

Desafios e perspectivas na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Challenges and perspectives in the implementation of the National Policy for Comprehensive Men's Health Care

Desafíos y perspectivas en la implementación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre

Bárbara Fabrícia Silva¹, Girlene da Silva Alves²

RESUMO:

Objetivo: Analisar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Participaram 33 gerentes das Unidades Básicas de Saúde, através de uma entrevista semiestruturada. O método de análise temática proposto por Bardin foi selecionado para o tratamento dos depoimentos. **Resultados:** Os achados foram organizados na categoria Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que contemplou a invisibilidade da política de saúde do homem, bem como a organização da atenção básica para incorporar a referida política no sistema. **Considerações finais:** Percebeu-se que não basta, somente, a existência de um programa específico 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.

DESCRIPTORIOS:

Pesquisa qualitativa; Saúde do homem; Atenção Primária de Saúde; Saúde da família.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the implementation of the National Policy for Integral Attention to Men's Health, in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. **Methodology:** This is a qualitative study. 33 managers of Basic Health Units participated, through a semi-structured interview. The thematic analysis method proposed by Bardin was selected

Informações do Artigo:
Recebido em: 28/04/2023
Aceito em: 26/04/2024

¹Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Medicina. Endereço: Avenida Jose Caetano de Carvalho, N° 2199 - Jardim Central - São João Del Rei/MG CEP 36.307-251.

²Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. E-mail: girlenealves.silva@ufjf.edu.br

for the treatment of the testimonies. **Results:** The findings were organized in the Primary Health Care category: challenges and perspectives in the implementation of the National Policy for Comprehensive Men's Health Care, which included the invisibility of the men's health policy, as well as the organization of primary care to incorporate the referred policy in the system. **Final considerations:** It was noticed that the existence of a specific program with comprehensive proposals for men's health care is not enough, but it is necessary to understand and adjust the ways and challenges present in the places where the actions must be implemented.

DESCRIPTORS:

Qualitative research; Men's Health; Primary Health Care; Family Health.

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la implementación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre, en la ciudad de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Metodología:** Este es un estudio cualitativo. Participaron 33 gerentes de Unidades Básicas de Salud, a través de una entrevista semiestructurada. Para el tratamiento de los testimonios se seleccionó el método de análisis temático propuesto por Bardin. **Resultados:** Los hallazgos se organizaron en la categoría Atención Primaria de Salud: desafíos y perspectivas en la implementación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre, que incluyó la invisibilización de la política de salud del hombre, así como la organización de la atención primaria para incorporar la política referida en el sistema. **Consideraciones finales:** Se percibió que la existencia de un programa específico con propuestas integrales para la atención a la salud del hombre no es suficiente, sino que es necesario comprender y ajustar las formas y desafíos presentes en los lugares donde las acciones deben ser implementadas.

DESCRIPTORES:

Investigación cualitativa; Salud del Hombre; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

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⁽¹⁾.

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⁽²⁾. 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⁽³⁾.

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.

Ainda assim, 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. A principal causa de óbitos entre os homens, nesse mesmo, ano foram doenças do aparelho circulatório, seguida de doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias.⁽⁴⁾

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⁽⁵⁾.

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⁽⁶⁾.

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. 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⁽⁷⁾.

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 dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde, pois se sentem impossibilitados de adoecer. 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 UBS, as filas e a baixa resolutividade imediata dos serviços de saúde também são apontadas como barreiras para a procura do serviço de saúde⁽²⁾.

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⁽²⁾.

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⁽²⁾.

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⁽²⁾.

Nesse contexto, o presente artigo tem por objetivo analisar a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora – MG na perspectiva dos gestores.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e procedimentos metodológicos

Considerando o objeto desta pesquisa, optou-se por realizar uma abordagem qualitativa sobre a implementação da PNAISH no município de Juiz de Fora - MG, visto que o estudo intenciona investigar processos subjetivos de um fenômeno social envolvidos no processo saúde-doença na perspectiva masculina.

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⁽⁸⁾. Sendo assim, 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⁽⁹⁾.

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.

O guia adotado para realizar a estruturação da pesquisa foi o Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora – MG. 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 possuírem ESF. O cenário do estudo foi composto pelo restante de 42 UBSs com ESF, escolhidas por conveniência.

