



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Men's Health Policy and assistance provided by professionals in Primary Health Care

Política de saúde do homem e assistência prestada pelos profissionais na atenção primária à saúde
Política de Salud del Hombre y atención prestada por profesionales en la Atención Primaria de Salud

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas¹, Cymara Patrícia Costa de Souza², Francisca Wirlanda Dantas³, Rúbia Mara Maia Feitosa⁴, Jocasta Maria de Oliveira Morais⁵, Marcelino Maia Bessa⁶

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of professionals of the Family Health Strategy on the Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (National Policy for Full Attention to Men's Health - NPAMH). **Methodology:** study with a qualitative approach. The research was carried out in three Basic Health Units in a municipality in the interior of northeastern Brazil. Nineteen health professionals participated in interviews during the months of March and April 2016. The data were analyzed according to the technique of the Discourse of the Collective Subject. **Results:** the analysis allowed the construction of four categories: Knowledge about NPAMH and perception about how it is made effective in the practice; Most frequent health problems among men; Actions taken for men's health and; Need for training in men's health. Professionals perceive men's health policy in a reductionist way, limiting it to actions aimed at prostate cancer and hypertension during the "Blue November" campaign. **Conclusion:** health professionals have difficulties in knowing and implementing men's health policy. It is suggested that managers strengthen permanent education with health professionals to deepen the theme.

Descriptors: Men's Health. Health Policy. Primary Health Care.

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Metodologia:** estudo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em três Unidades Básicas de Saúde de um município do interior do nordeste brasileiro. Contou com 19 profissionais de saúde, que participaram de entrevistas durante os meses de março e abril de 2016. Os dados foram analisados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** a análise permitiu construir quatro categorias: Conhecimento sobre a PNAISH e percepção sobre como ela se efetiva na prática; Problemas de saúde mais frequentes nos homens; Ações realizadas para a saúde do homem e; Necessidade de capacitações na área de saúde do homem. Os profissionais percebem a PNAISH de forma reducionista, limitando em ações voltadas ao câncer de próstata e à hipertensão durante o "Novembro Azul". **Conclusão:** Evidencia-se que os profissionais de saúde têm dificuldades em conhecer e implementar a PNAISH. Sugere-se que os gestores fortaleçam a educação permanente junto dos profissionais de saúde para aprofundar a temática.

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

RESUMÉN

Objetivo: comprender la percepción de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia sobre la Política de Atención Integral à Saúde do Homem (Política de Atención Integral a la Salud del Hombre - PNAISH). **Metodología:** estudio con enfoque cualitativo. La investigación se llevó a cabo en tres Unidades Básicas de Salud de una ciudad del interior del noreste de Brasil. Diecinueve profesionales de la salud participaron de entrevistas durante los meses de marzo y abril de 2016. Los datos fueron analizados según la técnica del Discurso Colectivo del Sujeto. **Resultados:** el análisis permitió la construcción de cuatro categorías: Conocimiento sobre PNAISH y percepción sobre su efectividad en la práctica; Problemas de salud más frecuentes en los hombres; Acciones realizadas para la salud masculina y; Necesidad de formación en salud masculina. Los profesionales perciben la política de salud masculina de manera reduccionista, limitando en acciones dirigidas al cáncer de próstata y la hipertensión durante el "Noviembre Azul". **Conclusión:** es evidente que los profesionales de salud tienen dificultades para conocer e implementar la política de salud masculina. Se sugiere que los gestores fortalezcan la educación permanente con los profesionales de salud para profundizar en el tema.

Descritores: Salud del Hombre. Política de Salud. Atención Primaria de Salud.

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: rodrigojmf@gmail.com

²Universidade Potiguar. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: cimarapatrizia@hotmail.com

³Universidade Potiguar. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: wirlania2010@hotmail.com

⁴Universidade Estadual do Ceará. Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rubinhafeitosa@hotmail.com

⁵Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Programa de Pós Graduação Saúde e Sociedade, Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: jocasta-enfermagem@hotmail.com

⁶Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: marcelino.maia.18@outlook.com

