

**A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E  
PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: O CASO DE UMA UNIDADE NO MUNICÍPIO  
DE UBERABA/MG**

**CAMILA ZYSKO BOSCARINO**

RIO DE JANEIRO

2024

**CAMILA ZYSKO BOSCARINO**

**A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E  
PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: O CASO DE UMA UNIDADE NO  
MUNICÍPIO DE UBERABA/MG**

**Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Mestrado  
Profissional em Atenção Primária à  
Saúde da Faculdade de Medicina /  
Instituto de Atenção Primária à  
Saúde São Francisco de Assis-  
HESFA da Universidade Federal do  
Rio de Janeiro como requisito parcial  
à obtenção do grau de Mestre em  
Atenção Primária à Saúde, área de  
concentração: Saúde Coletiva.**

**Orientadores:**

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas - Professor e Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (MPAPS).

Alfredo de Oliveira Neto - Professor Adjunto do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS) da Faculdade de Medicina (FM)/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Rio de Janeiro

2024

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação a todos os profissionais de saúde da Atenção Básica, que, com dedicação, coragem e empenho, desempenham seus papéis fundamentais no cuidado à saúde da população. Mesmo diante das adversidades, da escassez de recursos e das dificuldades estruturais, vocês permanecem firmes em sua missão de cuidar, acolher e transformar a vida daqueles que mais necessitam.

Vocês são os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), verdadeiros heróis silenciosos, que com humanismo e comprometimento, fazem a diferença na vida de tantas pessoas.

Que esta dissertação possa contribuir, mesmo que de forma modesta, para a valorização do trabalho de todos vocês, que, diariamente, com dedicação e paixão, transformam realidades e constroem um SUS mais forte e humano.

## AGRADECIMENTOS

Chegando ao final desta jornada, não poderia deixar de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

Agradeço aos meus pais, Sandra Zysko e Claudio Zysko e a minha irmã Claudia Zysko, pelo amor incondicional e ensinamentos que sempre foram fundamentais para minha formação como pessoa e profissional. Vocês sempre acreditaram em mim e me incentivaram a seguir meus sonhos.

Um agradecimento especial ao meu marido, Andrei Boscarino, que, com paciência, compreensão e amor, esteve presente em cada etapa deste processo. Sua ajuda incansável, apoio emocional e incentivo constante foram fundamentais para que eu conseguisse conciliar todos os desafios da vida acadêmica com as demandas da nossa família. A sua parceria e dedicação me impulsionaram a seguir em frente, mesmo nas adversidades. Obrigada por estar sempre ao meu lado, compartilhando as alegrias e os desafios, e por ter me ajudado de tantas maneiras, muitas vezes sem ser percebido.

Aos meus filhos, Luna e Lucas, que trouxeram luz e alegria a cada dia da minha vida, mesmo nos momentos mais difíceis. Vocês são minha inspiração e motivação para nunca desistir e sempre buscar ser a melhor versão de mim mesma. Obrigada por todo o amor.

Aos meus orientadores, Eduardo Lucas e Alfredo Neto, meu mais sincero agradecimento. Sou grata pela orientação, pelas críticas construtivas e pelo apoio. O conhecimento e as experiências compartilhadas por vocês foram essenciais para que eu alcançasse o resultado final neste trabalho. Agradeço pela confiança depositada em meu potencial e pela paciência em me guiar durante todas as fases da pesquisa.

Por fim, agradeço a Deus, que sempre esteve presente, guiando meus passos, dando forças nos momentos de cansaço e me proporcionando as oportunidades que me trouxeram até aqui. Sem Ele, nada disso seria possível.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e para a minha formação, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

## RESUMO

Boscarino, Camila Zysko. A prática dos profissionais de saúde na prevenção e promoção à saúde do homem: O caso de uma unidade no Município de Uberaba/MG/ Camila Zysko Boscarino – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2024.

Pesquisa com foco na saúde do homem, analisando o conhecimento e as práticas dos profissionais das equipes da estratégia saúde da família (ESF) em uma unidade de saúde localizada em Uberaba/MG. Teve como objetivo geral compreender os saberes e práticas dos profissionais de saúde relacionados à saúde do homem. Apresentou como objetivos específicos: Identificar os conhecimentos dos profissionais das equipes de saúde da família de uma unidade de Uberaba/MG acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Verificar como estão sendo implementadas as ações para a população masculina na unidade; Descrever as estratégias adotadas e as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para promoção das ações de prevenção e promoção para essa população; Discutir a qualidade do cuidado à população masculina adstrita ao cenário de pesquisa à luz dos atributos da APS; Criação e validação de uma cartilha para profissionais de saúde sobre temas e cuidados relacionados à saúde do homem. Estudo descritivo e exploratório com uma abordagem qualitativa. Foi utilizado o método de estudo de caso, pois este permite uma maior exploração da pesquisa em um cenário específico, procurando compreender a unidade no que tange sua assistência à saúde do homem. Os sujeitos foram os profissionais de saúde que compõem as equipes de estratégia da saúde da família e a coleta de dados foi realizada através da técnica de entrevista com o auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos dados adotada foi a análise temática de Bardin. Os resultados deste estudo revelaram desafios significativos na promoção da saúde masculina na atenção primária à saúde (APS) de Uberaba/MG. Observou-se um amplo desconhecimento da política nacional de atenção integral à saúde do homem (PNAISH) entre os profissionais da ESF, dificultando sua implementação efetiva. Embora os profissionais reconheçam a importância da prevenção, suas ações se restringem, em grande parte, à campanha do novembro azul, sem estratégias contínuas e diversificadas. Além disso, a abordagem carece de inclusão das diversidades étnico-raciais e de gênero. Para melhorar a qualidade do cuidado, é crucial investir em capacitação profissional e desenvolver políticas que promovam uma APS integral e equitativa, respeitando as especificidades de todos os homens. Como produto, foi criada e validada uma cartilha de diretrizes sobre a saúde do homem para profissionais da Atenção Básica, baseada na PNAISH e nos principais temas identificados no estudo. Palavras Chave: Atenção primária à saúde; Saúde do Homem; Promoção à saúde

## ABSTRACT

Boscarino, Camila Zysko. The practice of health professionals in the prevention and promotion of men's health: The case of a unit in the city of Uberaba/MG/ Camila Zysko Boscarino – Rio de Janeiro: UFRJ / Center of Health Sciences, School of Medicine, Institute of Primary Health Care São Francisco Assis, 2024.

Research focused on men's health, analyzing the knowledge and practices of professionals from the family health strategy (ESF) teams in a health unit located in Uberaba/MG. The general objective was to understand the knowledge and practices of health professionals related to men's health. The specific objectives were: To identify the knowledge of professionals from family health teams in a unit in Uberaba/MG about the National Policy for Comprehensive Men's Health Care; To verify how actions for the male population are being implemented in the unit; To describe the strategies adopted and the difficulties encountered by health professionals in promoting prevention and promotion actions for this population; To discuss the quality of care for the male population enrolled in the research setting in light of the attributes of PHC; Creation and validation of a booklet for health professionals on topics and care related to men's health. Descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The case study method was used, as it allows for greater exploration of the research in a specific setting, seeking to understand the unit regarding its care for men's health. The subjects were health professionals who make up the family health strategy teams and data collection was carried out through the interview technique with the aid of a semi-structured interview script. The data analysis adopted was Bardin's thematic analysis. The results of this study revealed significant challenges in promoting men's health in primary health care (PHC) in Uberaba/MG. A wide lack of knowledge of the national policy for comprehensive care for men's health (PNAISH) was observed among ESF professionals, hindering its effective implementation. Although professionals recognize the importance of prevention, their actions are largely limited to the Blue November campaign, without continuous and diversified strategies. In addition, the approach lacks inclusion of ethnic-racial and gender diversity. To improve the quality of care, it is crucial to invest in professional training and develop policies that promote comprehensive and equitable PHC, respecting the specificities of all men. As a result, a guideline booklet on men's health for primary care professionals was created and validated, based on the PNAISH and the main themes identified in the study. Keywords: Primary health care; Men's health; Health promotion

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	9
1.1 Motivação do estudo	9
1.2 Problemática	10
1.3 Objetivos do estudo	15
1.4 Objeto de estudo	16
1.5 Questões norteadoras	16
1.6 Justificativa e contribuições do estudo	16
<b>CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	16
2.1 A Saúde do Homem e a sua Política Nacional de Saúde	18
2.2 Gênero e Masculinidade	21
2.3 O papel da Atenção Primária em ações de saúde voltadas para a população masculina	26
<b>CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA</b>	25
3.1 Tipo de estudo:	30
3.2 Local do estudo:	31
3.3 Sujeitos do estudo:	34
3.4 Estratégias de coleta dos dados	35
3.5 Estratégias de análise dos dados	37
3.6 Construção do produto técnico	39
3.7 Aspectos éticos e legais	42
<b>CAPÍTULO 4 – Categorização, resultados e discussão dos dados.</b>	36
4.1 Caracterização dos participantes:	43
4.2 Categoria 1: Familiaridade das Equipes de Saúde da Família com os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Homem: Desafios e Perspectivas	50
4.3 Categoria 2: Estratégias, Desafios e Qualidade do Cuidado à Saúde do Homem na unidade de saúde	58
4.4 Produto técnico: Cartilha de diretrizes sobre a saúde do homem na Atenção básica	73
<b>CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	75
<b>REFERÊNCIAS</b>	79
<b>APÊNDICES</b>	87
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada	102
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	103
APÊNDICE C – Compromissos éticos para coleta de dados	106
APÊNDICE D – Carta convite dos juízes-especialistas	108
APÊNDICE E – Instrumento de validação da cartilha para juízes-especialistas	109
APÊNDICE F – Instrumento de validação da cartilha para público-alvo	119
APÊNDICE G – Autorização do comitê de ética em pesquisa	124
APÊNDICE H – Aceite do projeto de pesquisa pelo Município	130

## **LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS**

**ACS AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**  
**APS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
**ASB AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL**  
**CONASEMS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**  
**DENT DENTISTA**  
**DM DIABETES MELITTUS**  
**DSTs DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**  
**ENF ENFERMEIROS**  
**ESF ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**HAS HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**  
**HIPERDIA PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES**  
**HIV SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**  
**IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**  
**INCA INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER**  
**IMC ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**  
**IST INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**  
**LGBTQIA+ LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANSEXUAIS, QUEER, INTERSEXUAIS, ASSEXUAIS, SENDO QUE O SÍMBOLO “+” ABARCA AS DEMAIS ORIENTAÇÕES SEXUAIS E DE GÊNERO, REPRESENTANDO PLURALIDADE.**  
**MED MÉDICOS**  
**NASF-AB NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (**  
**OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**  
**PAISM POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**  
**PNAISH PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM**  
**PSA ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO**  
**SBU SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA**  
**SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**TCLE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**  
**TEC TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**  
**UBS UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**  
**USF UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**UMS UNIDADE MATRICIAL DE SAÚDE**  
**UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**  
**USF UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

## CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 Motivação do estudo

Minha formação acadêmica se iniciou com o curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, concluída em 2013/2. Após o término da graduação iniciei o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem nos Moldes de Residência: clínica médica e cirúrgica geral pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) no período de 2014 a 2016 tendo a oportunidade de ser residente de Enfermagem no Hospital Federal de Bonsucesso. No início do ano de 2020, conclui o curso de especialização Lato Sensu em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá.

Após o término da Residência em Enfermagem, iniciei minha trajetória profissional com a oportunidade de atuar como Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, onde permaneci de março de 2016 a fevereiro de 2019. Durante esse período tive o privilégio de conhecer a pluralidade, riqueza e importância da atenção básica para a saúde pública. Ao longo do tempo atuando na área, tive um enorme ganho profissional e pessoal e nesse crescimento fui descobrindo esse mundo fantástico do cuidado preventivo, da proximidade com a equipe e população que me envolvia e entusiasmava a querer descobrir novas formas de promover saúde e coordenar uma equipe cada vez melhor para atender as necessidades dos usuários singulares que ali habitavam.

Atuando como enfermeira em uma clínica da família, diversas vezes me indaguei sobre como eram realizadas as ações voltadas à saúde do homem em específico, principalmente quando chegávamos ao mês de novembro. Nesse mês temos ações específicas para essa população, sendo conhecida como “Novembro Azul”, uma campanha que visa à conscientização da população masculina sobre sua saúde. Na prática nos deparamos com as equipes de saúde sem saber exatamente sobre quais assuntos abordar e uma população masculina procurando a unidade especificamente para realizar o exame PSA.

Esses questionamentos sobre a saúde masculina me acompanhavam desde a graduação. O tema saúde do homem, embora tenha sido abordado na faculdade, era discutido de forma superficial em curto espaço de tempo nas disciplinas. Quando houve a necessidade do conhecimento prévio sobre saúde do homem para minha atuação na estratégia, ficou mais perceptível meu desconhecimento sobre esse público e suas vulnerabilidades, interferindo

diretamente na criação de estratégias de prevenção e promoção de saúde para esse grupo específico da população.

Durante a caminhada sobre o universo da atenção básica, na tentativa de aprimorar meus conhecimentos sobre a temática percebi que não estava só em meu desconhecimento, outros colegas com longos períodos de atuação na saúde da família compartilhavam a mesma fragilidade ao se deparar com a população masculina.

Posteriormente realizei pós-graduação em saúde da família na esperança de ampliar minha visão sobre o universo da atenção básica e para minha surpresa novamente o tema se mantinha superficial e distante dos fatos que me deparava na atuação prática e dentro da comunidade do território adscrito.

Infelizmente por uma necessidade de crescimento profissional e de estabilidade econômica, alavancada por um governo tumultuado e com total descaso com a saúde no Município do Rio de Janeiro e em meio falta de pagamento e greves motivadas pelo desmonte das equipes de saúde, trocas de constantes das organizações de saúde que administravam o corpo técnico atuante nas unidades, necessitei deixar a unidade básica e assumir uma vaga de emprego em outra cidade, agora atuando como enfermeira assistencial em um Hospital Universitário Federal no Estado de Minas Gerais, mais precisamente na cidade de Uberaba.

Em busca de atingir meus objetivos pessoais iniciei a busca por aprimoramento profissional por meio do mestrado, onde pude resgatar os questionamentos prévios quanto ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a saúde do homem e transformá-los em projeto de mestrado na tentativa de atender aos meus próprios questionamentos e disponibilizar posteriores resultados para auxiliar outros profissionais a obterem mais conhecimento na temática saúde do homem.

Já como mestranda, aprofundei as leituras sobre a temática, elegendo, assim, como objeto de investigação a Saúde do Homem no contexto da atenção primária de saúde por acreditar na possibilidade de ampliar a análise e debates sobre o tema.

### **Problemática**

O Ministério da Saúde, em 2008, apresentou como uma prioridade no governo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Ela traz a produção de ações de saúde que contribui significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos

seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. A PNAISH possui, dentre os seus objetivos, o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis nessa população. (BRASIL, 2008)

A PNAISH apresenta como área de atenção a população masculina de 20 a 59 anos, e orienta as ações de promoção, prevenção e proteção básica à saúde, facilitando o acesso aos serviços de saúde, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde do homem. (BRASIL, 2008)

A formulação, implementação e execução das políticas de saúde são caracterizadas por desafios e situações que necessitam de práticas de acompanhamento, monitoramento e avaliação permitindo não somente possíveis correções na condução das ações, mas, sobretudo, atender às modificações constantes e estruturais do processo. A PNAISH possui como finalidade na prática em saúde, qualificar a atenção à saúde do homem na perspectiva das linhas de cuidado valorizando a integralidade da atenção. (BRASIL, 2008)

Assim, essa Política Nacional voltada à Saúde do Homem trabalha com cinco eixos prioritários: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violência e acidentes, e saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2008)

Uma política de saúde voltada para o homem se faz relevante, pois esse grupo apresenta taxas de mortalidade mais elevadas, quando comparado às mulheres. Segundo o perfil da morbimortalidade masculina no Brasil, em 2009 e 2014, entre os homens, as taxas por causas externas de morbidade e mortalidade, doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores), representaram, em ordem, as três principais causas de óbito. (BRASIL, 2018)

Fazendo comparativo por sexo, a taxa por causas externas de morbidade e mortalidade é aproximadamente sete vezes maior no sexo masculino. Entre os óbitos por causas externas, a agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada foi a principal causa de morte masculina, seguida de agressão por objeto cortante ou penetrante, acidente com um veículo a motor ou não motorizado, e lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação. (BRASIL, 2018)

A principal causa de mortalidade masculina, dentre as doenças do aparelho circulatório, deve-se por infarto agudo do miocárdio, seguido de cardiomiopatias, hemorragia intracerebral e acidente vascular cerebral. Entre os óbitos por neoplasia (tumores) nos anos de 2009 e 2014, a neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões foi a principal causa de morte masculina, seguida das neoplasias malignas do estômago e do esôfago. (BRASIL, 2018)

Quanto aos hábitos de vida pouco saudáveis e presença de doenças crônicas no Brasil, podemos observar a prevalência de excesso de peso e obesidade, atividade física insuficiente no tempo livre, sedentarismo, hipertensão arterial e diabetes com o aumento da idade. Dessa forma, pode-se dizer que os homens em sua maioria adentram no sistema de saúde por meio do nível secundário, e tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento da ação pela Atenção Primária à Saúde (APS) e maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo necessário fortalecer e qualificar a APS, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. (BERTOLINE; SIMONETTI, 2012)

Silva et al (2012) coloca que, embora exista a PNAISH, ainda é grande a necessidade de se conhecer as políticas e programas para então se implementar um programa de capacitação para os profissionais de saúde, para que esses possam assistir à população masculina, atendendo a suas demandas a partir de suas características.