Fonte de dados

Os participantes do estudo foram 33 gerentes das equipes de ESF implantadas no município de Juiz de Fora - MG. 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.

Coleta e organização dos dados

O instrumento usado para coleta de dados junto aos gerentes municipais foi uma entrevista semiestruturada, questionando sobre a situação da implementação e efetivação da PNAISH no município de Juiz de Fora - MG. Os princípios, diretrizes e objetivos propostos na PNAISH foram contemplados nos questionamentos.

Os dados foram coletados no primeiro semestre do ano de 2022. As entrevistas foram gravadas com o intuito de garantir a reprodução fidedigna das falas dos participantes e ficarão de posse do pesquisador por um período de cinco anos. Após esse prazo, serão destruídas.

Etapas do trabalho

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética realizou-se, inicialmente, o contato telefônico com os gerentes das UBS para agendamento das entrevistas em campo. Em um segundo momento, o projeto foi apresentado pessoalmente pelos facilitadores aos sujeitos do estudo, no sentido de esclarecer os objetivos e quaisquer dúvidas que pudessem existir frente à sua participação no processo. Posteriormente, foi realizada a coleta de dados.

Análise dos dados

Dentro das modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, seguindo as três etapas descritas, propostas por Bardin: Pré-análise: Exploração do material; Tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁰⁾.

Seguindo as proposições para análise e interpretação dos dados, foi construída e nomeada a seguinte categoria: Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas na implementação da PNAISH. 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 e organização da atenção básica para contemplar a PNAISH.

Aspectos éticos

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). A coleta de dados ocorreu 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 mais de dez anos atrás, tem mobilizado as equipes de ESF e quais os desafios para cumprir seus objetivos.

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 e organização da atenção básica para contemplar a PNAISH.

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. O recorte da entrevista, a seguir, traz uma representação que distancia o público masculino das práticas da atenção básica:

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).

Para grande parte dos entrevistados, fica clara a dicotomia entre saúde da mulher e saúde do homem. A discussão é endossada dizendo que as crianças, adolescentes, mulheres e idosos são os grupos preferenciais para a criação das políticas públicas e, conseqüentemente, para a assistência integral⁽¹¹⁾.

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⁽¹²⁾. Outros autores 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⁽¹²⁾. Tal situação é reafirmada a partir da seguinte fala:

[...] 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).

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:

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).

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⁽¹³⁾. 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).

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⁽¹⁴⁾.

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.

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 autores, 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⁽¹⁵⁾. O discurso a seguir denota a dificuldade de acolher o homem, garantindo a integralidade do cuidado:

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).

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. Na passagem seguinte, essa dificuldade de encaminhar um homem para um especialista fica clara:

[...] 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).

Outra dificuldade encontrada 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⁽¹⁴⁾.

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).

As ações destinadas à saúde do homem são consideradas, por alguns autores, como esporádicas. Conforme dito, 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⁽¹³⁾.

Geralmente, os temas que envolvem os homens giram em torno do aparelho genital e, por vezes, do aparelho circulatório. Enquanto isso, outros estudiosos 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⁽¹⁵⁾, 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).

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. 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⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁴⁾. Ainda acerca do assunto, há uma falha na oferta de serviços ofertados pela rede focando a promoção da saúde dos homens⁽¹⁷⁾. Durante as entrevistas, esse despreparo ficou claro entre os profissionais de saúde. O discurso a seguir ilustra as constatações apresentadas:

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 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, 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.⁽¹⁸⁾ Nesse depoimento, por exemplo, os entrevistados apontam a existência de diversas áreas sem abrangência, que não possuem, portanto, nenhum tipo de diagnóstico situacional:

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).

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 na fala seguinte:

[...] 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).

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:

[...] 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 (G7).

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

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. O depoimento seguinte confirma essas questões:

Agente 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).

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 vir a ter com uma certa idade e tal... isso não tem. O acompanhamento é para doente. A prevenção familiar não tem (G22).

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:

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:

[...] 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:

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).

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 na fala:

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).

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⁽¹¹⁾. 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 Azul, 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).

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⁽¹⁹⁾.

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⁽¹²⁾. 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⁽¹⁹⁾. 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. Um 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.