INTRODUÇÃO

A população masculina é social e culturalmente vista como invulnerável, mesmo sabendo-se que a expectativa de vida dos homens brasileiros é menor que a das mulheres, com diferenciação de 7,1 anos, e que este público apresenta maior taxa de mortalidade - em 2016, foram 686.668 mortes de homens contra 523.195 de mulheres.⁽¹⁻²⁾ A problemática está associada à construção de gênero, que coloca a figura feminina relacionada ao cuidado e à prevenção, enquanto o homem é tido como forte e voltado à esfera pública, sendo desestimulado à procura pelos serviços de saúde.⁽³⁾

A fim de minimizar tais fragilidades no sistema de saúde brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH, cujos objetivos principais são: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade; e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis.⁽⁴⁾

Mesmo após 12 anos da criação da PNAISH, e desta política ser considerada um grande passo em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, fato este que gerou um Plano de Ação Nacional com previsão de implementação entre 2009 e 2011, ainda não se tem percebido mudanças efetivas no Sistema Único de Saúde - SUS no que tange ao caráter preventivo da saúde dos homens. Ausência do homem, déficit de comportamento de autocuidado, sentimentos de temor vinculado ao trabalho, déficit na capacitação dos profissionais em saúde do homem e no conhecimento sobre a PNAISH, feminização desses serviços e incompatibilidade de horários são apontados como algumas dificuldades por parte dos trabalhadores de saúde.⁽³⁾

Isso traz para os profissionais da saúde, principalmente os que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), a necessidade de rever suas práticas nos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) de forma interdisciplinar e multiprofissional, com o intuito de efetivar as políticas de saúde pública e evitar os agravos à saúde que envolvem a saúde dos homens.⁽⁵⁾ Desse modo, questiona-se: Qual a percepção dos profissionais da ESF sobre a PNAISH?

O estudo justifica-se por ser um tema de relevância no Brasil e no mundo, visto que muitos resultados de saúde dos homens são ruins em nível global. Por terem expectativa de vida abaixo das mulheres, maior probabilidade de morrer de câncer, doenças cardiovasculares, suicídio, acidentes de trânsito, serem mais propensos a fumar, beber álcool em excesso e ingerir uma dieta pobre, os homens usam os serviços de atenção primária com menos eficácia do que as mulheres,⁽⁶⁾ sendo assim necessário que os profissionais de saúde conheçam a PNAISH, implementem e repensem as estratégias voltadas para a saúde desse público. Desse modo, objetivou-se compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória e descritiva, ancorada na abordagem qualitativa⁽⁷⁻⁸⁾. Foi desenvolvida em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Município de Mossoró-RN. As referidas unidades são campos de estágio da disciplina Estágio Supervisionado II, do curso de graduação de Enfermagem de uma universidade privada, e foram escolhidas em função da contribuição que elas possibilitam ao aprendizado do aluno, fortalecendo a relação ensino-serviço.

Participaram do estudo os profissionais da ESF concursados, sendo o grupo composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ao todo participaram 76 profissionais, sendo este o universo da pesquisa. Para tanto, foi considerado como amostragem 25% da população total do estudo, trabalhando-se com uma representatividade de 19 sujeitos cujo processo de inclusão foi: fazer parte da equipe de saúde da família há mais de um ano e exercer atividades assistenciais na unidade. Todos os 19 sujeitos se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos, não havendo exclusões.

Os dados foram produzidos por meio de entrevista norteada por um roteiro semiestruturado, elaborado pelos autores com as seguintes questões: Quais as estratégias utilizadas para atrair o público masculino para a atenção primária? Quais os problemas de saúde mais frequentes os homens apresentam quando comparecem as unidades? Você conhece a política de saúde do homem? Como você percebe a PNAISH na prática? Quais ações para a saúde do homem são realizadas na equipe? O município oferece capacitações na área de saúde do homem?

A coleta de dados ocorreu durante os meses de março e abril de 2016. Os sujeitos foram abordados nos próprios locais de trabalho para a entrevista e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi conduzida por dois dos pesquisadores, em uma sala privativa no próprio serviço, sendo a mesma gravada em aparelho gravador do tipo MP3, tendo duração média de 35 minutos.