A APS pode ser interpretada de três formas principais: um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo destinado às populações de baixa renda (atenção primária seletiva); a porta de entrada do sistema de saúde (nível primário do sistema de saúde) e um meio de reorganização de todos os recursos do sistema de saúde (estratégia de reordenamento do sistema de saúde), sendo esta última a única interpretação condizente com a inserção da APS em redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2011)

A APS é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, onde ocorre preferencialmente o atendimento inicial. Ela possui como atributos essenciais a atenção no primeiro contato (acesso), a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. (PORTELA, 2017)

Dentre os níveis de atenção, a APS deve ser o nível onde as ações de promoção e prevenção precisam ter espaços garantidos, além de ações de assistência aos problemas de saúde mais prevalentes da população. Os problemas menos prevalentes são regulados, sob a coordenação do cuidado pela APS, para outros níveis assistenciais. A APS funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais prevalentes aos menos prevalentes, envolvendo também outras iniciativas, como detecção precoce de doenças no intuito de evitar seu agravamento e elaboração do diagnóstico comunitário no território abrangido para identificação e atuação em elementos ou peculiaridades que interferem na saúde da população. (FIOCRUZ E CNS, 2018)

A população masculina frequenta menos os serviços de APS do que a população feminina. Tal comportamento é influenciado por diversos fatores que levam a um aumento na morbimortalidade do homem, colaborando para a má qualidade de saúde desse público. (CARNEIRO ET AL 2016)

Ser homem pode ser visto como uma representação de um papel repleto de aceções e sentidos, e a expressão de sua masculinidade corresponde geralmente ao modelo de masculinidade hegemônica, em que o homem deve ser forte e invulnerável. Tais características condicionam a maioria dos homens a assumirem uma postura de baixo autocuidado e afastamento dos serviços de saúde, especialmente os da APS. (OLIVEIRA E ET AL, 2017)

Em relação à busca por assistência à saúde e às representações masculinas de saúde-adoecimento e cuidado, Couto et al (2010), colocam que em algumas pesquisas qualitativas foram identificadas barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. As dificuldades dos homens teriam a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca pelo risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência.

Investigações acerca das percepções dos homens sobre os serviços de APS apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerado pelos homens como um espaço feminino, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento. Essa presença mais reduzida dos homens nos serviços de APS e os indicadores epidemiológicos alarmantes tornam evidente a necessidade de atenção adequada à saúde para esta população, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um caminho possível para tal. (COUTO ET AL, 2010)

Bertolini e Simonetti (2014) apontaram uma questão importante: a equipe de saúde tem um papel fundamental com a promoção da saúde do homem. O vínculo com a equipe de saúde e o acolhimento são aspectos importantes para que os homens se sintam atendidos em suas necessidades. Seja para uma necessidade bastante específica, relacionada à manifestação de uma doença já instalada, seja para dar suporte à sua família, ou ainda, a satisfação com alguma ação que melhorou sua qualidade de vida. Para que os homens mudem o seu comportamento perante questões do processo saúde-doença, os profissionais podem interferir adotando estratégias que estimulem esta procura, por meio de um acolhimento mais efetivo.

As equipes de saúde da família são estabelecidas por uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo: um médico generalista ou médico de família e comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de

enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

## **1.2 Objetivos do estudo**

### **Objetivo geral:**

Compreender os saberes e práticas dos profissionais de saúde relacionados à saúde do homem em uma unidade da APS em Uberaba/MG.

### **Objetivos específicos:**

Identificar os conhecimentos dos profissionais das equipes de saúde da família de uma unidade de Uberaba/MG acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Verificar como estão sendo implementadas as ações para a população masculina na unidade.

Descrever as estratégias adotadas e as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para promoção das ações de prevenção e promoção para essa população.

Discutir a qualidade do cuidado à população masculina adstrita ao cenário de pesquisa à luz dos atributos da APS.

Criação e validação de uma cartilha para profissionais de saúde sobre temas e cuidados relacionados à saúde do homem.

## **1.3 Objeto de estudo**

Esse estudo tem como objeto de pesquisa os saberes e práticas institucionais de profissionais de saúde de uma unidade de APS de Uberaba/MG na prevenção e promoção à Saúde do Homem.

## **1.4 Questões norteadoras**

Como estão sendo realizados os cuidados realizados pelos profissionais de saúde à saúde do homem em uma unidade da APS?

Que condições influenciam a abordagem às questões relacionadas à Saúde do Homem?

Os profissionais de saúde das equipes de saúde da família estão familiarizados com a PNAISH e seus eixos?

Quais ações e estratégias que estão sendo planejadas e/ou executadas pelos profissionais de saúde na unidade para essa clientela?

### **1.5 Justificativa e contribuições do estudo**

O presente estudo justifica-se pela produção de conhecimentos acerca da saúde do homem e suas particularidades e procura sensibilizar os profissionais de saúde que atuam no âmbito da atenção primária de saúde mais conhecimento acerca da temática, levando-os a desenvolver capacidades que possam torná-los mais competentes, contribuindo tanto para facilitar o exercício das Equipes de Saúde da Família, por meio dos serviços de atenção à saúde, como estimulando a elaboração de estratégias eficazes de acompanhamento dos homens, buscando a Promoção da Saúde dos mesmos.

Logo, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam colaborar com os serviços e ações dos profissionais de saúde na ESF frente às demandas inerentes à Saúde do Homem, bem como auxiliar no direcionamento de estratégias para a satisfatória implementação e efetivação da PNAISH no cenário da pesquisa.

A partir dos dados coletados e sua discussão foi criado uma cartilha informativa tendo como público alvo os profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Uberaba/MG. Esta cartilha de orientação de cuidados voltados à clientela masculina foi criada à luz da PNAISH e a partir dos temas mais emergentes identificados através do estudo.

## **CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A Saúde do Homem e a sua Política Nacional de Saúde**

Os primeiros estudos sobre a temática acerca da Saúde do Homem surgiram na década de 1970 nos Estados Unidos, voltados principalmente para problemas de saúde. Seus resultados não foram amplamente divulgados, pois poderiam remeter a um paradoxo onde as desvantagens dos homens nos perfis de morbimortalidade em relação às mulheres seriam reveladas e o fato de eles deterem mais poder do que elas em todos os níveis de classes socioeconômicas teriam sido a hipótese da pouca difusão dos estudos para época. (MOREIRA E ET AL, 2016)

Somente a partir da década 1990, a discussão ganhou força e passou a incorporar, dentre outros aspectos, questões de gênero relacionadas aos segmentos masculinos. Moreira e et al (2016), em referência a uma pesquisa realizada na Nova Zelândia, concluíram que as diferenças entre homens e mulheres em termos de morbimortalidade e expectativa de vida poderiam ser explicadas com base em cinco fatores: especificidades biológico-genéticas; diferenças e desigualdades sociais e étnicas; associação entre condutas e distintas expectativas sociais; busca e uso de serviços de saúde, e cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde. Fatores que poderiam servir de base para pesquisas mais robustas para o gênero. Ainda sendo observado que, embora haja certo consenso sobre o fato de o status da Saúde do Homem estar associado tanto aos aspectos biológicos quanto aos de ordem social, desconhecia-se como esses fatores atuavam e como cada um deles se correlacionavam.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) nos anos 2000 lançou pela primeira vez duas publicações voltadas especificamente para a saúde da população masculina, destacando os comprometimentos dessa saúde em diferentes fases da vida, a partir de uma perspectiva relacional de gênero focalizando os homens nas ações da área da saúde. Já no ano seguinte propõe princípios para desenvolver políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento. (MOREIRA E ET AL, 2016)

No Brasil, em 2005, o periódico *Ciência & Saúde Coletiva* publicou um número voltado especificamente para a saúde masculina. No editorial, propunha-se a consolidação do homem como foco da saúde pública, no sentido de enfatizar: a singularidade do gênero masculino e evidenciar novas demandas de ressignificação do masculino, decorrentes de deslocamentos

ocorridos no campo do gênero, para que se possa buscar uma saúde para ele voltada. Os editores assinalavam a necessidade de a saúde pública aprofundar as relações entre ideologias hegemônicas de masculinidade e processo saúde doença, para que esse campo pudesse enfrentar certas formas do adoecimento e para promover a saúde masculina e feminina. (GOMES, SCHRAIBER e COUTO, 2005)

Desde pelo menos 2004, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) veio se dedicando também à causa da saúde do homem, mas apenas em 2007 criou-se a área técnica de saúde do homem pelo Ministério da Saúde e, ao longo de todo o ano de 2008, a SBU passou a exercer forte pressão junto a diferentes setores do governo, de parlamentares a conselhos de saúde (Conass e Conasems) e a outras sociedades médicas, para o lançamento de uma política específica voltada à saúde do homem. Em sua atuação, além do estabelecimento das diretrizes dessa política, estavam em jogo questões corporativas, como o valor dos honorários pagos ao urologista pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela SBU. (MULLER, 2016)

No entanto, essa não foi a única pressão exercida junto à constituição de uma política para a saúde do homem no Brasil. A sociedade civil organizada, os movimentos sociais e as organizações de especialidades médicas brasileiras travaram suas disputas de poder. De um lado, uma política de atenção integral à saúde do homem pautada pela atenção básica à saúde, de outro, uma política de saúde do homem pautada pelas especialidades médicas, travavam embates ideológicos e políticos. (MULLER, 2016)

Sob esse pano de fundo foi formulada a PNAISH pelo Ministério da Saúde e, por meio da portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo-se da premissa de que os agravos do sexo masculino são problemas de saúde pública e possui como objetivos gerais: promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e os tipos de gestão. (BRASIL, 2008)

O Plano de Ação Nacional referente ao triênio 2009/2011 da PNAISH marcou o início, efetivamente, da sua implantação, orientando a formulação de planos de ação específicos para o programa nas esferas Estadual e Municipal, elaborando e financiando projetos-piloto. Está descrito no Eixo I, no que se refere à implantação e financiamento, que o repasse através do Fundo Nacional de Saúde tem o intuito de “incentivar a elaboração e a implementação de

estratégias e ações de saúde focadas na população masculina”. (DUARTE, OLIVEIRA E SOUZA, 2017)

As diretrizes e objetivos principais da PNAISH revelaram a intenção de aproximar a população masculina aos serviços de saúde, levando à implementação do Programa Saúde do Homem nas unidades da APS. Apesar de historicamente com quase trinta anos de diferença, o PNAISH pode sofrer o mesmo erro da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de se ater ao corpo biológico, em uma preocupação mais uma vez restrita a especialistas, ignorando-se assim aspectos de ordem cultural e social. (MOREIRA E ET AL, 2016; DUARTE, OLIVEIRA E SOUZA, 2017)

Embora a PNAISH focalize prioritariamente as causas de morbidade e mortalidade, o que pode favorecer práticas biomédicas, é preciso ter foco e se aprofundar e apropriar-se do conhecimento do público masculino que se quer trazer aos serviços de saúde, especialmente na perspectiva da promoção da saúde e da integralidade do cuidado. O perfil epidemiológico, as ações conjuntas com a comunidade e as adequações às rotinas das equipes de trabalho podem e devem ser o início desse processo na busca de uma maior adesão e conseqüentemente redução de morbimortalidade do gênero. (MOREIRA E ET AL, 2016)

Outros autores em um artigo sobre o percurso da PNAISH apontaram que mesmo após a sua implementação existe um grande abismo entre os objetivos e diretrizes e a suas traduções nas intervenções que são executadas nos serviços de saúde: tal distância é contingência da implementação. A concretude da PNAISH envolve decisões tomadas por uma cadeia de agentes em um determinado contexto: desde decisões dos formuladores até as dos encarregados da execução, sendo que estes últimos incluem, além do gestor municipal de saúde, a equipe técnica local designada para atuar na saúde do homem e os profissionais que atuam nos serviços. (LEAL ET AL, 2012)

## **2.2 Gênero e Masculinidade**

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que realiza estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação em 2024 estimou que, atualmente, o Brasil tem 212, 583.750 de habitantes. Há uma discrepância quando os dados são divididos entre homens e mulheres. De acordo com o IBGE, a expectativa de vida ao nascer para a população masculina em 2024 é de 73,1 anos, e para as mulheres é de 79,7 anos. (IBGE, 2024)

Em relação à mortalidade, como foi verificado que as principais causas de óbito em homens, na faixa etária entre 20 e 59 anos, foram as causas externas, isso demonstra que os homens morrem mais do que mulheres em situações de acidentes e violência, levando-os à morte prematura, não havendo tempo para o adoecimento, como ocorre com as mulheres, que morrem mais por neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças endócrinas, dentre outras. Essas condições resultam em anos de vida produtiva perdidas e, além disso, os homens, mais do que as mulheres, têm estilos de vida pouco saudáveis que predispõem a doenças crônicas. (BERTOLINI E SIMONETTI, 2014)

No que tange as causas externas, convém salientar comparações entre populações brancas e pretas/pardas. Em um informativo do IBGE de 2019 intitulado: “Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil”. Apontam que no Brasil, a taxa de homicídios foi 16,0 entre as pessoas brancas e 43,4 entre as pretas ou pardas a cada 100 mil habitantes em 2017. Um outro ponto interessante abordado seria que a violência dita “não letal” na adolescência e juventude também produz efeitos de longo prazo. Adolescentes e jovens vítimas de violência estão mais propensos a desenvolverem doenças como depressão, ao vício de substâncias químicas, a problemas de aprendizado e até ao suicídio. (IBGE, 2019).

Há de se chamar atenção que, segundo o Ministério da Saúde, as causas externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 20 aos 49 anos), as doenças do aparelho circulatório e neoplasias estão mais presentes nas faixas etárias mais elevadas. (BRASIL, 2018)

Considerada a terceira causa de morte entre a população masculina, as neoplasias, vêm apresentando proporções assustadoras. O câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam para 65.840 novos casos de câncer de próstata a cada ano, entre 2020 e 2022. Homens com mais de 55 anos, com excesso de peso e obesidade, estão mais propensos à doença. (INCA, 2022)

Outro ponto específico em relação à saúde do homem envolvendo neoplasias, podemos citar o câncer de pênis que, em alguns casos, pode levar a amputação do membro masculino. Estimativa do INCA é de que ocorram 1.130 novos casos da doença neste ano. Os principais fatores de risco são higiene íntima inadequada e infecção por HIV. (INCA, 2022)

Observa-se que os homens, além de serem mais sedentários, iniciam mais cedo o consumo de álcool e tendem a beber uma quantidade maior; ademais, parecem se preocupar menos com os cuidados à saúde, buscando o serviço apenas em caso de doença, quando

comparados às mulheres, o que já foi constatado em estudos de outros autores. Como consequência, surgem maiores prejuízos relacionados à saúde, fazendo necessária a compreensão das barreiras sociais, culturais e institucionais para que se possa promover o acesso dos homens a esses serviços. (LEVORATO ET AL, 2014)

Estudos já demonstraram que etilismo, tabagismo, dislipidemia, circunferência abdominal e Índice de Massa Corporal (IMC) elevados estão associados à ocorrência de doenças cardiovasculares de forma silenciosa. Aumenta-se o risco de acidentes vasculares cerebrais e infartos do miocárdio a longo prazo na população masculina em decorrência da não adoção de hábitos saudáveis em grande parte da população masculina. (TESTON ET AL, 2016)

Para prevenir a ocorrência dessa e outras doenças crônicas ou o seu agravamento, para os já diagnosticados, a adoção de hábitos saudáveis deve acontecer desde a juventude, e incluir uma alimentação equilibrada com redução do consumo de alimentos ricos em gordura e/ou sal, controle do peso corporal, combate ao sedentarismo, etilismo e tabagismo. Fato que é observado de maneira inversa entre a maioria dos homens segundo dados estatísticos. (MALACHIAS ET AL, 2016)

Quando observamos a influência da postura comportamental de risco na população masculina, evidencia-se que as mortes ocasionadas devido ao uso abusivo de álcool e situações derivadas, como acidentes de trânsito, quedas e afogamentos, totalizaram entre os anos de 2000 a 2006, 89%, enquanto que as mesmas ocorrências com mulheres foram de apenas 11%. Focalizando os acidentes de trânsito, verificou-se que, em 2006, 82% ocorreram com homens, adultos jovens e residentes em municípios de pequeno porte. (BRASIL, 2008)

Quanto ao uso do tabaco, embora pesquisas datadas de 2008 demonstrarem queda no consumo em todas as faixas etárias, sua presença ainda é maior no sexo masculino (19%), que no sexo feminino (12%). Em referência ao sedentarismo, o número de homens fisicamente inativos correspondeu em 2008 a 29,5% contra 23,5% de mulheres, demonstrando diferença tênue, todavia existente e que merece salientar a expressiva superioridade numérica de comportamentos de risco no gênero masculino quando comparado ao sexo oposto. (BRASIL, 2008)

Embora os homens assumam mais comportamentos de risco e tenham hábitos saudáveis reduzidos, é o grupo que em sua grande maioria acessa os serviços de saúde com doenças crônicas já instaladas, o que ocorre de forma inversamente proporcional em relação às mulheres. Há diversos trabalhos que buscaram compreender os motivos dos homens de chegarem aos serviços já com doenças crônicas instaladas. Por parte dos profissionais, percebe-

se a valorização das mulheres em detrimento dos homens, já que estes seriam mais propensos às práticas curativas e menos aptos à prevenção. (BERTOLINI E SIMONETTI, 2014)

