355, 2019. DOI: [10.34117/bjdv5n9-185](https://doi.org/10.34117/bjdv5n9-185).

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você como voluntário (a) a participar da pesquisa “Implantação e fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Juiz de Fora – Minas Gerais”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de tornar mais clara a maneira como os municípios se percebem e se inserem no cenário das práticas de cuidar do usuário do sexo masculino, analisando a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na perspectiva dos gestores no município de Juiz de Fora. Este estudo tem como objetivos: caracterizar as UBS onde as ações da PNAISH são realizadas no município de Juiz de Fora; descrever as ações desenvolvidas na atenção primária à saúde (APS) em relação à PNAISH; analisar os fatores facilitadores e dificultadores na implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora; discutir a PNAISH, considerando os eixos da organização, implantação, qualificação e humanização do atendimento à atenção básica no município de Juiz de Fora.

Caso você concorde em contribuir, sua participação consistirá em responder as questões formuladas pela pesquisadora durante a entrevista, de forma que a sua opinião sobre o assunto possa ser emitida livremente.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Participante*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do (a) Pesquisador (a)*

**Nome do Pesquisador Responsável: Bárbara Fabrícia Silva Lopes**  
**Campus Universitário da UFJF**  
**Departamento: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
**CEP: 36036-900**  
**Fone: (32)99965-3489**  
**E-mail: barbarafabricia85@hotmail.com**

Rubrica do Participante de pesquisa  
ou responsável: \_\_\_\_\_  
Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Sujeitos: gestores do município de Juiz de Fora - JF

- 1) Você já leu, ouviu falar ou discutiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)?
- 2) Como você avalia a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora desde a sua publicação em 2009?
- 3) Comente sobre o cumprimento das responsabilidades da União, Estado e Município no fortalecimento da PNAISH em Juiz de Fora? *Exemplo: disponibilidade de recursos, insumos técnico-científicos, estrutura administrativa/gerencial, controle social.*
- 4) Como a saúde do homem tem sido contemplada no município pela secretaria municipal de saúde (SMS)? Quais ações têm sido desenvolvidas? Onde elas são realizadas?
- 5) Quais ações são realizadas como estratégia para promover mudanças comportamentais da população masculina, indispensáveis para a consolidação das propostas da PNAISH?
- 6) Você possui algum diagnóstico situacional da população masculina que contemple determinantes socioculturais, biológicos e comportamentais? Se sim, poderia me apresentar? Como utiliza esses dados para gerar ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde?
- 7) Como os sistemas de informação disponíveis contribuem para a tomada de decisão relacionada ao processo saúde-doença da população masculina?
- 8) Você acredita que a atenção básica do município é suficiente para funcionar como porta de entrada para uma rede de atenção à saúde do homem?
- 9) Como você avalia o horário de funcionamento da UBS para o atendimento do público masculino?
- 10) Como você avalia a capacitação das equipes de atenção básica para o atendimento do público masculino?
- 11) Como são acolhidas as demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva do homem na UBS? *Exemplos: planejamento reprodutivo, infertilidade, paternidade responsável, contracepção cirúrgica voluntária, prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disfunções sexuais.*
- 12) Como você caracteriza os meios de comunicação utilizados para fornecer informações aos homens adscritos na área de abrangência da UBS?
- 13) Deseja comentar algo que ainda não foi contemplado nessa entrevista?

Agradecemos pela sua colaboração.

Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe contactar.

## ANEXO A – Permissão da chefia do Serviço de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora - MG, para realização da pesquisa



### Declaração

Autorizamos a realização da pesquisa do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, intitulada “**IMPLANTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS**” a ser conduzida sob a responsabilidade da Pesquisadora Bárbara Fabricia Silva Lopes no município de Juiz de Fora, desde que **respeitadas todas as medidas sanitárias e de distanciamento social** estabelecidas em virtude da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).

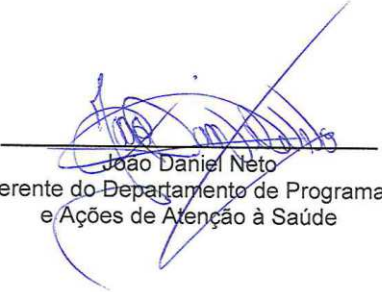
E DECLARAMOS que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

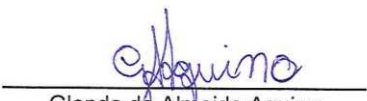
Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Solicitamos, assim que concluído, o envio do Relatório de Pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

*As atividades de pesquisa podem ser suspensas a qualquer tempo, conforme o perfil epidemiológico do município ou faixa do “Programa JF pela Vida” ou outro adotado pelo município.*

Juiz de Fora, 25 de outubro de 2021.