Após as entrevistas, os dados foram transcritos e posteriormente analisados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas que tem como matéria-prima as falas. Está dividido nas seguintes etapas: 1) leitura do material transcrito e delimitação das ideias centrais, que corresponde a um nome ou expressão linguística que revela e descreve sinteticamente o sentido de cada um dos discursos analisados (o que há de mais significativo na resposta dos entrevistados); 2) definição das expressões-chaves que consistem no resgate da literalidade do depoimento, para ilustrar as ideias centrais; 3) análise do Discurso do Sujeito Coletivo como a representação do conjunto nuclear dos discursos. Nesse sentido, o DSC afirma a representação do que todo o grupo dos falantes manifesta.⁽⁹⁾

Para a análise, os DSC foram agrupados, construindo-se categorias temáticas para representar as percepções sobre a PNAISH e o atendimento à saúde dos homens. A cada DSC, foi associada a ideia

central correspondente e expressões-chave para que, dessa forma, fosse possível analisar os depoimentos colhidos, utilizando-se a literatura científica atual sobre o assunto.

Em resposta aos preceitos éticos e legais que regem a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (UNP), sob parecer n. 1.405.794, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) número 37980614.5.0000.5296.

RESULTADOS

Os 19 profissionais (n=19) que atuam na ESF em três UBS no Município de Mossoró estão distribuídos nas seguintes categorias profissionais: três enfermeiros (n=3), três técnicos em enfermagem (n=3), 11 agentes comunitários de saúde (n=11) e dois médicos (n=2).

A análise permitiu construir quatro categorias: 1) Conhecimento sobre a PNAISH e percepção sobre como ela se efetiva na prática; 2) Problemas de saúde mais frequentes nos homens; 3) Ações realizadas para a saúde do homem e; 4) Necessidade de capacitações na área de saúde do homem.

Conhecimento sobre a PNAISH e percepção sobre como ela se efetiva na prática

Questionados se conheciam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e como se dava sua aplicação na ESF, foi imperativa a palavra “não” para as duas perguntas. Sendo assim, elencou-se duas ideias centrais para esta categoria “Desconhecimento sobre as diretrizes da política e necessidade de capacitação” e “Dificuldade em perceber a efetivação da política de saúde do homem”. Elas são ilustradas pelas expressões-chave: “não conheço”, “já ouvi falar”, “dificuldade”, “não percebo”. O discurso do sujeito coletivo está expresso no Quadro 1.

Quadro 1 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo da categoria “Conhecimento sobre a PNAISH e percepção sobre como ela se efetiva na prática”, Mossoró, RN, Brasil, 2016.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Desconhecimento sobre as diretrizes da política e necessidade de capacitação.	Já ouvi falar, mas não estou bem por dentro, já ouvi falar aqui mesmo na unidade [...] mas assim, no momento, eu não lembro. [...] Sei que a gente só faz um trabalho desenvolvido para o homem durante a campanha do Novembro Azul, aí a gente procura desenvolver os trabalhos mais voltados pra eles [...] mas na verdade eu acho que essa política ela foge um pouco da nossa realidade [...] porque a gente não tem capacitação voltada para essa política, não tem

	material nem para nos informar. (DSC 1).
Dificuldade em perceber a efetivação da política de saúde do homem	É uma dificuldade ainda, porque o homem ainda é o usuário menos frequente na nossa UBS, e a gente vê que ainda não tem uma política organizada em nível de município para que ela possa ser implementada [...] a sorte que se tem ainda é trabalhar os homens no Novembro Azul, é o mês que a UBS se transforma num paraíso masculino [...] mas fora esse dia, infelizmente não se percebe a política aqui. Eu acho que a política, deveria ser continuamente, todos os dias, não no período que o homem é só focado no Novembro Azul, inclusive a gente não sabe nem qual o responsável pelo programa de saúde do homem no município. (DSC 2).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Problemas de saúde mais frequentes nos homens

Indagados acerca da frequência e dos problemas de saúde que mais acometem os homens e os fazem buscar as unidades de saúde, surge à ideia central “Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”, representados por expressões-chave, como hipertensão, diabetes, dores musculares, dores ósseas e feridas. O discurso do sujeito coletivo está representado no Quadro 2.