Há também diversas representações e estereótipos relacionados aos gêneros, tais como: "homens são mais fortes", "o corpo feminino tem particularidades que demandam mais cuidado", "mulheres são naturalmente cuidadoras". O estereótipo ajuda a produzir uma barreira invisível do gênero masculino, sendo produzida por meio de uma expectativa dos profissionais de que homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços. (BERTOLINI E SIMONETTI, 2014)

Quando os profissionais não reconhecem estes indivíduos como potenciais sujeitos de cuidado, deixam de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecem situações em que eles demonstram tais comportamentos, mantendo-se o ciclo de não cuidado do corpo como forma de expor a sua masculinidade não reconhecendo fraquezas e fragilidades. Tais características condicionam a maioria dos homens a assumirem uma postura de baixo autocuidado e afastamento dos serviços de saúde. (DE OLIVEIRA, 2011; BERTOLINI E SIMONETTI, 2014)

As masculinidades transmutam, naturalmente, conforme o contexto social e histórico, sendo construídas simultaneamente em dois campos inter-relacionados de relações de poder. O poder nas relações superioridade de homens com mulheres (desigualdade de gênero) e poder nas relações dos homens com outros homens (desigualdades decorrentes de raça, sexualidade, geração). Podemos definir assim o sexismo e a homofobia como bases para construção social de masculinidade. (CESARO et al, 2019)

Homens ainda são colocados em desigualdade dentro do próprio grupo, onde percebemos as diferentes experiências de opressão e de privilégio no contexto (classe, gênero, sexualidade). Determinados corpos são privilegiados e não se dão conta dos privilégios que carregam. Como se pode perceber quando heterossexuais não necessitam questionar sua sexualidade diante do outro. (CESARO ET AL, 2019)

Negros, pobres, gays, trans e todos os que vivem a discriminação de alguma forma ficam invisibilizados nos processos de constituição de masculinidades hegemônicas e de violências envolvidas na modulação de masculinidades como a do homem gay, do homem negro ou do homem trabalhador de baixa renda. Sendo assim privilegiados não vivenciam os marcadores sociais da diferença a partir de uma desigualdade ou de uma discriminação diferentemente dos grupos oprimidos. (CESARO ET AL, 2019)

Se as políticas públicas são materializadas no terreno de gênero, com compartimentalizações identitárias que produzem invisibilidade, analisar continuidades e rupturas nos contextos históricos que movimentaram determinadas produções de masculinidades, possibilita ampliar e aprimorar o escopo de políticas públicas para as masculinidades. Todavia, não devemos olhar a intersecção como mera soma, mas sim percebê-la como articulação que produz experiências substantivamente diferentes. (CESARO ET AL, 2019)

### **2.3 O papel da Atenção Primária em ações de saúde voltadas para a população masculina**

Schraiber e colaboradores (2010) destacam que a Atenção Primária a Saúde (APS), vista como a porta de entrada principal aos serviços de saúde, é marcadamente dirigida aos problemas de saúde das mulheres. Essa mesma lógica estrutura os serviços, ações e interlocuções entre profissionais de saúde e usuários, reproduzindo relações tradicionais de gênero. Homens como portadores de menos necessidades em saúde do que as mulheres, expressas exemplarmente na figura do chefe de família provedor, dedicado ao trabalho e que raramente adocece, o que os pode levar a negligenciar sua saúde.

Estudos têm apontado para a necessidade de propor ações que considerem as questões comportamentais e de gênero, a fim de atender as necessidades e especificidades da população masculina e diminuir seus índices de morbimortalidade, que atualmente são alarmantes quando comparadas aos índices femininos, reflexo das desigualdades de gênero. (DE OLIVEIRA, 2011)

Um dos motivos alegados pelos usuários para menor procura ao serviço de saúde é o choque de horários entre o funcionamento dos serviços versus horário de trabalho. Os homens idosos, comparados aos mais jovens, possuem alta procura pelos serviços de saúde evidenciado no presente estudo pelos 82,4% dos idosos que afirmaram buscar assistência, o que pode estar relacionado principalmente ao aumento da prevalência de doenças crônicas, bem como algumas incapacidades. (LEVORATO ET AL, 2014)

A PNAISH se propõe a quebrar esses paradigmas e oferecer saúde a quem sempre se distanciou dela, para isso a política se estruturou a partir de 5 eixos: acesso e acolhimento, paternidade e cuidado, prevenção de violência e acidentes, saúde sexual e reprodutiva, e principais agravos/condições crônicas. Para entender o papel central da APS é preciso que fique

claro do que cada eixo versa sobre a saúde do homem, sendo necessário destrinchá-lo. (BRASIL, 2008)

Acesso e acolhimento têm por objetivo reorganizar as ações de saúde através de uma proposta inclusiva na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados. O propósito de qualificar o acesso e acolhimento dos homens junto aos serviços de saúde implica, necessariamente, a consideração de alguns aspectos peculiares do comportamento de boa parcela dos homens em relação à própria saúde e ao autocuidado. (BRASIL, 2008)

Sobre a paternidade e cuidado, há discussão da sensibilização de gestores, profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos, trazendo saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) companheiras(os). (BRASIL, 2008)

O eixo de prevenção de violência e acidentes propõe desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema, este em especial pode ter repercussão nas futuras gerações por se iniciarem ainda na educação infantil, quebrando a ideia de que homem é invulnerável. (BRASIL, 2008)

Saúde sexual e reprodutiva, sensibilizando gestores, profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, envolvendo-os nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática. (BRASIL, 2008)

O eixo “principais agravos/condições crônicas” fortalece a APS no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde. (BRASIL, 2008)

Frente a esse cenário, a ampla atuação da enfermagem na APS é vista como essencial para a implementação de políticas públicas de saúde, por meio da gestão de recursos, da articulação de processos administrativos, das ações de ensino-aprendizagem relacionada à saúde masculina, além de atuar diretamente na assistência à população e em todo o seu ciclo de vida, por meio de consultas individuais ou ações coletivas. (PERUZZO ET AL, 2017)

A identificação de tais competências e habilidades fica no perfil profissional da enfermagem que atua na APS, como a tomada de decisão, o acolhimento, a promoção de vínculo e responsabilização, a flexibilidade, a criatividade, a obtenção do conhecimento científico, a expertise clínica, o compromisso e a capacidade de negociação, o que tanto pode contribuir para o avanço da PNAISH no Brasil. (PERUZZO ET AL, 2017)

Analisando o contexto e o processo saúde/doença da população masculina, observa-se a necessidade de inclusão desse público nas ações estratégicas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, considerando suas especificidades e peculiaridades, o que exige dos profissionais de saúde um olhar amplo direcionado para a integralidade. Entretanto, atuações relacionadas à saúde dos homens ainda são pouco estruturadas, o que culminam em dificuldades na implementação de ações dedicadas a esse público, tal como é a implementação de uma política de saúde no cotidiano do trabalho em saúde. (SANTOS ET AL, 2017)

Dessa maneira, a PNAISH pode ser vista como proposta estratégica que visa aproximar o público masculino e inseri-lo nos cuidados preventivos de saúde. Porém, cabe ressaltar as dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam na APS, para que a política possa ser de fato executada. Diversos fatores permeiam a implementação da política, como o planejamento na macrogestão e a transposição para a operacionalização das atividades de assistência na microgestão, o que pode gerar desafios para a prática profissional. (ALVES ET AL, 2017)

## CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 3.1 Tipo de estudo:

Para a realização deste estudo a escolha se deu por um estudo descritivo exploratório com uma abordagem qualitativa na qual, segundo Gerhardt (2009), onde existe a preocupação com o aprofundamento da compreensão de um grupo social e não com a representatividade numérica.

Já a pesquisa qualitativa para Minayo (2007, p. 21): “Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos...”.

As pesquisas exploratórias e descritivas podem se destacar como aquelas realizadas com aqueles dedicados com a prática social e, combinadas como no exemplo de um estudo de caso, elas podem descrever completamente determinado fenômeno para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. (LAKATOS e MARCONI, 2006)

A fim de atender ao objeto deste estudo, foi escolhido o método de estudo de caso, uma vez que este permite uma maior exploração da pesquisa em um cenário específico. Permitindo a investigação do objeto de pesquisa sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real, partindo do princípio de que as lições que se aprendem dos casos fornecem muitas informações sobre as experiências de uma pessoa ou instituição. (YIN, 2005)

Para Goldenberg (2004, p. 50):

O estudo de caso reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa, com o objetivo de apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto. Através de um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o estudo de caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida pela análise estatística.

Considerando Yin (2001) e Stake (2000, apud GIL, 2002, p.137), são sete as etapas de um estudo de caso, que, foram descritas desta forma: formulação do problema; definição da unidade-caso; determinação do número de casos; elaboração do protocolo; coleta de dados; avaliação e análise dos dados e preparação do relatório.

Neste estudo, foi adotado o estudo de caso único, já que segundo Gil (2002), os estudos de caso podem ser constituídos tanto de um único quanto de múltiplos casos. Uma unidade-caso pode se referir a um indivíduo num contexto definido, ou em um conceito mais amplo, que pode ser entendido como uma família ou qualquer outro grupo social, um pequeno grupo, uma sociedade, uma organização ou até mesmo uma instituição como neste presente trabalho.

Tal método foi escolhido a fim de compreender uma unidade de APS em questão e as suas particularidades no que tange sua assistência à saúde do homem.

### **3.2 Local do estudo:**

O Município de Uberaba está localizado na macrorregião Triângulo do Sul. Esta macrorregião é composta por 27 municípios e é dividida em 3 microrregiões: Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba, que é sede de micro e macrorregiões. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2022)

A população de Uberaba, Minas Gerais, em 2024, segundo a estimativa do IBGE, é de 354.142 habitantes. Sendo a sétima mais populosa do Estado de Minas Gerais. Entre 2000 e 2020, segundo dados do Plano de Saúde Municipal (2022), observou-se um envelhecimento da população corroborando com a pirâmide etária do Brasil; uma pirâmide que podemos observar um alargamento do ápice, indicando atualmente uma tendência à baixa natalidade, grande número de adultos e aumento da expectativa de vida. Os uberabenses estão vivendo em média 76 anos, porém com diferenças significativas entre os sexos: as mulheres vivem mais.

A diferença do decréscimo do número de homens em relação ao número de mulheres, segundo dados do município, seria reflexo da mortalidade masculina, sobretudo entre as faixas etárias jovens e adultas, em decorrência do aumento da incidência de óbitos por causas violentas. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2022)

Atualmente, o município de Uberaba conta com 53 equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 29 Unidades de Saúde e 7 Pontos de Apoio. São caracterizadas como Unidade Básica de Saúde (UBS)/ Unidade de Saúde da Família (USF)/ Unidade Matricial de Saúde (UMS) e estão localizadas em diversos pontos da cidade. Nestes três tipos de unidades, o Município refere que os usuários podem receber atendimentos básicos nas áreas de Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, Nutricionista e Assistente Social. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2022)

De acordo com a prefeitura, os principais serviços oferecidos por estas unidades são consultas médicas, consultas de enfermagem, nebulizações, administração de medicamentos, curativos, vacinas, tratamento odontológico, triagem pré-natal, triagem neonatal, exame de Papanicolau, fornecimento de medicação básica para o tratamento de doenças agudas e crônicas. A Prefeitura não cita medicina de família e comunidade como sendo um dos seus principais serviços.

Atualmente estão em funcionamento 20 UBS's/ USF's no município, com horário de funcionamento de 7h a 17h. Já o quantitativo de UMS's no Município são de 9, sendo o funcionamento de 7h a 17h (5 unidades) e 7h a 22h (4 unidades), estas pertencentes ao Programa Saúde na Hora. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2022)

O Programa Saúde na Hora foi proposto e lançado pelo Ministério da Saúde em maio de 2009, que destina mais recursos para os municípios que ampliem o horário de atendimento das UBS, possibilitando às unidades de saúde funcionarem em modelos de 40, 60 e 75 horas semanais. Este possui o intuito de facilitar o acesso de forma geral das pessoas na unidade. (Prefeitura Municipal de Uberaba, 2022)

Os Pontos de Apoio das Equipes Saúde da Família possuem a sede localizada na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, pois a Unidade de Saúde referência encontra-se em longa distância, em zonas rurais. Há atualmente 7 pontos em funcionamento. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2022)

O município conta com 6 unidades NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) que atendem em média 8 ESF's e está constituído pelos seguintes profissionais: Clínico Geral, Ginecologista, Pediatra, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista e Assistente Social (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2022).

O NASF-AB foi instituído em 2008 pela Portaria nº 154 do Ministério da Saúde. Após a aprovação e publicação pelo Ministério da Saúde da portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, deu-se origem à nova versão da Política Nacional de Atenção Básica, e assim Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Os Núcleos têm como objetivo principal oferecer apoio às ações desenvolvidas pelas ESFs, além de ampliar a abrangência dessas ações segundo os princípios da territorialização e da regionalização. Contribui para melhoria da resolutividade dos casos atendidos pela APS, qualificando as ações e fortalecendo a rede de cuidados em saúde. Esta conta com equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam

prestando apoio e em parceria com os profissionais das ESF. (NASCIMENTO E CORDEIRO, 2019)

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada em uma unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Uberaba (MG) pertencente ao Programa Saúde na Hora. A unidade de escolha foi a UMS Tibúrcio Teixeira Santos que fica localizada na Av. Orlando Rodrigues Cunha, 2.193 – Abadia. Em funcionamento como USF / ESF: São Vicente / N. Sra. Aparecida / Abadia – Olhos D'água. Sua escolha se deu por ser uma das unidades pertencentes ao Programa Saúde na Hora, sendo o seu horário de funcionamento de segunda à sexta de 07h a 22h.

A UMS Tibúrcio Teixeira do Santos é localizada no Bairro Nossa Senhora da Abadia e foi reinaugurada em 2020 no modelo de Unidade Matricial e anteriormente era chamada de Centro Médico do Abadia. Após passar por reforma, a unidade passou a oferecer diversos serviços de saúde, entre eles uma Central de Distribuição de Vacina e o Centro de Atendimento Médico-Odontológico.

As UMSs fazem atendimentos e possuem especialidades básicas (ginecologia, pediatria e clínica geral) e agendamentos de consultas e exames específicos e são unidades de apoio para as USF's – Unidades de Saúde da Família. Esta unidade atualmente conta com 4 ginecologistas, 1 pediatra, 1 clínico para cada turno, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 fisioterapia e 1 vaga em aberta para assistente social, já que no momento da coleta de dados a vaga não estava preenchida. As consultas para estes profissionais no geral são via agendamento.

A unidade possui três equipes de saúde da família na unidade. A equipe N. Sra. Aparecida possui aproximadamente 3800 usuários cadastrados e conta com 01 Enfermeiro, 01 médico e 01 dentista, 01 Técnico de Enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal e 05 agentes comunitários. Atualmente com 01 vaga em aberta para agente comunitário de saúde. A equipe Olhos D'água possui aproximadamente 3400 usuários cadastrados e conta com 01 Enfermeiro, 01 médico e 01 dentista, 01 Técnico de Enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal e 06 agentes comunitários. E finalmente, a equipe São Vicente possui aproximadamente 3980 usuários cadastrados e conta com 01 Enfermeiro, 01 dentista, 01 Técnico de Enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal e 05 agentes comunitários. Atualmente com vagas em aberto para agente comunitário de saúde e médico de equipe.

A equipe de saúde na hora atua em horário estendido até as 22 horas e esta conta com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar bucal e recepção. Segundo a coordenadora, eles atendem indivíduos fora da área de cobertura e demandas

espontâneas. Caso seja verificado que são moradores da área adscrita, sua demanda também é acolhida, resolvida se possível e estes são orientados a dar continuidade com a equipe responsável posteriormente.

### **3.3 Sujeitos do estudo:**

Os sujeitos deste estudo foram profissionais de saúde que compõem as equipes de estratégia da saúde da família em uma instituição de APS no município de Uberaba/MG, de ambos os sexos. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde que atuam na estratégia de saúde da família (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) com pelo menos um ano completo de atuação na ESF na equipe.

Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes: aqueles ausentes por questões de férias e licenças no período da coleta de dados.

Os sujeitos da pesquisa participantes da pesquisa foram 3 enfermeiros, 2 médicos, 2 dentistas, 2 Técnicas de enfermagem, 2 auxiliares de saúde bucal e 11 agentes comunitários de saúde. Nenhum profissional negou o convite para participar da pesquisa e 3 profissionais da unidade apesar de aceitarem não puderam ser entrevistados pois não atingiram o critério de inclusão de pelo menos 1 ano completo de atuação na ESF. O critério de encerramento de coleta de dados com os agentes comunitários se deu a partir da saturação das respostas obtidas, ou seja, quando as respostas começaram a apresentar repetição das respostas já apresentadas.

### **3.4 Estratégias de coleta dos dados**

O estudo de caso orienta-se por etapas de coleta, análise e interpretação da informação, provenientes de diversas fontes. (Yin, 2005). Para atingir os objetivos da pesquisa foi realizada uma reunião com a coordenadora na unidade a fim de definir as características da instituição e aspectos organizacionais e operacionais da unidade de saúde. A coleta de dados foi realizada através da técnica de entrevista com o auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturada contendo itens previamente elaborados pela pesquisadora acerca da temática com os membros que compõem as equipes de saúde da família.