  
 João Daniel Neto  
 Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde

  
 Glenda de Almeida Aquino  
 Supervisora de Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço em Saúde

## ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPLANTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

**Pesquisador:** BARBARA FABRICIA SILVA LOPES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51675221.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.016.739

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

“De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), questões socioculturais e institucionais afastam os usuários do sexo masculino dos serviços de saúde. Mais de dez anos após a publicação da PNAISH, os desafios para sua implantação perduram. Na perspectiva de compreender o cenário atual e a possibilidade de distanciamento entre a publicação de uma política e a concretização de seus princípios, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora – MG na perspectiva dos gestores. O estudo será desenvolvido a partir da abordagem social da pesquisa qualitativa e exploratória, tendo como princípio o estudo de caso da cidade em questão. Os dados serão apreendidos por meio da entrevista semiestruturada junto aos gestores municipais, incluindo o coordenador da atenção primária, o secretário e/ou subsecretário de saúde e os gerentes das equipes de estratégia saúde da família (ESF). Além disso, será realizada uma análise documental da implantação da PNAISH no município. Para o tratamento dos depoimentos, será selecionado o método de

análise temática proposto por Bardin. Acredita-se que o estudo, partindo das propostas de cada eixo presente na PNAISH, possa tornar mais clara a maneira como os municípios se percebem e se

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.016.739

inserem no cenário das práticas de cuidar do usuário do sexo masculino. Isso significa dizer que não basta somente a existência de um programa específico, verticalizado e com propostas abrangentes de atendimento à saúde do homem, mas precisamos compreender os caminhos e os desafios presentes nos locais onde as ações realmente devem ser implementadas no período de dez anos, cumprindo o princípio da descentralização."

#### **Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário: Analisar a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora – MG na perspectiva dos gestores."

"Objetivo Secundário: Caracterizar as UBS onde as ações da PNAISH são realizadas no município de Juiz de Fora; Descrever as ações desenvolvidas na atenção primária à saúde (APS) em relação à PNAISH; Analisar os fatores facilitadores e dificultadores na implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora; Discutir a PNAISH, considerando os eixos da organização, implantação, qualificação e humanização do atendimento à atenção básica no município de Juiz de Fora."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Esta pesquisa tem alguns riscos, classificados como riscos mínimos, que são: risco de quebra de sigilo; risco de cansaço ou aborrecimento ao responder a entrevista; risco de constrangimento, desconforto ou alterações de comportamento durante as gravações de áudio e vídeo; risco de alterações de comportamento em função de reflexões acerca do eixo temático do estudo; risco de tomar o tempo do participante. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, serão asseguradas a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico; os áudios e vídeos serão utilizados exclusivamente pela pesquisadora para análise do conteúdo; o entrevistado poderá interromper a entrevista a qualquer momento e terá liberdade para se recusar responder questões constrangedoras; a entrevista será realizada em local reservado; a pesquisadora estará atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto do entrevistado e habilitada para coletar os dados. Esclarecer como os gestores das equipes ESF percebem as práticas voltadas ao homem como usuário de um sistema de saúde e, conseqüentemente, compreender a realidade acerca do tema."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.016.739

éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Em acolhimento às medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a m de priorizar a saúde da comunidade com o distanciamento social, (medida considerada a mais eficiente para frear a propagação do coronavírus e a disseminação da pandemia de Covid19), apresentará a(s) declaração(ões) de concordância e infraestrutura posteriormente, comprometendo-se em declaração a encaminhar ao CEP, por NOTIFICAÇÃO, o(s) documento(s) com as devidas assinaturas assim que a presente situação voltar à normalidade. Conforme autoriza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas nos documentos necessários à submissão de protocolos de pesquisa junto a Plataforma Brasil durante esse período. Vale ressaltar que aprovação está sendo realizada mediante as recomendações da CONEP, que cada instituição têm autonomia de consentir ou não na realização da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2022.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.016.739

APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1810102.pdf	28/09/2021 17:19:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_A_TCLE.pdf	28/09/2021 17:09:05	BARBARA FABRICIA SILVA LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_detalhado.pdf	28/09/2021 17:05:34	BARBARA FABRICIA SILVA LOPES	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_ciencia_e_concordancia_da_instituicao_envolvida.pdf	25/08/2021 23:47:53	BARBARA FABRICIA SILVA LOPES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/08/2021 23:46:31	BARBARA FABRICIA SILVA LOPES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	25/08/2021 23:45:54	BARBARA FABRICIA SILVA LOPES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso_do_pesquisador_responsavel.pdf	25/08/2021 23:39:53	BARBARA FABRICIA SILVA LOPES	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	24/08/2021 23:02:22	BARBARA FABRICIA SILVA LOPES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 04 de Outubro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uffj.edu.br



Continuação do Parecer: 5.016.739

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br