Quadro 2 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo da categoria “Problemas de saúde mais frequentes nos homens”, Mossoró, RN, Brasil, 2016.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)	A maioria dos homens buscam a Unidade Básica de Saúde por causa da hipertensão, diabetes, dores musculares e dores ósseas e quando necessitam fazer alguma limpeza de curativo [...] geralmente a busca é feita mais por homens já idosos [...]. Existe uma dificuldade de se trabalhar com prevenção justamente pela baixa demanda e falta de estratégias. (DSC 3)

Fonte: Elaborado pelos autores

Ações realizadas para a saúde do homem

Indagados sobre quais ações e estratégias eram utilizadas pela equipe para a saúde do homem e para atrair o público masculino para a atenção primária, emergiram duas ideias centrais: “Ações biologicistas” e “Ações pontuais e fragmentadas

em saúde”, ilustradas pelas expressões-chave: ações no mês de novembro, Campanha Novembro Azul, câncer de próstata, hiperdia, DST, Novembro Azul, homem difícil de trabalhar. O DSC está disposto no Quadro 3.

Quadro 3. Ideia central e discurso do sujeito coletivo da categoria “Ações realizadas para a saúde do homem”, Mossoró, RN, Brasil, 2016.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Ações biologicistas	É difícil. No cotidiano, não se realizam ações voltadas especificamente para a saúde do homem. Só quando chega o tempo do Novembro Azul. As ações que realizamos e que atingem a população masculina são as orientações no grupo de hiperdia [...] quando se tem campanha de DST/AIDS e realiza-se os testes rápidos de hepatite, sífilis e HIV [...] em alguns momentos, tem palestras sobre o câncer de próstata e de pênis, mas é geralmente quando os acadêmicos das universidades se propõem a trabalhar. (DSC 4)
Ações Pontuais e fragmentadas em saúde	Existem alguns períodos do ano em que se fazem atividades direcionadas para a saúde do homem [...] a gente sabe que para o homem é mais difícil [...], o que ajuda é o trabalho em equipe, as visitas domiciliares reforçam sempre essa questão que o homem precisa ir ao posto de saúde se consultar com os médicos [...] essas visitas são o nosso carro chefe. Mas existe muita resistência. Só procuram no mês do Novembro Azul, quando a gente faz algumas intervenções na área, aí procuramos um ponto estratégico para verificar a pressão e fazer o teste de glicemia [...] nesse momento, são realizadas as orientações, se fala sobre o câncer de pênis e próstata; as doenças sexualmente transmissíveis, e entregamos os preservativos [...] a verdade é que não se tem estratégias, a demanda cresce apenas por causa da campanha do Novembro Azul, aí nesse período, usam-se os panfletos, tem as propagandas, os meios de comunicação, aí eles acabam vindo. (DSC 5)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Necessidade de capacitações na área de saúde do homem

Questionados sobre se o município oferece capacitações na área da saúde do homem, muitas discussões foram levantadas, e delas surgiu à ideia central “Deficiência na Educação Continuada”, ilustrado pelas expressões-chave: não tem capacitação, gastos com capacitação. O DSC pode ser melhor visualizado no Quadro 4.

Quadro 4. Ideia central e discurso do sujeito coletivo da categoria “Necessidade de capacitações na área de saúde do homem”, Mossoró, RN, Brasil, 2016.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Deficiência em Educação Continuada	O município não oferece capacitação, não, minto, ofereceu sim, mas faz muito tempo. Foram dois minicursos sobre saúde do homem, um deles trabalhou-se até as metas do milênio. E para piorar a situação ainda tem um decreto que é 4461 de 2015, assinado pelo prefeito em 27 de março, no qual ele utiliza como forma de redução de gastos, o uso de não mais capacitações, nada que gaste em relação a capacitar o serviço público, foi proibido até o dia 31 de dezembro de 2015. (DSC 6).

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os participantes demonstraram não possuir conhecimento sobre a PNAISH, entretanto consideraram a política como instrumento importante para alinhar a sua prática assistencial para a saúde do homem. Alguns deles associam a atuação da política há períodos e/ou programas específicos do ano (Novembro Azul). Assim, são nestas ocasiões que os seus processos de trabalho estão direcionados à saúde da população masculina.