Antes da aplicação do instrumento de roteiro de entrevista, este foi avaliado através de um plano de pilotagem. Realizado com o objetivo de apropriação da técnica de entrevista e avaliação do instrumento pela pesquisadora.

Os profissionais em questão atuam em uma outra unidade de APS no Município de Uberaba/MG e foram analisadas a aplicabilidade das perguntas do roteiro de entrevistas.

A unidade escolhida para aplicação da pilotagem foi a UMS Álvaro Guaritá localizada na Av. Umuarama, 520 - Valim de Melo - USF / ESF: Gameleiras/ Valim de Melo/ Chica Ferreira. Unidade esta também pertencente ao Programa Saúde na Hora com horário de funcionamento de Segunda à Sexta de 7h a 22 horas.

Atualmente, segundo informações da coordenadora da unidade, as três equipes da saúde da família na unidade contam com 1 Enfermeiro, 1 médico e 1 dentista, 1 Técnico de Enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal e de 6 a 7 agentes comunitários por equipe. Em relação a população cadastrada, a equipe Chica Ferreira possui aproximadamente 3433 pessoas cadastradas; a equipe Valim de Mello 3590 pessoas cadastradas e a equipe Gameleira 4238 pessoas cadastradas.

A equipe de saúde na hora atua em horário estendido até as 22 horas e esta conta com 1 médico, 01 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar bucal e recepção.

Para realização da pilotagem também foram solicitadas as devidas autorizações com a instituição e secretaria do Município e aos participantes foram realizadas a orientação e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de pilotagem se deu a partir da aplicação do instrumento de roteiro de entrevista com um profissional de cada categoria profissional da equipe mínima da estratégia da saúde da família: 1 Enfermeiro, 1 Médico, 1 Técnico de Enfermagem e 1 Agente comunitário de saúde e foram atendidos os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Os 04 profissionais convidados e entrevistados para pilotagem possuíam de 41 a 64 anos de idade e de 5 a 20 anos de atividade atuando na assistência na unidade. As entrevistas transcorreram sem dificuldades ou problemas.

Após a aplicação da pilotagem, foram avaliados itens como tempo, entendimento das perguntas e estrutura do roteiro de entrevistas. Caso fossem verificadas necessidade de modificações estas passariam por apreciação de um comitê de juízes, compostos pelos membros titulares e suplentes da banca de qualificação do presente estudo. Após apreciação seriam realizados os ajustes necessários no instrumento para a abordagem com os participantes do

estudo da pesquisa propriamente dito. Não foram verificadas necessidade de modificações após a avaliação da pilotagem mantendo-se assim a estrutura do roteiro de entrevistas.

No momento da entrevista na instituição, os profissionais de saúde também foram abordados pela própria pesquisadora e convidados a participarem da pesquisa e garantido que seria mantido o anonimato de cada sujeito e foi informado a necessidade da assinatura do TCLE. No momento da entrevista, os sujeitos foram caracterizados quanto à idade, tempo de formação, tempo de atuação na APS e tipo de formação.

As entrevistas da pilotagem e pesquisa foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, de forma que não interferissem na assistência prestada à clientela e foram gravadas por meio de gravador eletrônico e transcritas pela entrevistadora.

### **3.5 Estratégias de análise dos dados:**

Os estudos de casos podem utilizar de procedimentos de coleta de dados variados, logo o processo de análise e interpretação pode, naturalmente, envolver diferentes modelos de análise. (GIL, 2002)

Para esta pesquisa foi adotada a metodologia de análise temática de Bardin. A análise de conteúdo abarca as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o intuito de realizar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem das mensagens. (SILVA ET AL, 2017)

A proposta de análise de Bardin (2006) constitui-se de algumas etapas para o alcance da análise de conteúdo, organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa, denominada pré-análise, é a fase que compreende a organização do material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais. Compreende a realização de quatro processos: o estabelecimento dos documentos de coleta de dados, o pesquisador toma conhecimento do texto e transcreve entrevistas; a seleção do que será analisado; a formulação de hipóteses e objetivos e a etapa da elaboração dos temas que mais se repetem. (BARDIN, 2006)

Nesta fase, é importante que se atente aos seguintes critérios na seleção dos documentos: Exaustividade, atentar para esgotar a totalidade da comunicação; Representatividade, os documentos selecionados devem conter informações que representem o universo a ser

pesquisado; Homogeneidade, os dados devem referir-se ao mesmo tema; Pertinência, os documentos precisam ser condizentes aos objetivos da pesquisa. (BARDIN, 2006)

A segunda etapa é a exploração do material, que diz respeito à codificação do material e na definição de categorias de análise (rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos) e a identificação das unidades de registro (corresponde ao segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem). (BARDIN, 2006)

A terceira e última etapa consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. (BARDIN, 2006)

### **3.6 Construção da Cartilha de diretrizes**

A partir dos dados coletados e sua discussão foi criado uma cartilha tendo como público alvo os profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Uberaba/MG. Esta cartilha de diretrizes enquanto produto técnico resultante da pesquisa foi desenvolvida à luz da PNAISH e a partir dos temas mais emergentes identificados através do estudo e passou por processo de validação do seu material.

Foi considerado que a unidade caso do estudo não possuía nenhum material educativo para seus profissionais sobre a saúde do homem. Assim, essa cartilha foi idealizada e esperando-se que seu conteúdo contribuísse com a qualidade da assistência prestada à clientela.

As informações presentes na cartilha foram elaboradas com uma linguagem simples, adequada ao nível intelectual do público-alvo, com o objetivo de facilitar a identificação dos profissionais com o seu conteúdo e incentivá-los a adotar práticas mais positivas na assistência à saúde do homem. A elaboração da tecnologia educacional, incluindo dados, informações e imagens, foram realizados com o auxílio do programa Microsoft PowerPoint® e do programa MicrosoftWord® e a produção da cartilha foi desenvolvida considerando à revisão da literatura, discutida na fundamentação teórica do presente trabalho e através dos achados na discussão

obtidos através das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os profissionais da unidade caso.

Para a criação da cartilha foi seguido o modelo de referencial teórico-metodológico de Pasquali, constituída pelos pólos teórico, empírico e analítico. Na etapa do polo teórico, a construção teórica foi pautada na revisão da literatura nacional e internacional sobre a temática. O polo empírico, consistiu no momento de coleta de dados no campo de estudo, necessários para verificação da situação do cenário de pesquisa. E finalmente o pólo analítico, teve como foco análise e a validação estatística da consistência interna do instrumento (ALCANTARA-GARZIN E MELLEIRO, 2017).

Na validação de conteúdo e aparência (layout) da cartilha educativa foi empregada a técnica de Delphi. Esta técnica é um método utilizado a fim de obter o refinamento de opiniões de um grupo de pessoas experts em determinado assunto (painel de especialistas/juízes), buscando alcançar o consenso (CASTRO E REZENDE, 2009). Logo, a validação da cartilha é realizada por meio da análise de juízes especialistas no tema, visando validar o material em relação à aparência e conteúdo.

Para definir os participantes que atuaram como juízes, utilizou-se o sistema de classificação de juízes e a técnica de amostragem "bola de neve, técnica de amostragem não probabilística onde os indivíduos selecionados para serem estudados convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos (VINUTO, 2014). Assim, foram recrutados juízes/especialistas que tivessem expertise dentro da área de pesquisa em Atenção básica e/ou saúde do homem.

Para a seleção dos juízes especialistas, elaborou-se critérios de inclusão embasados na proposta de Benevides et al. (2016 apud TEIXEIRA, 2020). Incluíram-se juízes especialistas de conteúdo que contemplaram, pelo menos, dois dos seguintes critérios: 1) ser especialista (lato ou stricto sensu) na área temática do estudo; 2) possuir prática clínico-assistencial com o público-alvo do estudo há, pelo menos, três anos; 3) possuir trabalho publicado em revista e/ou evento sobre o tema do estudo; 4) ter trabalhos publicados em revistas e/ou eventos sobre construção e validação de tecnologias cuidativo-educacionais na área da temática; e/ou 5) ser membro da Sociedade Científica na área da temática. Sendo enviado cartas convite aos mesmos convidando-os para avaliação da cartilha e estes foram indicando novos indivíduos para participação da avaliação.

Quanto ao número ideal de juízes para o processo de validação, a literatura é diversificada, não havendo padronização no quantitativo. Podemos citar Pasquali (1998), que sugere que os números podem variar de 06 a 20 juízes.

Foram construídos instrumentos avaliativos, disponíveis em “apêndices” no presente estudo, e adaptados no Google Forms para os juízes-especialistas. Utilizou-se um instrumento que continha variáveis voltadas ao processo de validação da cartilha. Este foi adaptado, a partir do instrumento desenvolvido por Teixeira e Mota (2011) para validação de tecnologias educacionais impressas. As questões foram acompanhadas por uma escala Likert com pontuação variando de 1 a 4, em que: 1=item não equivalente; 2=item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência; 3=item equivalente, necessita de pequenas alterações; e 4=item absolutamente equivalente. Estes foram enviados junto com a cartilha, em formato PDF via e-mail a cada participante. A coleta dos dados ocorreu no mês de outubro de 2024.

A partir desse instrumento foi obtido o índice de verificação de consenso (IVC) por cada item o (IVC) global. Um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de no mínimo 0.78 para I-IVC e 0.80 para S-IVC e preferencialmente, maior que 0.90 (Yusoff, 2019). Segundo, Sousa, Turrini e Poveda (2015), o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) é uma medida que mede a concordância de especialistas sobre um instrumento e seus itens.

Os Juízes em relação a aparência, avaliaram a cartilha por meio da aplicação da adaptação do instrumento Suitability Assesment of Materials (SAM) traduzido e validado para o português, que contém itens que contempla a avaliação de objetivos, organização, linguagem, aparência e motivação do produto técnico tecnológico. Na técnica Delphi, obtemos o feedback controlado e o SAM é um questionário que utiliza a escala Likert para avaliar a dificuldade e conveniência dos materiais. A partir desse instrumento é obtido o índice de verificação de consenso (IVC) por cada item o (IVC) global, adotando-se como critério de corte para o quesito conteúdo e aparência o percentual de pelo menos 80% de consenso em formato de escala tipo likert. Assim é possível obter o consenso sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases, rodadas ou ciclos (CASTRO E REZENDE, 2009).

### **3.7 Aspectos éticos e legais:**

No que se refere aos aspectos éticos e legais foi realizado o encaminhamento do projeto de estudo ao CEP tendo como instituição proponente o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, através do site Plataforma Brasil e também foi encaminhado à secretaria de saúde do Município de Uberaba e às unidades participantes uma carta de apresentação, com descrição dos objetivos do estudo e solicitação de autorização. O presente trabalho teve sua aprovação pelo Comitê de Ética, conforme parecer consubstanciado do CEP número 5.943.977. Foram respeitados todos os aspectos da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

A participação dos sujeitos foi voluntária e não envolveu custos ou compensações financeiras. As identidades não foram reveladas e as respostas foram tratadas de forma confidencial. Os participantes receberam orientação a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da assinatura. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, com possibilidade de divulgação dos resultados em eventos e/ou revistas científicas, mesmo assim garantido o anonimato dos participantes.

Os benefícios relacionados à participação dos sujeitos serão de promover conhecimento científico para na área de Saúde do Homem e APS. Os riscos oferecidos referem-se apenas à disponibilidade, ao tempo dispensado à realização da pesquisa.

## CAPÍTULO 4 – Categorização, resultados e discussão dos dados.

### 4.1 Caracterização dos participantes:

**Quadro 1 - A caracterização dos participantes deste estudo pode ser visualizada nos quadros a seguir, que contemplam os dados gerais dos sujeitos entrevistados.**

*Sujeito	Sexo	Idade	Raça	Tempo de formação Profissional na função do cargo	Tempo de trabalho na APS na função	Tempo de trabalho na unidade
ENF1	F	40 anos	Branca	16 anos	16 anos	16 anos
ENF2	M	49 anos	Preta	24 anos	05 anos	01 ano
ENF3	F	47 anos	Branca	18 anos	06 anos	06 anos
MED1	M	35 anos	Branca	04 anos	3 anos	03 anos
MED2	M	70 anos	Branca	49 anos	20 anos	20 anos
DENT1	F	66 anos	Branca	32 anos	32 anos	18 anos
DENT2	F	31 anos	Preta	07 anos	07 anos	07 anos
TEC1	F	59 anos	Branca	18 anos	06 anos	06 anos
TEC2	F	42 anos	Preta	19 anos	06 anos	06 anos
ASB 1	F	44 anos	Parda	06 anos	06 anos	06 anos
ASB 2	F	31 anos	Parda	10 anos	06 anos	06 anos
ACS1	F	34 anos	Parda	n/a	11 anos	11 anos
ACS2	F	57 anos	Branca	n/a	08 anos	08 anos
ACS3	F	38 anos	Branca	n/a	12 anos	12 anos

<b>ACS4</b>	F	46 anos	Parda	n/a	23 anos	23 anos
<b>ACS 5</b>	F	41 anos	Preta	n/a	06 anos	06 anos
<b>ACS 6</b>	F	67 anos	Branca	n/a	18 anos	06 anos
<b>ACS 7</b>	F	39 anos	Parda	n/a	08 anos	08 anos
<b>ACS 8</b>	F	38 anos	Preta	n/a	11 anos	11 anos
<b>ACS 9</b>	F	38 anos	Branca	n/d	12 anos	12 anos
<b>ACS 10</b>	F	29 anos	Preta	n/d	05 anos	05 anos
<b>ACS 11</b>	M	30 anos	Preto	n/d	02 anos	02 anos
<b>ACS 12</b>	F	54 anos	Branca	n/d	16 anos	16 anos

\*Foram utilizados codinomes de acordo com o cargo desempenhado a fim de não revelar a identidade dos sujeitos participantes, porém identificando a função exercida na unidade. ENF para Enfermeiros, MED para médicos, DENT para dentistas, TEC para técnicos de enfermagem, ASB para auxiliares de saúde bucal e ACS para agente comunitário de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A caracterização dos dados fornecidos pelo quadro acima descreve os profissionais de saúde participantes do estudo, cada um com informações específicas sobre sexo, idade, cor, tempo de formação profissional, tempo de trabalho na atenção básica e tempo de trabalho na unidade atual.

Esses dados fornecem uma visão abrangente da demografia e experiência profissional dos profissionais. A análise pode ser utilizada para identificar diferenças e semelhanças entre eles, como por exemplo, a discrepância no tempo de formação, na experiência na atenção básica e no tempo de trabalho nesta unidade específica. Essas informações podem ser valiosas para entender a diversidade e a expertise presente na equipe de saúde, possibilitando a tomada de decisões mais informadas no contexto da APS.

Primeiramente optou-se por analisar os dados dos profissionais com nível superior para posteriormente analisar os de nível técnico e por fim os ACSs.

Analisando as informações sobre profissionais de saúde de diferentes áreas de nível superior, incluindo enfermagem, medicina e odontologia, podemos observar que há uma diversidade étnica nos profissionais apresentados, incluindo pessoas brancas e pretas, a equipe é composta por ambos os sexos, com uma distribuição relativamente equilibrada entre homens e mulheres. Os profissionais têm uma ampla gama de experiência profissional, com tempos de formação variados e a maioria dos profissionais tem uma quantidade significativa de tempo dedicado à atenção básica, indicando uma sólida experiência na área. Esse tempo de trabalho

na APS nesta unidade, como já dito, apresenta variações consideráveis, destacando-se profissionais com longa experiência (como DENT 01 e MED 02) e outros com menos tempo de atuação na área (como ENF 02).

A idade dos profissionais é variada, o que pode influenciar a perspectiva, experiência e abordagem no ambiente de trabalho. Essa diversidade de idade, formação e tempo de trabalho reflete uma equipe multidisciplinar na atenção básica, com profissionais que contribuem de maneiras diversas para a saúde da comunidade atendida. O comprometimento de alguns profissionais por longos períodos destaca a importância da continuidade e experiência na prestação de serviços de saúde. Estes dados confirmam que a maior parte dos profissionais entrevistados tem experiência na ESF, um aspecto que seria crucial para a efetivação da PNAISH, dado que se antecipa que a relação entre os profissionais e a comunidade já esteja estabelecida, em virtude do período de convivência existente entre os profissionais e os usuários.

Em relação aos dados obtidos que se referem a quatro profissionais na área da saúde de nível técnico, especificamente duas técnicas de enfermagem (TEC 01 e TEC 02) e duas auxiliares de saúde bucal (ASB 01 e ASB 02). Aqui estão algumas observações e considerações com base nos dados apresentados:

Há diversidade étnica entre os profissionais, com representantes de diferentes etnias (branca, preta e parda), a faixa etária dos profissionais varia, abrangendo idades de 31 a 59 anos. A diversidade de idades pode contribuir para uma equipe com diferentes perspectivas e experiências.

O tempo de formação profissional varia entre 6 e 19 anos, indicando diferentes trajetórias educacionais e níveis de especialização. Todos os profissionais têm o mesmo tempo de serviço na atenção básica (6 anos), demonstrando uma certa estabilidade e experiência no contexto da atenção primária à saúde. Sendo assim, o tempo de trabalho específico nesta unidade é consistente em todos os casos (6 anos), o que pode indicar uma equipe consolidada. Todas as 04 profissionais são do sexo feminino, refletindo uma tendência comum em algumas áreas da saúde, onde as mulheres são historicamente maioria.