Limitações do estudo

As limitações do estudo se deram a partir do absenteísmo dos profissionais de saúde nas unidades. Diversos profissionais apresentaram atestados médicos e se encontravam afastados do trabalho na época da coleta de dados e as equipes estavam incompletas, impossibilitando a aplicação

do questionário em todas as unidades do município. Além disso, a pandemia da Covid-19 foi responsável por uma série de mudanças na rotina das UBS e, na época da coleta de dados, a atenção primária ainda não se encontrava reestruturada nesse sentido, interferindo nos dados coletados.

Contribuições do estudo

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.

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. Para implementar a PNAISH, é necessário o rompimento com o modelo biomédico de assistência. 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.

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.

Os discursos mostram que os profissionais de saúde têm consciência das fragilidades do sistema de saúde, mas 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.

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

1. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009;19(3):659–78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>
2. Brasil. Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes) [Internet]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
3. Elias BK, Gervásio VL, Dell’Acqua MAQ, Silva JAT da, Lima MJ de, Silva NMMG. Avaliação do acesso e acolhimento de homens na atenção básica: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(3):22582–90. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/25845/20514>
4. Brasil. Informações de saúde. Mortalidade – Brasil. Óbitos por residência segundo sexo [Internet]. DATASUS. BRASIL; 2020 [cited 2021 May 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>
5. Medeiros MF, da Paz Fernandes RA, Soares JR, Souza Thomaz M dos A, Araújo Gomes WL, Mascarenhas Xavier ZD. Programa de assistência à saúde do homem: dificuldades e relevância da ação da enfermagem. *Revista Eletrônica Estácio Saúde* [Internet]. 2021 Jan 28 [cited 2023 Apr 13];10(01):8. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/6615>
6. Costa CRM da. A evolução histórica do debate sobre saúde do homem: a construção da saúde integral. *Revista Eletrônica da Estácio Recife* [Internet]. 2020 Oct 29;6(1). Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/429>

7. Hemmi APA, Baptista TW de F, Rezende M de. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020;30(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>
8. Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo (Sp): Cortez; 2008.
9. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 Mar 1;17(3):621–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5th ed. Edição 70, editor. Lisboa.
11. Pereira J, Klein C, Meyer DE. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Nov 14];28:132–46. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200011
12. Souza LPS e, Almeida ER, Queiroz MA, Silva JR da, Souza AAM de, Figueiredo MFS. Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014 Aug;12(2):291–304. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200005>
13. Vasconcelos ICB de L, Prestes JYDN, Ribeiro RRS, Lima SJL, Farias SDCF, Barbosa LD dos S, et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. *Brazilian Journal of Development*. 2019;5(9):16340–55. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/3418/3255>
14. PEREIRA SL. A invisibilidade da saúde do homem na Atenção Básica [undergraduate thesis]. Brasília: Faculdade de Enfermagem, Universidade de Brasília; 2017. 42 p. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/23302/1/2017_ShirleyLopesPereira_tcc.pdf
15. Nobre J de P, Freitas CA de. Aspectos relacionados à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2021 Nov 23;22:1–7. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1353787/794-texto-do-artigo-2667-1-10-20211123.pdf>
16. Lima CM de, Arruda HAA de, Rocha RPS, Silva RA da, Agulhó DLZ, Magalhães D dos SS. Desafios de enfermeiras frente à saúde do homem na atenção básica. *Research, Society and Development*. 2021 Jan 19;10(1):e38810111885. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11885>
17. De Oliveira Meneses M, Ângela M, Cardoso D, Anjos, Verônica R, Carvalho S, et al. O planejamento estratégico situacional como ferramenta de gestão na atenção primária em saúde. *Situational strategic planning as a management tool in primary health care*. *Brazilian Journal of*

Surgery and Clinical Research -BJSCR BJSCR [Internet]. 2019;28(4):2317–4404. Disponível em:
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191110_131936.pdf

18. Souza LV da SA de, Silva J de O, Nodari PRG, Alencar BT de, Silva RB, Aleixo MLM. Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Mato Grosso. Research, Society and Development. 2022 Jan 18;11(2):e5311225354. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25354>
19. Figueiredo SCG de, Santos CAM dos, Carminé LO do V, Ribas LF, Carmo W do SP do. Políticas públicas e saúde: Um direito de todos. Editora Poisson; 2020.