As falas referem que há um conhecimento sobre a PNAISH, porém superficial, adquirido por iniciativa própria, conforme apontam estudos interdisciplinares acerca da saúde do homem e os serviços de saúde.⁽¹⁰⁾ Considerando que a política foi elaborada e, posteriormente, implantada ao longo de 12 anos, não houve uma preocupação efetiva pela gestão e pelos profissionais de saúde em atuarem frente a essa nova perspectiva. Há o receio em lidar com a nova atividade, visto estarem inseridas em um sistema de saúde considerado precário, o qual nem sempre consegue suprir as necessidades das demandas já existentes.

Em estudo internacional, apontam que não houve uma estratégia e/ou resposta efetiva aos problemas de saúde que os homens enfrentam globalmente ou na maioria dos países. Uma análise das políticas e programas das 11 principais empresas globais e instituições de saúde, incluindo a OMS, descobriram

que estes não atendem às necessidades de saúde dos homens.⁽⁶⁾

A subutilização dos serviços de atenção primária pelos homens foram identificados como um problema em muitos países, especialmente no Norte Global, que inclui os EUA, Canadá, Europa Ocidental, Austrália, Nova Zelândia e Japão.⁽⁶⁾ No Brasil, em estudo realizado, a entrada dos homens no sistema de saúde ocorre principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Para a adoção da Atenção Primária como porta de entrada dos homens no Sistema Único de saúde, é preciso mudar a visão de que os serviços de saúde têm como único propósito tratar as doenças.⁽¹¹⁾

Nesse sentido, reconhece-se a necessidade da criação e fortalecimento das políticas de saúde do homem e dos serviços de saúde à nível global. Há que sensibilizar os profissionais da saúde para atender às especificidades da saúde do público masculino e do apoio da gestão para a oferta de serviços estruturados e qualificados para o atendimento das necessidades em saúde da clientela em questão.

Um estudo internacional aponta a necessidade de redes e ações multidisciplinares, ONGs, como forma de ampliar o apoio à saúde dos homens, citando o exemplo da Irlanda, que conta com abordagem de "sistemas integrais", que inclui contribuições de provedores de saúde, bem como de locais de trabalho e serviços de educação, habitação e transporte, entre outros, afirmando que as ações em saúde não devem ser centradas no médico, e com foco na urologia.⁽⁶⁾

É importante relatar que, historicamente, a Atenção Básica esteve voltada ao segmento materno-infantil, e passou a incorporar de modo mais expressivo, a partir da década de 1980, o segmento dos idosos. Nos últimos anos, por meio de programas voltados para as doenças crônicas, como o programa Hipertensão (hipertensão arterial e diabetes mellitus), os homens/idosos contam com mais espaço para suas demandas. A presença dos homens aumenta em determinadas atividades, especialmente nas consultas médicas.⁽¹²⁾

Entretanto, estudos apontam que não é somente em relação à hipertensão que os homens adoecem. Os níveis de saúde da população masculina são considerados ruins em todo o mundo, se comparado às mulheres. A esperança média de vida masculina foi de 69,8 anos em comparação com 75,3 anos para as mulheres. Embora as taxas de mortalidade global venham diminuindo para homens e mulheres, ela ocorre mais lentamente para os homens. A taxa geral de incidência de câncer padronizada por idade é quase 25% maior nos homens do que nas mulheres.⁽⁶⁾ As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares são maiores para os homens, cerca de quatro vezes maior do que em mulheres de 30-60 anos.⁽¹³⁾ A taxa de mortalidade padronizada por idade para diabetes mellitus em homens é maior do que para mulheres em 61 (71%) dos 86 países para os quais há dados disponíveis na OMS.⁽¹⁾

Homens representaram 82% de todas as vítimas de homicídio e têm taxas estimadas de homicídio mais do que quatro vezes as do sexo feminino. Em países

de alta renda, três vezes mais homens morreram por suicídio do que mulheres, enquanto globalmente o número correspondente foi quase o dobro. Além disso, destaca-se as mortes no trânsito e uso e abuso de tabaco, álcool e outras drogas em estatísticas maiores do que as mulheres.⁽¹⁾

Desse modo, as estratégias utilizadas para prevenção e promoção à saúde, quando utilizadas de modo efetivo, de forma intersetorial e integral, poderiam impactar positivamente no perfil epidemiológico da população masculina e, conseqüentemente, melhorar os indicadores de saúde mundiais. É preciso pensar ações para além das já realizadas, que envolvam o homem e desconstruam as barreiras de gênero que afastam o público masculino da esfera do cuidado e do autocuidado.