A predominância feminina em profissões de saúde é um fenômeno observado em muitos países e tem sido objeto de estudo e discussão na literatura acadêmica. A inserção majoritária de mulheres nessas carreiras pode ser atribuída a uma variedade de fatores. O Brasil segue o padrão mundial. Estimativas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com base em dados do IBGE, indicam que mulheres representam 65% dos

mais de seis milhões de profissionais atuantes no setor público e privado de saúde, em todos os níveis de complexidade da assistência. Em algumas carreiras, como Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social, elas ultrapassam 90% dos profissionais e em outras, como Enfermagem e Psicologia, representam mais de 80%. As mulheres são maioria nas profissões/ocupações diretamente vinculadas ao cuidado dos indivíduos, atuando como enfermeiras, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem e, ainda, como agentes comunitárias (CONASEMS, 2020).

Essa situação coloca em questão o que aponta Figueiredo (2005), este expõe as barreiras enfrentadas pelos homens para acessar serviços, que não se limitam apenas às noções do que seria próprio de seu comportamento, mas também incluem circunstâncias que levam a uma sensação de não pertencimento àquele espaço. Isso envolve dificuldades no atendimento, pela percepção das Unidades Básicas de Saúde como ambientes predominantemente femininos, frequentados em sua maioria por mulheres e com equipes profissionais compostas majoritariamente por mulheres.

Melhorar essa situação não implica unicamente na alteração das proporções de empregados homens e mulheres nestes serviços, ou sequer na formação de serviços de saúde exclusivos para homens. Certamente, a inclusão de mais profissionais de saúde masculinos, especialmente na equipe de enfermagem, ajudaria a aumentar a sensação de inclusão dos homens nas unidades de saúde. No entanto, é mais crucial do que simplesmente contar com homens na equipe de atendimento, que haja uma transformação na abordagem prática de todos os profissionais, independentemente de serem homens ou mulheres. É essencial que os profissionais de saúde desenvolvam uma maior percepção sobre como as noções de gênero interagem com as necessidades apresentadas pelos homens ao utilizarem o serviço (FIGUEIREDO, 2005).

Quando os dados se referem aos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em uma unidade de atenção básica, podemos analisar alguns padrões:

Há uma predominância também de profissionais do sexo feminino, com apenas um profissional do sexo masculino (ACS 11). A faixa etária varia, sendo a mais jovem com 29 anos (ACS 10) e a mais idosa com 67 anos (ACS 06). A maioria está na faixa dos 30 aos 50 anos. A diversidade étnica está presente, com profissionais identificados como pardos, brancos e pretos. Esta diversidade étnica é positiva para a representatividade e adequação cultural na prestação de serviços de saúde.

O tempo de trabalho na atenção básica varia de 2 a 23 anos, com a maioria dos profissionais tendo uma experiência significativa (mais de 5 anos). O tempo de trabalho nesta unidade também é variado, indo de 2 a 23 anos. Alguns profissionais têm experiência considerável nesta unidade. Realizando uma observação específica para o Profissional ACS 11 (sexo masculino), este é o único do sexo masculino na lista, e seu tempo de trabalho na atenção básica e nesta unidade é menor em comparação com a média.

Em relação à capacitação dos agentes comunitários, exceto por uma agente comunitária, as demais relataram no momento da entrevista terem realizado um curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde (IACS). O curso foi sendo ofertado aos poucos aos profissionais pela unidade a partir da contratação dos mesmos.

De acordo com a Lei nº 11.350, que regulamentou as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, esta, colocou como obrigatória a realização do curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) com carga mínima de 40h. Este curso tem como objetivo fornecer ao aluno os conhecimentos e habilidades necessárias para desempenhar sua função com eficiência e segurança. (BRASIL, 2006)

**Quadro 2** - O quadro 2, contempla os profissionais de saúde da unidade e os cursos de pós-graduação que os mesmos possuem:

Sujeito	Possui curso de especialização/ Pós-graduação (sim/não)	Curso de especialização/ Pós-graduação 1	Curso de especialização/ Pós-graduação 2	Curso de especialização/ Pós-graduação 3
ENF1	Sim	Saúde da família	Enfermagem do trabalho	Não possui
ENF2	Sim	Saúde da família	Unidade de terapia intensiva	Não possui
ENF3	Sim	Saúde da família	Não possui	Não possui
MED1	Não	Não possui	Não possui	Não possui
MED2	Sim	Residência médica em ginecologia e obstetrícia	Não possui	Não possui
DENT	Sim	Saúde da família	Administração pública	Não possui
DENT	Sim	Saúde Pública	Mestrado em Atenção à Saúde	Doutorado em Atenção à Saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A análise dos dados obtidos nos mostra informações sobre a especialização dos profissionais nas áreas de Enfermagem (ENF), Medicina (MED) e Odontologia (DENT).

Com base nessas informações, podemos observar que os profissionais possuem algumas formações diversificadas e que alguns optaram por especializações em áreas específicas, como Estratégia da Saúde da Família, Enfermagem do Trabalho, Unidade de Terapia Intensiva, Ginecologia e Obstetrícia, Administração Pública, Saúde Pública, Mestrado em Atenção à Saúde e Doutorado em Atenção à Saúde. Essa variedade de especializações sugere uma abordagem multidisciplinar na equipe de saúde, o que pode ser benéfico para oferecer uma gama mais ampla de serviços e cuidados aos pacientes.

É interessante salientar que 05 dos 07 profissionais de nível superior da unidade entrevistados possuem especialização em saúde pública ou estratégia da saúde da família. Essa formação específica além de ser indicativo que os profissionais em questão estão procurando se capacitar mais na área que atuam, esta proporciona conhecimentos e habilidades essenciais para lidar com os desafios complexos e as demandas diversificadas do sistema de saúde, especialmente no contexto da APS.

Ainda no que tange à pós-graduação, apenas um profissional relatou não possuir nenhum curso de especialização e somente uma também possui pós-graduação do tipo *stricto-sensu*, já que concluiu os cursos de mestrado e doutorado.

Convém relatar que os técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal participantes da pesquisa relataram não possuírem nenhum tipo de especialização ao serem perguntados a respeito.

Neste momento da pesquisa, serão apresentados os resultados da presente pesquisa, compreendendo a descrição e discussão de duas categorias, elaboradas mediante a análise temática dos dados oriundos das entrevistas realizadas com os profissionais no campo prático. Por meio das respostas recebidas na entrevista e transcritas, foi possível identificar nas declarações dos participantes as expressões mais relevantes. Isso viabilizou a formulação dessas categorias temáticas, as quais foram estruturadas e estão detalhadas.

Em cada categoria são apresentadas as descrições que melhor representam o conteúdo abordado e as falas dos profissionais de saúde, seguidas de uma análise da autora à luz do referencial teórico obtido sobre a temática.

Segue abaixo, a estruturação das categorias que deram suporte para análise.

#### **4.2 Categoria 1: Familiaridade das Equipes de Saúde da Família com os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Homem: Desafios e Perspectivas**

Esta primeira categoria discute a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na unidade de atenção básica caso do estudo, abordando os desafios enfrentados e as perspectivas para a efetivação dessa política.

Com o objetivo de se aproximar ainda mais da realidade experimentada pelos participantes do estudo no campo de pesquisa, este momento da análise prioriza esclarecer a interface existente entre a política elaborada pelo governo e a realidade estudada, realizando um aprofundamento da discussão com literatura sobre o assunto.

Primeiramente contextualizando um pouco mais sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), vamos lembrar que ela foi implementada em 2009, visando promover ações preventivas e de promoção da saúde específicas para a população masculina. Contudo, a efetivação dessa política nas unidades de atenção básica pode ser um desafio que demanda atenção e análise crítica, já que entre a instituição de uma política de saúde e a realização dos princípios dessa política no cotidiano das ações de saúde é possível haver lacunas, distanciamentos e até mesmo contradições.

A PNAISH surgiu da necessidade de superar estereótipos de gênero na atenção à saúde, reconhecendo as particularidades das demandas masculinas. Ela propõe ações voltadas para a prevenção de doenças, promoção da saúde e atenção a problemas específicos, como as doenças cardiovasculares e a prevenção do câncer de próstata (BRASIL, 2009).

A PNAISH foi elaborada em conjunto com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fundamentada em consensos construídos por meio de uma discussão que envolveu não apenas o Ministério da Saúde, mas também organizações da sociedade (associações médicas e movimentos sociais organizados), pesquisadores, universitários e representantes de conselhos de saúde. Essa colaboração buscou fortalecer as ações e serviços nas redes de cuidado, com foco em iniciativas de saúde que desempenhem um papel significativo na compreensão da singularidade da realidade masculina (OLIVEIRA ET AL, 2015).

As políticas de saúde são desenvolvidas para reconhecer e atender às necessidades de determinados grupos, visando tanto corrigir desigualdades quanto destacar fragilidades e vulnerabilidades. Portanto, é necessário que as estratégias de gestão e a estrutura do sistema de

saúde sejam ajustadas para garantir sua eficácia. Assim sendo, a PNAISH foi criada com o objetivo de reestruturar o sistema de saúde de modo a atender adequadamente às necessidades específicas dos homens, surgindo para auxiliar para uma reorientação do sistema para melhor acolher as demandas dos homens (DA SILVA ET AL, 2023).

A Proposta da PNAISH ainda pode ser compreendida como uma estratégia que busca aproximar o público masculino e envolvê-lo nos cuidados preventivos de saúde. No entanto, é importante destacar os desafios enfrentados pelos profissionais que atuam na APS para efetivar a implementação da política. Diversos fatores impactam a execução da PNAISH, incluindo o planejamento na gestão em nível macro e a transposição para a operacionalização das atividades de assistência na gestão em nível micro, o que pode apresentar obstáculos para a prática profissional. Além disso, foi identificado um cenário desfavorável no Brasil em relação aos avanços na implementação da política, abrangendo questões de gênero que influenciam a interação dos homens com os serviços de saúde (SOUSA, 2021).

Em um outro artigo, este de revisão integrativa da literatura, que foram identificados os desafios da implementação da PNAISH em Mato Grosso, analisaram publicações entre 2012 e dezembro de 2020. Este coloca que desafios da implementação da política estão relacionados à: entraves na consolidação da política, aspectos culturais gênero/masculinidade, estrutura organizacional e física, educação continuada e capacitação para os profissionais de saúde, o horário de funcionamento das unidades e poucas ações educativas direcionadas para essa população (ASSUNÇÃO ET AL, 2022).

Na unidade de atenção básica caso do estudo, foram verificados o desconhecimento e a falta de familiaridade dos profissionais da ESF com a PNAISH, o que pode representar aí o maior e mais significativo desafio para a efetiva implementação da política nesta unidade no caso. Como questão primordial dessa categoria colocamos em questão: como analisar o conhecimento e implementação da Política se os profissionais não a conhecem? Nesta perspectiva, os trechos de entrevistas ao serem questionados sobre a PNAISH abaixo ilustram bem essa situação:

“Nunca ouvi falar sobre essa Política Nacional do homem” (ACS8)

“Eu já ouvi falar, mas nunca li.” (DENT1)

“Assim, eu já ouvi falar, mas eu não tenho o que falar não” (ACS3)

“É bom pegar um material para ler, mas nunca li, já ouvi falar sobre, mas não o seu conteúdo” (MED1)

“Eu nunca ouvi falar” (ASB1)

“Eu não tive contato” (ENF1)

“Eu nunca ouvi falar, já ouvi sobre o da mulher” (ACS2)

“Eu não tenho tanto contato, acho que aqui tem aplicabilidade no novembro. É bem pontual, nós fazemos algumas palestras. Não lembro agora os temas (...)” (ENF2)

Como podemos analisar, na maioria dos relatos, os profissionais não conseguiram relatar como compreendiam a aplicação da Política na sua prática, já que não a conheciam ou tinham somente ouvido falar da mesma e não sabiam sobre seu conteúdo de fato. Os participantes da pesquisa não conseguiam falar sobre sua aplicabilidade pois não tinham nenhuma familiaridade com a mesma. Profissionais com anos de experiência na atenção básica e nitidamente não tinham ideia do que a mesma abrangia e suas possíveis aplicações na prática profissional na unidade.

Resultado similar foi encontrado em outras pesquisas. Os autores Scussel e Machado (2017), em uma revisão integrativa sobre a PNAISH em relação ao conhecimento dos profissionais acerca da mesma e seu envolvimento com as ações relativas a implementação da Política, também se identificaram-se grandes fragilidades. As pesquisas discutidas pela revisão constataram que a maioria dos profissionais possuíam conhecimento mínimo e superficial acerca da política.

Entre os fundamentos e orientações definidos pela PNAISH desde seu estabelecimento em 2008, sobressaem-se a instalação e aplicação de protocolos clínicos e terapêuticos alinhados às diretrizes regionais e nacionais; aperfeiçoamento das equipes para a realização das atividades sugeridas na política; e a incorporação de assuntos relativos ao cuidado integral da saúde masculina na formação contínua dos profissionais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009). Contudo, foi verificado que essas medidas na unidade caso, ainda não são efetivamente implementadas.

Nas entrevistas não foram citadas a utilização de protocolos clínicos e terapêuticos específicos e nem aperfeiçoamentos realizados na unidade relacionados à temática.

Convém explicitar que políticas municipais e protocolos são documentos que são elaborados com a finalidade de apoiar a rede municipal de saúde, no caso na implantação da PMAISH, podem ser produto de minucioso processo de análises e discussões, buscando espelhar os desafios a serem enfrentados para a consolidação da atenção em saúde com qualidade para os homens (SMSSP, 2017).

Utilizando como referência o documento da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do homem: Estratégias gerais para implantação da PMAISH no Município de São Paulo, podemos discutir sobre possíveis vantagens da utilização desses tipos de documentos norteadores para uma melhor implantação e efetivação da política. No caso, é um documento que é fundamentado na ideia de que a realidade diária é o critério fundamental. Ao discutir as questões sob o enfoque da PNAISH e suas diretrizes principais, que incluem o reconhecimento da diversidade, a sensibilização e formação das equipes de saúde, a inclusão de homens nos programas de saúde, o suporte a iniciativas e atividades de promoção da saúde, a integração entre diferentes níveis de atendimento e as campanhas de informação, busca-se ser um estímulo para a reflexão acerca das estratégias locais voltadas à melhoria da saúde e do bem-estar masculinos, focando nas necessidades específicas da região. Portanto, é tirar o conceito de direito à saúde do plano teórico e aplicá-lo de forma prática e efetiva no contexto do dia a dia (SMSSP, 2017).

Esse documento ainda coloca, que para uma efetiva implantação da PMAISH é importante se considerar duas dimensões passíveis de intervenção: de um lado, aspectos mais próximos dos níveis de administração, como Planejamento e Gestão, exigindo a implementação de ações coerentes e sustentáveis, baseadas nas necessidades locais e na definição de objetivos específicos. Estas ações devem focar em uma abordagem integral de cuidado, ao invés de apenas tratar problemas isolados. Neste contexto, é necessário estar aberto para discutir estratégias que favoreçam a aproximação dos homens com as equipes de saúde, levando em conta as características regionais. Por outro lado, é importante considerar aspectos ligados à organização dos processos de trabalho e aos profissionais envolvidos nos serviços de saúde, promovendo a integração de diferentes conhecimentos no processo de cuidado. Uma outra questão também de relevância consiste em fortalecer a capacidade do homem para o autocuidado, fator fundamental para escolhas responsáveis e melhoria da qualidade de vida. (SMSSP, 2017)

Através dos relatos durante as outras perguntas do roteiro de entrevista, foi possível verificar que os profissionais na prática incorporam atividades relativas ao cuidado ao homem, porém não fizeram a correlação com a PNAISH pois a desconhecem.

Foram citadas muitas vezes, atividades educativas e majoritariamente referentes ao novembro azul na unidade conforme evidenciado nos depoimentos subsequentes:

(...) a campanha é voltada para a saúde do homem, mas geralmente, o que tem na cabeça das pessoas? A próstata, né? Aí eles vêm aqui unicamente com esse intuito. Mas a gente aproveita, para ver outras demandas também. ” (MED1)

Um dos entrevistados apontou que na unidade são realizadas atividades educativas com os usuários, porém não foram especificados temas e como estas funcionam, pois, as mesmas eram realizadas pelos residentes da instituição:

“(...) para os homens nós temos as consultas, para atividades educativas nós temos aqui o pessoal da residência do idoso e da saúde do adulto, são as atividades educativas são desempenhadas pelos alunos da UFTM, mas desconheço os detalhes (...)” (ENF2)

“Atividade, a gente faz palestra voltada para a conscientização, né? Prevenção tem! Atendimento individualizado, orientação com teste rápido, tem programa de HIPERDIA, tem acompanhamento domiciliar. Tem um mês voltado que é o novembro azul. É isso que a gente faz! ” (ENF3).

Podemos discutir possíveis fatores que podem contribuir para essa situação:

A formação profissional dos integrantes da ESF pode não abranger de maneira adequada o conteúdo específico da PNAISH, o que resulta na falta de conhecimento sobre esse assunto. Sendo crucial discutir o porquê das equipes de saúde não estão devidamente informadas sobre os princípios e diretrizes da PNAISH. No caso, a questão da falta de capacitação específica e a predominância do modelo tradicional de atendimento podem influenciar negativamente. Podemos exemplificar com a fala:

“(...) da parte da enfermagem tem que orientar eles, marcar as consultas, mostrar para eles a necessidade de fazerem o exame, fazer o controle direitinho. ” (TEC1)

A entrevistada referiu que o papel da enfermagem, no seu caso como técnica de enfermagem era o de marcação de consulta e a orientação quanto ao exame de próstata. Ela como muitos outros participantes, durante a entrevista, associou a saúde do homem a questão da prevenção ao câncer de próstata somente.

Foram evidenciadas falas que indicam distanciamento e desconforto dos profissionais ao discutir assuntos com os quais não têm familiaridade ou experiência regular. Isso mostra que a abordagem em relação à saúde masculina muitas vezes é ocasional e limitada a campanha específica. Observou-se uma perspectiva limitada por parte dos profissionais acerca dos conceitos relacionados à saúde do homem.

Nessa perspectiva limitada foram obtidos diversos relatos sobre a Prevenção do Câncer de Próstata, a Abordagem sobre a importância do exame de PSA (Antígeno Prostático

Específico) e do toque retal na detecção precoce do câncer de próstata. Assunto integrante do eixo de Doenças prevalentes na população masculina, porém foi nítido a carência de mais relatos que abrangessem os outros eixos. Demonstrando mais uma vez a falta de conhecimento sobre o que é abordado na PNAISH.

Como podemos observar, as equipes de Saúde da Família da unidade não estão adequadamente informadas sobre os fundamentos da PNAISH e a falta de capacitação e treinamento específico contribui, assim, para o desconhecimento das diretrizes da mesma.

Essa questão pode gerar um impacto na prevenção e promoção da Saúde dessa clientela, já que essa ausência de familiaridade com a PNAISH resulta muitas vezes em uma abordagem genérica na prestação de cuidados de saúde, negligenciando as necessidades específicas dos homens.

É essencial refletir que a noção de saúde masculina não deve ser restrita apenas a aspectos particulares como os órgãos reprodutores, mas também deve abranger o contexto socioeconômico onde o indivíduo se encontra. Além disso, é crucial integrar essa abordagem aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando alterar a abordagem convencional que se baseia principalmente em elementos biológicos (SCHMITH, 2007).

Para superar esses desafios, é fundamental investir em programas de capacitação e educação continuada, garantindo que os profissionais da ESF estejam atualizados sobre as políticas de saúde vigentes, incluindo a PNAISH. Além disso, é crucial promover uma cultura organizacional que valorize a atenção integral à saúde do homem, reconhecendo a importância dessa abordagem para a promoção da saúde da população masculina. A conscientização e o engajamento dos profissionais são passos essenciais para assegurar uma implementação efetiva da PNAISH e melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos homens atendidos na unidade.

É fundamental aprimorar os serviços de atenção básica e a formação dos profissionais de saúde. Essa necessidade é reconhecida e delineada conforme os princípios e diretrizes da PNAISH, que são apresentados como “Princípio 5 – Capacitação Técnica dos profissionais de saúde no cuidado ao homem; Diretriz: Incorporar na Educação Continuada dos funcionários do SUS assuntos relacionados à Atenção Integral à Saúde do Homem” (BRASIL, 2009).

Sendo assim, a educação contínua em saúde é um aspecto essencial para o desenvolvimento dos cenários de prática assistencial. Fundamenta-se no aprendizado no ambiente de trabalho, considerando as experiências e conhecimentos prévios dos profissionais, bem como as demandas de saúde da população, visando contribuir para a transformação e

aprimoramento das práticas profissionais, resultando em aprimoramento da qualidade e eficácia da assistência (SOUZA ET AL, 2014).

Para qualificar o profissional, torna-se essencial associar alterações no âmbito gerencial, organizacional e estrutural, destacando o envolvimento de diversos setores da sociedade, e conseqüentemente integrar tecnologia, recepção, comunicação eficaz e melhores condições de trabalho. Apoiando essa ideia, ressalta-se a necessidade de engajamento das entidades administrativas da saúde para efetivar a divulgação da PNAISH. Além disso, é crucial a capacitação dos profissionais para atender adequadamente os homens impactados por essa divulgação, para evitar que a política seja desvalorizada pela população masculina devido à falta de preparo dos profissionais em satisfazer suas necessidades específicas (SOUZA ET AL, 2014).

Outro aspecto a ser pensado é a possível falta de ênfase dada à saúde masculina nos currículos acadêmicos na formação dos profissionais de saúde. Se a PNAISH não for adequadamente incorporada nas práticas educacionais, os profissionais já formados podem não perceber a importância da atenção integral à saúde do homem e, conseqüentemente, não se familiarizarem com as estratégias propostas pela política desde a formação profissional. Logo, é essencial que tanto os serviços integrantes da rede de atenção à saúde quanto às instituições de formação se dediquem à sua implementação (SCUSSEL E MACHADO, 2017)

Em um artigo de relato de experiência de acadêmicos de enfermagem, podemos verificar um exemplo de prática exitosa quanto a mobilização e engajamento da comunidade acadêmica sobre as especificidades da Saúde do Homem. Considerando que são necessárias estratégias para a abordagem do público masculino, contextualizadas às demandas atuais e que contemplem a formação de profissionais críticos, generalistas, para que saibam lidar com suas especificidades, a participação dos discentes na organização de uma Jornada de Saúde do Homem possibilitou o desenvolvimento discussões e reflexões no âmbito da Saúde do Homem, na Universidade e no Município do estudo, que inclusive foi Uberaba, cenário desse presente estudo (GOMES E ET AL, 2019).

Atividades como no caso dessa jornada, possibilitam a formação de futuros profissionais com capacidade de ter uma visão mais ampla da realidade da sua comunidade e desenvolver habilidades, como a criatividade e senso crítico em práticas de educação em saúde. Através de ações como esta, os acadêmicos da área da saúde, formam e fortalecem os ideais de

prevenção de agravos e promoção da saúde para essa clientela em específico (GOMES E ET AL, 2019).

Segundo Martins e Malamut (2013), a avaliação dos discursos integrantes da PNAISH revela a complexidade inerente ao seu processo de implementação no Brasil, bem como a importância de uma análise contínua de seus fundamentos éticos e políticos. Isso pode levar a revisões necessárias para assegurar a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, é essencial sempre que se criem novas pesquisas focadas nos documentos e no contexto da PNAISH, empregando perspectivas variadas e inovadoras. Essa abordagem visa fornecer elementos para uma reavaliação, reinterpretação e transformação desta política pública, contribuindo para a realização dos objetivos do SUS e para o bem-estar dos homens.

Assim, a elaboração, a aplicação e a realização das políticas de saúde enfrentam obstáculos e circunstâncias que exigem práticas de supervisão, controle e análise, as quais possibilitam correções nas ações implementadas e, principalmente, permitem adaptar-se às mudanças contínuas e fundamentais do processo. As políticas de saúde devem atuar como instrumentos de mudança, integrando diferentes segmentos da sociedade para alcançar práticas que atendam às expectativas da comunidade (MARTINS E MALAMUT, 2013; ARAÚJO E ET AL, 2014)

Apesar, como já discutido, dos profissionais denotarem pouca intimidade com a composição da PNAISH, todos conceituaram e exemplificaram situações e características peculiares da saúde masculina obtidas pelas próprias vivências e observações. Discutiremos esses pontos na próxima categoria a seguir.

### **4.3 Categoria 2: Estratégias, Desafios e Qualidade do Cuidado à Saúde do Homem na unidade de saúde.**

Nessa categoria será realizada uma discussão sobre as percepções e a atuação dos profissionais de saúde acerca da assistência prestada aos homens na unidade de saúde. Esta abrange diversas dimensões importantes, como as especificidades de gênero na saúde, as barreiras no acesso e na adesão aos tratamentos.

Primeiramente existiu um consenso entre os profissionais sobre a necessidade de enfatizar a educação para a saúde e a prevenção de doenças. A questão do papel preventivo da estratégia da saúde da família veio à tona em diversos momentos de fala. A orientação e a conscientização foram vistas como ferramentas chave para encorajar os homens a adotarem

práticas de autocuidado e a realizarem check-ups regulares, contribuindo para a detecção precoce de doenças e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

“Eu acho que atuamos na orientação e na prevenção. Porque nós devemos fazer muita orientação, principalmente quando é na época (novembro azul). A gente fala da importância de se cuidar e do autocuidado.” (ACS4)

“(...) olha, nós sempre damos as orientações, né? Para eles estarem fazendo uns exames de rotina e procurarem acompanhamento.” (ACS08)

“O meu papel acho que é orientar o paciente a estar cuidando da sua saúde, não só o cuidado odontológico. Estar sempre marcando uma consulta médica quando chega o próximo de novembro e não só no novembro, né? Estar sempre fazendo prevenção. E quanto ao preventivo do exame de próstata, né? Para não ter preconceito. É a importância de estar se prevenindo, né? E ir no médico, não só quando está com algum sintoma e também para fazer exames de rotina e quanto ao dentista da mesma forma.” (DENT1)

Os profissionais destacaram um padrão comum entre os homens: a tendência de buscar ajuda médica apenas em situações extremas, quando a dor ou os sintomas de doenças crônicas se tornam insuportáveis. Esse comportamento sugere uma percepção de invulnerabilidade ou uma relutância em admitir fragilidades, aspectos frequentemente reforçados por normas de masculinidade que desencorajam a expressão de vulnerabilidade. Seguem alguns dos relatos abordando esse padrão:

“Eles procuram aqui quando estão com uma dor de cabeça muito forte, coisas que estão bem no limite mesmo. Estão no limite mesmo e não estão aguentando! A glicemia está alta, já virou hipertenso ou já virou um diabético e está descontrolado.” (ACS04)

“Nós vemos os homens procurando aqui quando já estão com alguma coisa estabelecida. A prevenção é uma coisa que não está muito presente na prática deles ainda... Problemas relacionados ao trabalho ou osteomusculares. Eles vêm também já com uma pressão alta, que já está estabelecida ou um diabetes, né? E ainda tem à procura sobre a prevenção do câncer de próstata. É, é assim, tem, mas a gente percebe que ainda falta muita gente para ser conscientizado sobre a importância, né?” (ENF01)

“Geralmente, eles vêm na unidade quando a pressão já está muito alta, e eles estão passando mal. Vão na UPA e chega lá, descobre a pressão alta ou diabetes, né? Aí eles vêm e nos procuram” (TEC2)

“Difícilmente os homens vêm para fazer alguma coisa preventiva que a gente chama. A maioria vem porque necessita mesmo, está com dor. Esta é a queixa principal.” (ACS12)

“Os homens veem aqui na maioria das vezes por dor. Prevenção, quase nenhuma. ”  
(ACS12)

Embora a questão do câncer de próstata tenha sido uma preocupação significativa que foi levantada pelos profissionais além de ter sido apontada como um dos poucos motivos que levam os homens a procurarem check-ups regulares, alguns profissionais de saúde enfatizaram a necessidade de uma abordagem mais holística. Eles apontaram a importância de abordar outras condições igualmente relevantes, como hipertensão, diabetes e doenças osteomusculares, além de promover a vacinação e outros aspectos da saúde preventiva.

“Nós sempre orientamos na visita à questão da vacinação e cada mês surge alguma coisa diferente e a gente sempre faz orientação no tema que está em alta. As vezes está tendo foco de dengue, aí a gente vai orientar sobre aquela questão, mas aí é orientado para homem ou para mulher, no caso quem atender a gente. ” (ACS10)

“A gente tem um papel muito educativo e de conscientização, né? Para que os homens também cuidem de sua saúde, né? Em todos os sentidos, não só na questão do câncer de próstata, que é o que eles mais procuram, né? Quando chega a idade. Mas também sobre a hipertensão, diabetes, vacinação, né? Basicamente é mais isso. ” (ENF1)

“Meu papel é de orientação, né? Ensinar como se faz uma higienização, escovação passando fio dental. Orientar também quanto ao fumo, bebidas e que o elas podem causar.”  
(ASB1)

Um dos assuntos mais levantados durante as entrevistas foi a campanha do novembro azul, todos os participantes a citaram em algum momento da entrevista e vários ficaram limitados a campanha quando perguntados sobre a saúde do homem na unidade, não conseguindo deslumbrar a saúde masculina por outras vertentes e no cotidiano da sua prática profissional.

Como já foi comentado um pouco nas bases teóricas desde estudo, o novembro azul é uma campanha mundial de conscientização sobre o câncer de próstata, voltada principalmente para o público masculino. Originada na Austrália, em 2003, a iniciativa busca desmistificar tabus relacionados à saúde masculina e promover a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de próstata (MODESTO E ET AL, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Apesar de sua nobre intenção, o novembro Azul tem sido alvo de algumas críticas. Argumentando que estas estratégias não abordam de forma completa os desafios da saúde masculina, que demandam uma consideração da integralidade e equidade nos serviços de saúde. Destacando-se a importância de entender os comportamentos e a socialização masculinos, que

frequentemente desencorajam o cuidado com a saúde, a prevenção e a busca por serviços médicos, associando masculinidade a resistência à doença, práticas sexuais de risco, e um papel de provedor que negligencia o autocuidado (MODESTO E ET AL, 2018)

O artigo dos mesmos autores acima, sugere que o cuidado com a saúde dos homens deve incluir intervenções éticas e cientificamente aceitáveis, como o combate ao alcoolismo, tabagismo e a monitorização da pressão arterial, ao invés de focar somente no rastreamento do câncer de próstata. Enfatiza-se a necessidade de adaptar os serviços de saúde às necessidades específicas dessa população, evitando culpabilização e estereótipos, e olhando além das questões exclusivamente relacionadas à próstata (MODESTO E ET AL, 2018).

Portanto, propõe-se uma abordagem mais holística e inclusiva, que considere os aspectos culturais e de gênero na saúde masculina, e que promova uma maior integralidade e continuidade no cuidado, ao contrário de campanhas verticais e reducionistas que falham em atender de forma completa às necessidades dessa população ((MODESTO E ET AL, 2018).

Os comentários abaixo retratam um pouco através da visão dos trabalhadores como funciona a campanha na unidade:

“No novembro nós fazemos ações educativas, salas de espera e palestras. E geralmente, a prefeitura oferece um número de vagas para consulta... É aberto um maior número de vagas para a realização do exame de sangue, o PSA no novembro, não abrange nenhuma outra temática, e é voltado para o câncer de próstata. ” (ENF01)

“Assim, a campanha é voltada para a saúde do homem, mas geralmente, o que tem na cabeça das pessoas? Realmente a questão da próstata, né? Aí eles vêm aqui unicamente com esse intuito. Mas a gente tenta aproveitar, né, para ver outras demandas também. ” (MED01)

“(...) com o novembro azul eles têm um pouco de resistência. E quando tem campanha, a gente até se frustra, porque às vezes falam para a gente... ah, iniciou a campanha, está marcando na recepção. Nós mesmo podemos marcar, e nós podemos levar o agendamento para eles. Mas o ano retrasado foi um dos casos que a gente chegou na recepção e não tinha vaga. O meu pai mesmo, ele sempre faz todos os anos e não tinha vaga para ele. Então assim, quanto a essa ação, eu acho que ela é um pouco desleixada. ” (ACS10).

“No novembro azul, a gente sempre coloca os cartazes aqui na unidade, né, explicando, faz busca ativa nas visitas do agente de saúde, informa que está tendo vagas, mas nos últimos anos deixou a desejar, porque às vezes a gente estava na rua informando que tinha vaga e chegou pacientes aqui que não conseguiram o atendimento. Porque não tinha mais vaga na fila. E

também, é tudo de última hora! Eu acho que ele não é tão planejado como o outubro rosa.” (ACS10).

Alguns dos entrevistados trouxe a questão do tabaco e do alcoolismo como questão relevante quando se tange a saúde do homem presentes nos seguintes comentários:

“(…) Aqui não tem grupo de alcoolismo, mas tem o grupo de tabagismo e tem muito fumante. A gente orienta, orienta a vir aqui na psicóloga e também a ir no médico. Passam nas consultas e o médico prescreve medicação que pega aqui na farmácia”. (ACS04)

“Tem situações de alcoolismo. Na minha micro área tem os alcoólicos anônimos, mas raramente parece alguém pedindo ajuda. Quando aparece algum paciente pedindo ajuda para parar de beber é feito a triagem para que eles sejam encaminhados, não só para esse grupo que tem a igreja da nossa senhora da alegria, mas também para procurar o CAPS, para poder ter um acompanhamento frequente.” (ACS10)

“Aqui tem grupo de tabagismo. E nós que chamamos para poder participar toda quarta-feira aqui na unidade. Eles participam com a psicóloga, primeiramente para ver o motivo da procura, aí ela orienta e depois passa pelo médico da equipe, só que dá última vez estava faltando o medicamento e o adesivo aí o grupo deu uma pausa. Nós falamos que a psicóloga está disponível para ajudar, só que muitos desistiram, porque para eles o benefício é a medicação. Agora está voltando ao normal.” (ACS10)

A saúde do homem, frequentemente negligenciada até que problemas graves de saúde se manifestem, é uma questão complexa que abrange múltiplas dimensões, incluindo aspectos culturais, sociais e de gênero. Os comentários dos profissionais de saúde ilustram alguns dos principais desafios enfrentados na promoção da saúde masculina nas unidades de saúde.

Vamos discutir os temas centrais emergentes destas observações:

A resistência da população masculina em procurar atendimento e ações preventivas na unidade de saúde foi apontada como um desafio persistente pelos profissionais de saúde, assunto já evidenciado nas bases teóricas desde estudo. Foram obtidos relatos que muitos homens ainda mostram resistência em adotar práticas de cuidado preventivo e procurar consultas regulares.