Uma pesquisa acerca da saúde do homem e de gênero apontou resultados de que o homem se vê como mais resistente, forte e invulnerável. Os principais motivos impeditivos relacionados a não procura dos serviços de Atenção Primária foram: preferência por se automedicar; falta de tempo e; desconforto dentro da Unidade Básica de Saúde.⁽¹¹⁾

Estudo realizado em João Pessoa, capital da Paraíba, apontou que grande parcela dos homens que frequentam os serviços da Atenção Básica encontra-se na faixa etária de 60 anos ou mais. Tal fato, fortalece a necessidade de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ocorridas tanto no âmbito da unidade como fora dela.⁽¹⁴⁾

É interessante notar que, mesmo quando se considera a clientela idosa, na qual há quantidade significativa de homens, verifica-se pouca presença masculina nos grupos educativos. Estes são mais assíduos nas farmácias das próprias Estratégias de Saúde da Família, para entrega mensal das medicações advindas do programa Hipertensão.⁽¹⁵⁾

Sobre esse aspecto, percebe-se que a procura por atendimento aos serviços da Atenção Básica torna-se prioridade apenas quando os sintomas causam restrições físicas, laborais ou prazerosas para os homens, ou, ainda, quando os limites impostos pela doença sinalizaram prováveis conseqüências mais graves. Esses achados são também descritos em outros estudos.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Portanto, diferentemente de crianças e mulheres que comparecem aos serviços de saúde de forma mais preventiva, a demanda dos homens nos serviços de saúde limita-se a ações de cunho curativo, a partir de alguma doença já instalada, como diabetes e hipertensão. Resultado também presente em uma pesquisa cujas principais queixas/motivos dos homens em procurarem os serviços da Atenção Básica referem-se a doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e questões de sexualidade. No entanto, tais autores questionam se estas demandas não são reflexos da oferta de atividades disponíveis e direcionadas aos homens, pontuais e voltadas para as ações clínico-assistenciais.⁽²⁰⁾

A procura por prevenção foi mencionada por vários profissionais de saúde, no entanto, caracterizadas como difíceis de ocorrer. Essas ações estão direcionadas para o combate a patologias específicas como, por exemplo: câncer de próstata;

tabagismo; alcoolismo e; doenças sexualmente transmissíveis. Observa-se que essas atividades ganham ênfase durante o mês de novembro.

Novembro foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) como sendo o mês de referência para estimular o cuidado com a saúde do homem. No entanto, essas atividades não podem ser realizadas esporadicamente, antes devem ser desenvolvidas durante todo o ano nas unidades de saúde e intensificadas neste mês, fortalecendo o acolhimento do usuário e da família.⁽¹⁹⁾ Além disso, os autores reforçam a premissa de que a atenção à saúde não deve ser centrada apenas no olhar sobre as doenças, mas no modo de viver, trabalhar, riscos e agravos aos quais a comunidade está submetida.

Resultados semelhantes evidenciam ações pontuais direcionadas ao público masculino, que incluem a realização de exames, consultas e esclarecimento acerca das doenças prevalentes em homens. O estudo aponta a necessidade de se aproximar de temas e espaços que o homem frequenta.⁽²⁰⁾

Percebe-se através das falas dos profissionais que as atividades expostas pelos sujeitos pesquisados fazem parte dos eixos da PNAISH. No entanto, o setor saúde necessita favorecer mudanças, principalmente no sentido de ampliar a equidade e a integralidade da assistência a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde.⁽²¹⁾

É preciso flexibilizar horários de atendimento, conhecer a percepção dos homens sobre si e como usuários do serviço, a compreensão de como os serviços estão organizados, criar estratégias inovadoras, levando-se em conta as suas particularidades e, estabelecer e fortalecer o vínculo entre os homens e os serviços de saúde. É preciso que os profissionais pensem a PNAISH como uma bússola que aponta possibilidades de estratégias a serem desenvolvidas com os homens, embora esta não seja uma receita pronta. É no dia a dia dos serviços que as necessidades reais irão se materializar, evidenciando a necessidade de criação de ações específicas para cada realidade.⁽²⁰⁻²¹⁾