Podemos explicar com as seguintes falas:

(…) quando é novembro azul, é que a gente vai falar um pouco sobre o câncer de próstata, ainda tem uma certa Barreira sobre isso, muitos não gostam nem que falem. Não, não, não gosto nem desse assunto. (ACS4)

“(…)tem o novembro azul, só que a demanda é muito inferior do que é no outubro rosa, as mulheres procuram mais do que os homens, então tem uma certa resistência com eles. ” (ACS10)

“(…) então todo o ano, aqueles que procuram participar do novembro azul são os mesmos pacientes que a gente já sabe que sempre vai, aqueles que se preocupam, porque tem outros que já sabe que tem essa resistência. ” (ACS10)

“Bem, com muita resistência, tipo, ah, porque geralmente quando procura aqui a unidade já está com um quadro avançado seja lá para qualquer coisa que eles tenham, né? Sejam um câncer de pele, seja de próstata. ” (TEC2)

“Porque o homem, ele é muito difícil de aderir, né? A saúde. Eles vêm mais quando o problema já está maior, tem mais resistência. ” (TEC2)

Para alguns dos participantes foi atribuído ao homem a característica de ser mais reservado ou até mesmo que o homem tem medo de procurar a assistência.

“O homem eu acho que tem maior dificuldade para procurar o serviço de saúde. Na odontologia eu percebo que incrivelmente eles têm mais medo do que as mulheres, de sentar na cadeira, eles são mais temerosos e de modo geral tem aquela cultura de que vão procurar doença, de ver que quando você está prevenindo nem sempre vai achar alguma coisa. Eles têm a ideia que se procurar vai achar.” (DENT1)

“Eles são mais medrosos, eles têm mais medo do que as mulheres. São um pouco mais receosos, mas por eu estar um tempo maior aqui, eles têm um respeito maior, entendeu? ” (DENT1)

A relutância de homens em procurar serviços de saúde na atenção primária reflete-se no diagnóstico atrasado de doenças que poderiam ser prevenidas. Esse atraso no diagnóstico leva à necessidade de tratamentos especializados e mais caros. Frequentemente, esses tratamentos precisam ser realizados em grandes centros médicos, longe da residência do paciente, acarretando estresse físico e emocional tanto para o paciente quanto para sua família. A mentalidade predominante entre os homens de evitar a busca por cuidados médicos resulta em aumentos nas taxas de mortalidade e morbidade (BRASIL, 2009).

Foram citadas dificuldades para acessar o homem pelos agentes comunitários de saúde. Relatos que é mais fácil acessar a mulher ou que a mesma era quem procura atendimento para o homem podem ser evidenciados com as seguintes falas:

“(…) quando nós estamos em visita, na maioria das vezes a gente fala com a mulher, né? e ela que fala o que o marido está sentindo isso, nós marcamos a consulta e ele não vai.” (…)

uma senhora mesmo que fala do filho dela, que ele precisava fazer uns exames de rotina mas ela fala com ele e ele diz que não vai vir. Então por isso que eu falei da resistência” (ACS08)

“Mas uma das coisas que eu percebo nas visitas é que geralmente quem atende são as mulheres e esse rastreamento de homem fica mais difícil, aí quem atende é a esposa e muitas vezes eles não se comunicam” (ACS10)

Segundo Carrara (2009), costuma ser raro observar homens frequentando serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de prevenção, tratamento e promoção da saúde. Geralmente, quando decidem buscar auxílio médico, optam por serviços de níveis secundário ou terciário de atenção. Diante disso, torna-se fundamental implementar estratégias eficazes que incentivem os homens adultos, especialmente aqueles entre 20 e 59 anos, a considerar a APS como o principal meio de acesso aos cuidados de saúde.

O Ministério da Saúde, juntamente com os governos federal, estadual e municipal que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecem a necessidade de elevar os índices de qualidade e expectativa de vida. Para alcançar tal objetivo, torna-se fundamental instituir atendimentos direcionados aos homens jovens e adultos. O Plano de Atenção à Saúde do Homem objetiva, dentre diversas iniciativas, engajar e educar os homens de 20 a 59 anos acerca da importância dos cuidados preventivos com a saúde. Isso se deve ao fato de que muitos homens dessa faixa etária tendem a buscar ajuda médica apenas em situações de enfermidade, o que acarreta um aumento na procura por atendimentos especializados de alto custo, em detrimento da utilização dos serviços de atenção básica à saúde. (BRASIL, 2009)

Essa questão dos homens nessa faixa etária recorrem menos a unidade de atenção primária também ficou evidente na unidade caso, como podemos observar abaixo:

“Os homens que veem aqui geralmente são acima de 40 anos, os mais novos quando vem é muito raro” (ACS10)

“É o que eu te digo, os mais idosos vêm no HIPERDIA. Por exemplo, você encontra alguns idosos, mas os mais jovens e adolescentes, você quase não vê. Só de vez em quando você vê. Jovem adulto de 20 e poucos anos é difícil e a grande maioria dos homens que vêm aqui são acima de 40 anos, às vezes já com doenças, às vezes com dor, né? Mas dificilmente é alguém que vem para prevenção nessa faixa. A dificuldade de adesão é difícil. Quanto mais jovem, mais difícil. ” (ENF2).

“Eu acho que aqui poderia ter alguma forma de atrair os homens para unidade. Apesar de que eu vejo muitos homens, mas no HIPERDIA, né? Hipertensão, diabetes, mas talvez teria

que ter uma forma de atrair os homens mais jovens também. A gente vê também que prevalece muito o homem na terceira idade e não naquela fase produtiva. Eles já não vêm.” (DENT1)

Convém citar aqui a experiência de uma equipe multiprofissional que realizou atividades em grupo voltadas à saúde do homem no Estado de São Paulo. O estudo, evidenciou que a experiência de grupos específicos para essa clientela proporcionou vínculo e acolhimento para usuários que não tinham espaço específico na agenda ou nas atividades da UBS, diferentemente de outros grupos, como gestantes, crianças, hipertensos ou diabéticos. Além de ajudar a superar a barreira institucional que dificultava a interação entre o usuário e o serviço de saúde. O número de participantes aumentou progressivamente a cada reunião, com os participantes atuando como multiplicadores do convite a outros usuários. Além disso, a cooperação das parceiras dos usuários, incentivando-os a comparecer ao grupo, foi significativa (DONADIO, 2013).

A atividade realizada na UBS permitiu uma análise concreta da existência de uma demanda reprimida por parte desses usuários, além de facilitar a criação de um vínculo e acolhimento desse grupo específico, anteriormente pouco atendido no local. A estratégia adotada revelou não apenas um subdiagnóstico de diversas patologias de grande relevância epidemiológica, mas também trouxe à atenção da equipe de saúde demandas espontâneas anteriormente não manifestadas pelos usuários, como o funcionamento do atendimento de saúde disponível na área e o interesse na prevenção e rastreamento do câncer de próstata (DONADIO, 2013).

Retornando ao presente estudo, uma outra questão interessante que foi levantada nas entrevistas foi a questão de situações de desconforto percebidas por profissionais mulheres ao prestarem cuidados a clientes homens como podemos exemplificar a seguir:

(...) tem dificuldade porque hoje em dia, às vezes, nós passamos por algumas situações, que temos que saber levar, porque às vezes têm muitos homens que as mulheres trabalhando e os homens que estão em casa. Aí é para você fazer aquela visita e às vezes a mulher tem ciúme ou às vezes você trata uma pessoa de uma forma, e bem, ele entende de uma maneira diferente.” (ACS3)

“A diferença entre homem e mulher para procurar exames preventivos é gritante. Com o homem às vezes ele te compreende mal. Diz que não faz isso, gritando com a gente” (ACS11)

“O homem, eu acho que ele não te dá muita abertura para você falar determinados assuntos com ele, né? como as DSTs, né? Como é mais rápido a gente abordar isso com a

mulher. Se ela já fez algum exame preventivo, se fez um teste rápido (...) o homem não te dá muita abertura para poder falar e a gente não fala muito sobre vida sexual ativa igual a gente fala com as mulheres (...) é só o básico (ACS1)

Quando os profissionais foram questionados sobre estratégias utilizadas e como percebem a assistência na unidade, em evidência foram obtidos os seguintes relatos:

“Fazemos sala de espera, tem as visitas domiciliares, tem os programas de saúde à família oferecidos pela prefeitura e tem as cartilhas que nós entregamos” (ASB1)

“Assim, eu acho que deveríamos tentar trazê-los junto com as companheiras fazer tipo, um de atendimento integrado. Atendendo a família toda. Seria mais fácil, né? A gente abordar (...)” (ACS3)

“O nosso papel é sempre estar ali, alertando, insistindo, incentivando, né? E tentando trazer, né? Essa pessoa para pelo menos fazer uma consulta de rotina de vez em quando.” (ACS7)

“Não vejo dificuldade para lidar com homens. Acho que não. Acho que falta mesmo é algumas ações, voltada mesmo para nós desenvolvermos. ” (ENF3)

“Não tem nada de estratégia para atrair eles. Pessoalmente, eu acho que você tem que ter uma troca. A gente não tem troca. Nós oferecemos saúde. É importante, mas não é como a gestante que vem aqui e tem sorteio de brinde, e eles é só saúde, né? tem só saúde no sentido de que a gente não tem nada físico. Um prêmio, uma troca para que ele participe. Sei que ele precisa entender. A gente tem de conseguir mostrar para ele que se ele cuidar da saúde, ele não vai morrer. Mas isso é difícil. ” (ACS12)

“Hoje em dia estamos tendo vários tipos de demanda de atendimento. Então assim, a gente não consegue parar um tempo para se dedicar àquela demanda de saúde do homem. Então a gente segue o fluxo, né? A gente tem que caminhar junto com o andar da carruagem, né? E aí, de acordo com as demandas que vão chegando, a gente vai seguindo, né? A gente vai seguindo. ” (ENF1)

“A gente já pensou em usar a parceria com o grupo da psicóloga, né? Para a gente estar fazendo algum tipo de trabalho manual para eles. Alguma coisa artesanal que eles possam também estar fazendo, já que muitos estão desempregados e as mulheres que estão trabalhando.” (ACS 5)

“Tem o grupo VIDA ATIVA, que é grupo de atividade física, mas eu vejo que o grupo que vem mais mesmo são o das mulheres, eles estariam dentro do quadro para podermos chamarmos para poder vir, mas quem vem mesmo são as mulheres” (ACS10)

A análise dos trechos de entrevistas de profissionais de saúde acima revela pontos importantes sobre as estratégias utilizadas na assistência à saúde e a percepção dos profissionais sobre essas práticas. Os profissionais mencionaram a utilização de estratégias para promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo salas de espera, visitas domiciliares, programas de saúde oferecidos pela prefeitura, e distribuição de cartilhas. Essas ações demonstram uma tentativa de abordagem ampla e educativa para atender às necessidades da comunidade, sem especificidade para clientela masculina, exceto na campanha do novembro. No entanto, a efetividade dessas estratégias parece variar, e há sugestões de inovações, como a ideia de um atendimento integrado à família, que poderia potencializar o engajamento e a eficácia da assistência prestada.

Os relatos revelam um reconhecimento da importância do papel dos profissionais em incentivar a procura por serviços de saúde, especialmente através de consultas de rotina. No entanto, há uma percepção de desafio significativo na captação dos homens, para os serviços de saúde fornecidos. A falta de estratégias específicas para envolver esse grupo é explicitamente mencionada, sugerindo uma necessidade de novas abordagens e foi citada oferta de recompensas para atrair o homem para a unidade. A ideia de recompensas para a participação em atividades de saúde, embora controversa, destaca a necessidade de estratégias criativas que valorizem a troca e o benefício mútuo na relação entre a comunidade e os serviços de saúde.

Diversos desafios são mencionados, incluindo a dificuldade em dedicar tempo a demandas específicas, devido à variedade de atendimentos realizados. Isso aponta para um desafio logístico e de priorização dentro da unidade.

Como a APS desempenha um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças, especialmente quando se trata da população masculina. A qualidade do cuidado prestado aos homens é frequentemente avaliada com base em atributos essenciais da APS: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os profissionais das equipes de saúde da família da APS do estudo, durante a entrevista, citaram situações sobre como esses atributos estão sendo implementados e desafios enfrentados no atendimento a essa população.

Discutindo um pouco sobre os atributos essenciais em relação ao cuidado à população masculina, apoiando-nos na referência de Oliveira e Pereira (2013) sobre as definições dos atributos e sua relação com os relatos obtidos durante as entrevistas com os profissionais de saúde.

O acesso oportuno aos serviços de saúde é crucial para garantir que os homens possam buscar atendimento quando necessário. É fundamental garantir que os serviços de saúde estejam

facilmente acessíveis à população masculina. Isso envolve a proximidade geográfica dos centros de saúde, horários de atendimento adequados e a remoção de barreiras financeiras.

Quanto ao quesito acesso, nossa unidade caso é uma unidade que possui horário estendido, sendo participante do saúde na hora. O programa não foi amplamente citado nas entrevistas, mas é um facilitador do acesso dos homens nas unidades como podemos observar abaixo:

“Quando nós encontramos um homem na rua às vezes a gente orienta quanto ao saúde na hora, porque o saúde na hora são para as pessoas que trabalham né e que as vezes não conseguem estar vindo no médico no período diurno. O saúde na hora funciona assim: tem uma quantidade de atendimentos que eles fazem no dia, o médico tem a triagem pela enfermeira e esta orienta a esse paciente que tem o HIPERDIA na parte do dia. Se aquele paciente que é hipertenso ou diabético não consegue estar vindo no HIPERDIA na equipe dele durante o dia, ele pode estar vindo na saúde na hora para poder avaliar. Se eles tiverem alguma queixa, o saúde na hora está aí para desafogar a UPA. É Aberto, né? Agora, para acompanhamento mesmo é pela estratégia saúde da família. (ACS10)

A atenção integral à saúde dos homens envolve não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção de práticas saudáveis e a prevenção de problemas de saúde. A atenção à saúde masculina na APS deve abranger não apenas a abordagem curativa, mas também a prevenção e a promoção da saúde. Isso inclui exames regulares, vacinação, aconselhamento sobre estilo de vida saudável e gestão de fatores de risco.

O quesito prevenção foi trazido por vários profissionais como até já visto na categoria anterior. Os profissionais de saúde das equipes reconheciam a importância da prevenção e promoção da saúde como seu papel fundamental no cotidiano profissional, porém é interessante reconhecer que foram diversas as falas de importância de prevenção e promoção da saúde, mas o reconhecimento e descrição das atividades desenvolvidas para a clientela masculina foi escassa e muito predominantemente relacionada às atividades de campanha do novembro azul.

Algumas atividades desenvolvidas relatadas pelos nossos entrevistados:

“Assim, aqui as meninas fazem as ações como campanha, divulgação, tem o novembro azul, aqui se fala sobre o tabaco, a hipertensão, o diabetes e o sobrepeso. Aí a gente tem semanalmente sempre nos HIPERDIAS e na sexta-feira, fora do HIPERDIA, tem sempre uma sala de espera com algum tema na saúde. Geralmente quem faz são os residentes e os acadêmicos de enfermagem, se eles não tiverem, tem os técnicos de enfermagem.” (TEC2)

“Bom, o nosso papel vai ser de prevenção, né? E trazer esse homem para cá é bem complicado, muito difícil, então, a gente aproveita muito as campanhas para trazer eles, mas não é uma tarefa fácil. A maioria vem quando está muito necessitado, com alguma dor quase sempre. Nunca é preventivo, quase nunca.” (ACS11)

“ (...)para atividades educativas nós temos aqui o pessoal da residência do idoso e da saúde do adulto, são as atividades educativas são desempenhadas pelos alunos da UFTM, mas desconheço os detalhes (...)” (ENF2)

O trabalho educativo realizado pelos residentes e acadêmicos de enfermagem na unidade foi reconhecido por dois profissionais como uma forma da unidade fornecer educação em saúde de temas diversos para a população adscrita.

A coordenação eficaz entre os diversos níveis de atenção à saúde é crucial para garantir que os homens recebam cuidados contínuos e adequados. A coordenação eficaz entre os diferentes níveis de atenção à saúde é essencial. Os profissionais de saúde na APS devem trabalhar em conjunto com especialistas para garantir uma abordagem integrada no tratamento de problemas de saúde masculina.

Foram citadas algumas possibilidades de encaminhamento para outros profissionais além dos membros das equipes como podemos verificar:

“Aqui tem nutricionista. Só marcar na nossa visita. A gente convida também. Pode pelo médico, mas na nossa visita ele vem ele mesmo a agenda.” (ACS12)

“Os homens vêm na unidade marcar consulta de rotina, e nós também temos parceria com o hospital escola, então, tem homens, pelo menos da minha micro área que procuram aqui para esses atendimentos específicos, como a dermatologia” (ACS10)

Vale destacar o serviço da psicóloga da unidade. Muitos profissionais durante a entrevista quando questionados sobre a assistência prestadas aos homens lembraram da mesma.

“Tem o grupo que a psicóloga faz, que são as sextas feiras e ela atua com os homens. É um grupo com tema aberto. Quando eles vêm procurar a psicóloga, ela mesmo faz a triagem deles e pede para vir no grupo. E muita gente está vindo...está sendo uma coisa boa.” (ACS10)

“De atividade específica para homens aqui, tem um grupo da psicóloga, é o grupo de homens que faz na sexta-feira.” (MED1)

O grupo de homens da psicóloga da unidade, segundo informações coletadas na própria unidade, é realizado às sextas-feiras. Os homens são avaliados pela mesma ao procurarem pelo serviço de psicologia por conta própria ou orientados por outros profissionais da unidade. A maioria chega por demanda espontânea ou são agendados por meio de uma agenda na recepção

e assim já passam por uma consulta de acolhimento. Aqueles pacientes que ela avalia que se enquadram no grupo são convidados a participar. O público alvo geralmente é composto por indivíduos com quadros depressivos e de ansiedade.