O acolhimento e a comunicação são instrumentos importantes para os profissionais aproximarem os homens aos serviços de saúde. Devem apontar para uma saúde integral, informando e orientando as ações desenvolvidas dentro da PNAISH.^(11,15) Destaca-se também a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o papel da visita domiciliar como um importante meio de aproximação entre as famílias e a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo, portanto, um instrumento de humanização da assistência à saúde, tendo em vista a possibilidade de construção de novas relações entre usuários e profissionais e a formação de vínculo entre esses. É através da PNAISH que muitas das vezes são repassados os problemas desconhecidos pela equipe, principalmente aqueles ligados ao homem.⁽²²⁾

Além disso, é preciso pensar na capacitação dos profissionais de saúde, uma vez que um dos pilares de sustentação do SUS é a formação de seus trabalhadores.⁽²³⁾ É de responsabilidade dos gestores proporcionar a educação permanente de seus empregados.

Assim sendo, a educação permanente é uma proposta político-pedagógica que favorece aos trabalhadores um processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral. Os processos de qualificação dos profissionais de saúde devem ter como referência as necessidades da população, incluindo aqui a masculina, da gestão e do controle social. Dessa forma, será possível a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho no sentido de abranger a saúde do homem e a PNAISH.⁽²³⁻²⁴⁾

A ausência de estratégias de educação permanente no serviço corrobora uma não valorização do trabalho e uma dificuldade na construção de conhecimento relacionado a novos problemas que surgem na área da saúde, como é o caso da PNAISH. Isso acarreta a falta de assistência de acordo com o preconizado pelo SUS.

Aponta-se como limitações relacionadas ao método qualitativo a dificuldade de disponibilidade dos profissionais em participar das entrevistas. O quantitativo de Unidades de Saúde e profissionais participantes não permitem uma generalização, porém, essas percepções e apontamentos aqui apresentados podem suscitar demais pesquisas no tema e contribuir para reflexão de outras realidades sobre a PNAISH e a saúde do homem no Brasil. Salienta-se também que as categorias profissionais utilizadas foram heterogêneas, tendo níveis de instrução, competências e habilidades diferentes, o que reflete nas percepções sobre o seu trabalho. Sugere-se novos estudos com cada categoria profissional analisada individualmente.

O estudo contribui para os profissionais de saúde e gestores pensarem estratégias de ação para que a política seja implementada na prática, visto que é preciso incluir os homens nos serviços de atenção primária visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, não somente no que diz respeito ao câncer de próstata, mas trabalhando na diminuição dos índices de violência, de doenças cardíacas, pulmonares, de abuso de álcool e outras drogas. Assim, aponta-se que a educação em saúde deve ser trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando construir espaços coletivos para reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho em análise para melhoria da assistência à saúde do homem.

CONCLUSÃO

O artigo atingiu os objetivos ao compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a PNAISH. Os profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família percebem a PNAISH de forma reducionista e pontual, limitado a ações no “Novembro Azul”, centradas em aspectos biológicos, como câncer de próstata e hipertensão. Evidenciam assim, dificuldades em conhecer e implementar a PNAISH.

Sugere-se que os gestores fortaleçam a educação permanente junto dos profissionais de saúde, para que estes aprofundem seus conhecimentos sobre a política, desmistificando questões culturais de gênero que envolvem a saúde da população

masculina e trazendo o homem para o ambiente da atenção primária, melhorando seus níveis de saúde. Os profissionais de saúde devem compreender os homens de forma integral, estando envolvidos em diferentes determinantes e condicionantes de saúde que impactam diretamente nos dados de morbimortalidade globais. Cabe assim, aos profissionais de saúde, utilizarem estratégias (grupos, educação em saúde, rastreamento, visitas domiciliares) durante todo o ano para que possam melhorar os perfis epidemiológicos da população masculina.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World health Statistics 2018 [Internet]. Genebra (WHO). 2018 [citado em 08 ago. 2020];1-100. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>
2. Oliveira JCAX, Corrêa ACP, Silva LA, Mozer IT, Medeiros RMK. Epidemiological profile of male mortality: contributions to nursing. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 05 ago. 2020];22(2):e49724:1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49742>
3. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Difficulties of the man in primary healthcare: the speech of nurses. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [citado em 23 ago. 2020];18(4):615-21. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140087>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. 2008 [citado em 06 ago. 2020];1-40. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
5. Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. *Rev Panam de Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado em 05 ago. 2020];42:e119:1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>
6. Barker P. Men's health: time for a new approach. *Physical Therapy Reviews* [Internet]. 2018 [citado em 23 ago. 2020];23(2):144-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10833196.2018.1452562>
7. Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman Artmed; 1ª ed. 2009.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado em 10 ago. 2020];19(6):349-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. The Collective Subject that speaks. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2006 Dec [citado em 10 ago. 2020];10(20):517-24. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/en_17.pdf
10. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. The man in primary healthcare: perceptions of nurses about the implications of gender in health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [citado em 22 ago. 2020];18(4):607-14. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>.
11. Carneiro VSM, Adjuto RNP, Alves KAP. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR* [Internet]. 2019 [citado em 10 ago. 2020];23(1):35-40. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6521>
12. Teixeira DBS, Cruz SPL. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2016 Dec [citado em 08 ago. 2020];32(4):1-11. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf11416.pdf>
13. Bots SH, Peters SAE, Woodward M. Sex differences in coronary heart disease and stroke mortality: a global assessment of the effect of ageing between 1980 and 2010. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2017 [citado em 23 ago. 2020];2:e000298. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000298>
14. Pereira MMM, César ESR, Pereira VCLS, Braga LS, Espínola LL, Azevedo EB. Men's health in primary care: an analysis about the profile and harms to health. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2015 [citado em 23 ago. 2020];9(Supl.1):440-7. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5520>
15. Donizete DV, Priscila PD, Antonio AM, Marja MF. The construction of relationship between man and basic health service. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 06 ago. 2020];33(1):111-20. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf13117.pdf>
16. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado em 10 ago. 2020];51(Supl 1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
17. Alves AN, Coura AS, França ISX, Magalhães IMO, Rocha MA, Araújo RS. Access of first contact in the primary health care: an evaluation by the male population. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2020 [citado em 23 ago. 2020];23:e200072. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>.
18. Santos KC, Fonseca DF, Oliveira PP, Duarte AGS, Melo JMA, Souza RS. Men's health care: construction and validation of a tool for nursing consultation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado em 23 ago. 2020];73(3):e20190013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0013>.
19. Miranda SVC, Duraes PS, Vasconcellos LCF. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. *Cienc saude coletiva* [Internet]. 2020 [citado em 23 ago. 2020];25(4):1519-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21602018>.
20. Dos-Santos EM, Figueredo GA, Mafra ALS, Reis HFT, Louzado JA, Santos GM. Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev APS* [Internet]. 2017 [citado em 23 ago.

2020];20(2):231-8. Disponível em:
<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16058>

21. Nieri TM, Contipelli F, Cruvinel LL, Antunes L, Leme PAF, Silva RP, et al. Programa de saúde do homem. Sínteses: Rev. Eletr. SimTec [Internet]. 2019 [citado em 10 ago. 2020];(7):e019237. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sinteses.v0i7.11260>

22. Bessa MM, Carvalho MF, Souza JO de, Silva SW dos S, Trigueiro JG, Freitas RJM de. Visita domiciliar como um instrumento de atenção à saúde. RSD [Internet]. 2020 [citado em 01 ago. 2020];9(7)e811974884:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4884>

23. Rodrigues DC, Pequeno AMC, Pinto AGA, Carneiro C, Machado MFAS, Magalhães Jr AG, et al. Permanent education and matrix support in primary health care: family health routine. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado em 10 ago. 2020];73(6)e20190076:1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076>

24. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [citado em 10 ago. 2020];21(4)e20160317:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2020/08/17

Accepted: 2020/10/07

Publishing: 2020/12/08

Corresponding Address

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas

E-mail: rodrigojmf@gmail.com

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Pau dos Ferros.

Como citar este artigo (Vancouver):

Freitas RJM, Souza CPC, Dantas FW, Feitosa RMM, Morais JMO, Bessa MM. Política de saúde do homem e assistência prestada pelos profissionais na atenção primária à saúde. Rev Enferm UFPI [internet] 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e11293. Doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.11293>