A relação contínua entre os pacientes masculinos e seus profissionais de saúde na APS é crucial para a compreensão das necessidades individuais, a promoção de práticas preventivas e o gerenciamento de condições crônicas. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade.

A relação contínua entre pacientes masculinos e seus profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na promoção da saúde masculina. Através dessa relação, os profissionais de saúde têm a oportunidade de entender as necessidades individuais dos pacientes, promover práticas preventivas e gerenciar condições crônicas de forma mais eficaz.

A longitudinalidade, ou seja, a continuidade do cuidado ao longo do tempo, é um atributo essencial dessa relação. Quando os pacientes têm acesso regular a um mesmo profissional de saúde na APS, isso facilita o estabelecimento de um vínculo de confiança e permite uma compreensão mais abrangente da história clínica e do contexto de vida do paciente. Essa compreensão mais profunda pode levar a diagnósticos mais precisos e a um plano de tratamento mais eficaz.

Podemos pensar que a continuidade do cuidado na APS está associada a uma série de benefícios para a saúde masculina. Por exemplo, homens que têm um relacionamento contínuo com seu médico de família podem estar mais propensos a realizar exames de triagem preventiva, como exames de próstata e testes de detecção precoce de câncer de cólon. Além disso, essa relação contínua pode facilitar o gerenciamento de condições crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, através do monitoramento regular e ajustes no tratamento conforme necessário.

A saúde dos homens também não pode ser dissociada do contexto familiar e comunitário. Incluir a família e a comunidade no cuidado à saúde masculina pode promover uma abordagem mais holística. A conscientização sobre questões específicas, como saúde mental, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, e a promoção de uma cultura de apoio à saúde masculina são importantes.

Ao considerar esses atributos da APS, é possível avaliar e melhorar a qualidade do cuidado à população masculina, promovendo não apenas a resolução de problemas de saúde,

mas também a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis. É fundamental que políticas e práticas de saúde se alinhem a esses princípios para garantir um atendimento adequado e abrangente à saúde dos homens.

Para aprofundar a avaliação da qualidade do cuidado prestado à população masculina na APS, seria essencial desenvolver e utilizar instrumentos específicos de avaliação de qualidade em pesquisas futuras. Esses instrumentos permitiriam uma análise mais detalhada e precisa dos atributos da APS, facilitando a identificação de áreas de melhoria e a implementação de estratégias eficazes para promover um atendimento integral e de alta qualidade aos usuários. A aplicação de metodologias quantitativas e qualitativas, aliada ao uso de instrumentos padronizados, poderiam contribuir mais para uma compreensão mais abrangente e fundamentada da qualidade do cuidado na APS em questão.

A aplicação de um instrumento de pesquisa visando avaliar a APS pode dar subsídios para a criação de novas propostas que possam contribuir para a qualificação da Saúde da Família. Em busca pelos principais instrumentos que avaliam a qualidade na APS, é possível citar 5 principais instrumentos, sendo eles: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde); e PCATools (Primary Care Assessment Tool). Estes poderiam vir a servir de ferramenta para maior aprofundamento da questão em pesquisas futuras relacionadas a esta (FRACOLLI et al, 2014).

Podemos dizer que este estudo também revelou lacunas significativas em áreas cruciais da saúde do homem, particularmente no que tange à diversidade sexual e étnico-racial. Inicialmente, a ausência de menções específicas nas entrevistas à saúde de homens gays, bissexuais e transexuais é preocupante. É importante abordar a saúde masculina de forma ampla e inclusiva, considerando as diversas realidades e necessidades de todos os homens. A falta de diálogo e de estratégias específicas para esses grupos sugere uma visão limitada e potencialmente excludente. Homens que não se identificam como heterossexuais enfrentam desafios únicos, incluindo maior vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde mental decorrentes de discriminação e exclusão social, e barreiras no acesso aos serviços de saúde (BEZERRA ET AL, 2020).

As instituições de saúde devem criar um ambiente acolhedor e livre de preconceitos para a população LGBTQIA+ (sigla que reconhece as orientações sexuais ilimitadas e identidades de gênero usadas pelos membros dessa comunidade), oferecendo atenção integral que reconheça suas especificidades na prestação de serviços. No entanto, a realidade mostra

que essa população ainda enfrenta marginalização nos serviços de saúde devido ao preconceito, estigma, falta de conhecimento dos prestadores de cuidado e sensibilidade às suas necessidades. Esses fatores resultam em uma prestação de serviços de má qualidade e impedem o acesso pleno e justo aos cuidados de saúde (SANTOS ET AL, 2019)

Além disso, a omissão de questões relacionadas à diversidade étnica e racial evidencia uma outra dimensão de negligência. No Brasil, homens negros, por exemplo, têm experiências de saúde marcadamente diferentes das de homens brancos, influenciadas por determinantes sociais como racismo, pobreza e menor acesso a cuidados de saúde de qualidade. Entre os dados que revelam a posição desfavorável dos negros em diversos aspectos da saúde medidos pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Ignorar essas disparidades perpetua a desigualdade e compromete a efetividade das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2017.)

A APS deve ser integral e a falta de estratégias inclusivas e a inexistência de ações específicas para populações marginalizadas indicam que esses atributos não estão sendo plenamente atendidos. A integralidade do cuidado é comprometida quando não se considera a totalidade das necessidades dos usuários, e a equidade é violada quando grupos específicos são negligenciados. Os profissionais de saúde precisam ser capacitados para reconhecer e abordar essas diversidades, promovendo um ambiente de cuidado inclusivo e respeitoso.

#### **4.4 Produto técnico: Cartilha de diretrizes sobre a saúde do homem na Atenção básica.**

Nesta parte do estudo serão apresentados os resultados da validação da cartilha de diretrizes desenvolvida e o produto técnico final obtido.

Após aceite do convite e verificação dos critérios de inclusão de seleção de especialistas conforme descrito na metodologia do presente estudo, chegou-se a 14 profissionais de saúde especialistas. Entre os juízes especialistas, 11 são enfermeiros, 02 dentistas e 01 médico. Dos juízes selecionados, 03 possuem doutorado, 03 mestrado e 08 especialização. Convém relatar que 12 especialistas possuem trabalho publicado em revista e/ou evento sobre área de relevância para este estudo.

Na Tabela 1 e 2 abaixo, estão apresentados o IVC individual e as perguntas utilizadas na validação do conteúdo de cada item. A cartilha foi validada em sua primeira avaliação pelos juízes de conteúdo e aparência, obtendo como IVC geral de 0,94. Após avaliação dos juízes e o recebimento de suas sugestões, optou-se por incorporar, na cartilha, algumas sugestões. Como

a cartilha já havia atingido um IVC suficiente para ser considerada validada, não foi necessário submeter o material a uma nova validação.

**Tabela 1 – Avaliação dos juízes especialistas quanto ao conteúdo. Rio de Janeiro, 2024.**

<b>Itens</b>	<b>IVCi</b>
<b>Objetivos da cartilha.</b>	
São coerentes com as necessidades dos profissionais de saúde da APS em relação à saúde do homem e sua assistência.	0,92
Promove mudança de comportamento e atitude	0,85
Pode circular no meio científico	1,0
<b>Estrutura e Apresentação:</b>	
A cartilha educativa é apropriada para recomendação os profissionais de saúde da APS em relação à saúde do homem e sua assistência.	0,92
As mensagens são apresentadas de maneira clara e objetiva	1,0
As informações apresentadas são cientificamente corretas	1,0
Há uma sequência lógica do conteúdo proposto	1,0
O material está adequado ao nível sociocultural do público-alvo	0,92

As informações são bem estruturadas em concordância e ortografia	1,0
O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	0,92
As informações da capa, contracapa, agradecimentos e apresentação são coerentes	0,92
As ilustrações são expressivas e suficientes	0,85
O número de páginas está adequado	0,85
O tamanho do título e dos tópicos está adequado	0,92
Não existem informações desnecessárias	1,0
<b>Relevância da cartilha educativa:</b>	
Os temas retratam aspectos chaves que devem ser reforçados	1,0
O material propõe aos profissionais de saúde da APS adquirirem conhecimentos quanto à saúde do homem e sua assistência.	0,92
Está adequada para ser utilizada pelos profissionais da APS em atividades educativas para capacitação quanto à saúde do homem e sua assistência.	1,0

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

**Tabela 2 – Respostas dos juízes especialistas quanto à aparência. Rio de Janeiro, 2024**

Itens avaliados por meio da adaptação do instrumento SAM conforme domínios:	Avaliação				
	TA*	A*	PA*	I*	IVCi
<b>Conteúdo:</b>					
O propósito da cartilha educativa está evidente	9	5	0	0	1
O conteúdo trata de comportamentos relacionados à assistência dos profissionais de saúde à saúde do homem na APS.	7	5	1	1	0,85
O conteúdo está focado no propósito da cartilha.	9	5	0	0	1
O conteúdo destaca os pontos principais.	8	5	1	0	0,92
<b>Linguagem:</b>					
O nível de leitura é adequado para a compreensão do leitor	6	6	2	0	0,85
O vocabulário utiliza palavras comuns.	7	6	1	0	0,92
Há a contextualização antes de novas informações	7	7	0	0	0,92
O aprendizado é facilitado por tópicos	6	7	1	0	0,92
<b>Ilustrações gráficas:</b>					
O propósito da ilustração referente ao texto está claro	6	6	2	0	0,85
As figuras/ilustrações são relevantes	5	7	2	0	0,85
A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material	6	6	2	0	0,85
<b>Layout e apresentação:</b>					
Característica do layout	6	6	2	0	0,85
Tamanho e tipo de letra	7	5	2	0	0,85

São utilizados subtítulos	6	6	2	0	0,85
<b>Motivação:</b>					
Utiliza a interação	7	5	2	0	0,85
As orientações são específicas e dão exemplos	6	6	1	1	0,85
Existe a motivação à mudança de comportamento	7	5	2	0	0,85
<b>Adequação cultural:</b>					
O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público alvo	6	6	2	0	0,85
Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente	7	5	2	0	0,85

TA = Totalmente adequado A= Adequado; PA=Parcialmente adequado, I= Inadequado, conforme a classificação dos itens do instrumento SAM.

Após a correção dos itens sugeridos pelos juízes-especialistas de conteúdo e aparência, a cartilha foi encaminhada aos profissionais de saúde da APS para validação pelo público-alvo. Todas as questões apresentavam três opções de resposta de múltipla escolha: “sim”, “em parte” e “não. Para ser considerado validado, os itens precisariam atingir pelo menos 75% de consenso. O processo de validação da cartilha com o público-alvo foi realizado com 17 profissionais da saúde da unidade caso. Compreendidos por: Enfermeiros (2), Técnicas de enfermagem (1), Dentista (2) e Agentes Comunitários de Saúde (11). Participaram da avaliação os profissionais que aceitaram o convite e responderam o instrumento após a contemplação da cartilha.

A Tabela 3 mostra que todas as respostas foram “sim”. A cartilha foi validada, em sua primeira avaliação, pelos profissionais de saúde, pois foi obtido um percentual, de cada bloco, acima de 75%, e com Índice Global de Concordância de 100,00%.

**Tabela 3 – Índice de Concordância obtido por bloco avaliado pelo público-alvo. Rio de Janeiro, 2024.**

<b>Conteúdos:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
-------------------	------------	------------	--

	n(%)	n(%)	Índice de Concordância%
<b>Apresentação literária:</b>			
A linguagem da cartilha é explicativa	17	0	100%
O material promove e encoraja a capacitação quanto à assistência à saúde do homem pelos profissionais de saúde na APS.			
O vocabulário empregado é composto, em sua maioria, por palavras simples e comuns			
A linguagem está adequada			
As ideias são expressas de forma clara e objetiva			
O texto possibilita interação com orientações entre profissionais			
O material é de leitura agradável			
O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo			
A cartilha educativa de um modo geral, é simples e atrativo(a)			
<b>Ilustrações:</b>			
São simples, apropriadas e de fácil compreensão	17	0	100%
São familiares para os leitores			

Estão relacionadas e integradas ao texto			
São autoexplicativas			
<b>Especificidade e Compreensão:</b>			
O material propicia benefício para a assistência à saúde do homem pelos profissionais de saúde na APS	17	0	100%
Não ocorre uso de palavras de sentido duplo no texto			
O conteúdo escrito valoriza os profissionais de saúde da APS quanto a assistência à saúde do homem.			
<b>Legibilidade e Características de Impressão:</b>			
A capa é atraente	17	0	100%
O tamanho e estilo das letras é adequado			
A organização do texto é adequada			
A estrutura da cartilha está organizada			
Existe bom contraste entre impressão e papel			
<b>Qualidade da Informação:</b>			
A cartilha está inserida na sua cultura	17	0	100%
O material ajuda a obter o máximo de benefício possível			
O uso da cartilha educativa é importante			

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

### Quadro 3 – Síntese das alterações sugeridas e contempladas:

Sugestão	Modificação
Modificação de “cartilha informativa”	Modificado para “Cartilha de diretrizes”
“Sinto falta da abordagem da saúde bucal”	Incluído “ a importância da saúde bucal na saúde integral do homem”
Sugiro desenvolver com um ilustrador uma marca d'água.	Inserido marca d'água nas páginas da cartilha.
Substituição da sigla DST por IST.	Atualizado conforme a mudança de nomenclatura que é atualmente adotada pelo Ministério da saúde.
Tema “paternidade”	Abordado em “principais temas de saúde masculina”

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A cartilha de diretrizes, intitulada “Cartilha de diretrizes sobre a saúde do homem”, em sua versão final:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AUTORES

**Camila Zysko Boscarino.** Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (MPAPS) da Faculdade de Medicina (FM) - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Enfermeira Assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

**Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas.** Médico de Família e Comunidade. Doutor em Ciências - Programa de Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Professor Associado do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS) da Faculdade de Medicina (FM)/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (MPAPS). Vice-diretor do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA).

**Alfredo de Oliveira Neto.** Médico de Família e Comunidade. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Adjunto do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS) da Faculdade de Medicina (FM)/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Médico da Estratégia de Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

REVISORES TÉCNICOS

Adroaldo Pereira de Oliveira Neto  
Andrei Zysko Boscarino  
Ariana David Wenceslau  
Caroline Brazuna Guimarães  
Danusa Sobral Porto Costa  
Jéssica Ramos Ferraz Perez  
Júlio César Santos da Silva  
Magda Mello  
Maria José Coelho  
Michelle Leane Santana da Silva  
Roberto José Leal  
Sueli Cavalcanti Carneiro da Cunha Soares  
Thereza Anna Pereira Pacheco dos Santos  
Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva



## SUMÁRIO

1. A Saúde do Homem.....	5
2. Principais Temas de Saúde Masculina.....	5
3. Desafios na Implementação da PNAISH.....	6
4. Criando Estratégias de Abordagem na Atenção Básica.....	6
5. Vamos aos Principais agravos e condições crônicas da população masculina..	7
6. Como melhorar a Acessibilidade e a Integralidade na Atenção Básica.....	8
7. Vamos falar um pouco sobre Diversidade Sexual e Étnico-Racial?.....	8
8. Para fortalecer o vínculo e a responsabilização da equipe em relação à Saúde do Homem, é possível adotar ações.....	9
10. Considerações finais.....	10
9. Referências.....	10

4

### 1. SAÚDE DO HOMEM:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) reconhece a necessidade de uma abordagem específica para a promoção da saúde masculina, considerando as particularidades biológicas, sociais e culturais. O foco está na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças que afetam predominantemente os homens.

### 2. PRINCIPAIS TEMAS DE SAÚDE MASCULINA

**Prevenção do Câncer de Próstata:** Abordagem sobre o exame de PSA (Antígeno Prostático Específico) e do toque retal na detecção precoce do câncer de próstata.

**Doenças Cardiovasculares:** Educação sobre fatores de risco, como hipertensão arterial e colesterol elevado, e estratégias para prevenir doenças cardíacas.

**Saúde Mental:** Sensibilização sobre a importância da abordagem da saúde mental masculina, com ênfase na prevenção do suicídio e no enfrentamento do estigma associado às questões psicológicas.

**Prevenção de violência e acidentes.**

**Prevenção Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST):** Informações sobre o uso correto de preservativos, testagem regular e prevenção de IST.

**Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva:** Atendimento pré-concepcional, auxiliando o casal na preparação para a gravidez e no cuidado com a fertilidade. Discussão sobre planejamento familiar, paternidade responsável e acesso aos serviços de saúde reprodutiva. A paternidade responsável vai além de prover recursos financeiros; envolve participação ativa no cuidado e no desenvolvimento emocional, físico e social dos filhos.

**A importância da Saúde Bucal na Saúde Integral do Homem:** Relação entre saúde bucal e bem-estar geral. Impacto da saúde bucal em doenças sistêmicas, como diabetes e doenças cardiovasculares. Prevenção e impacto das infecções bucais no desempenho no trabalho e na qualidade de vida. Prevenção do Câncer de boca. Fatores de Risco Específicos para a Saúde Bucal Masculina como o tabagismo e Consumo de Alcool.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

5

### 3. DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISH:

Muitos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) desconhecem ou não estão familiarizados com a PNAISH, o que dificulta sua aplicação efetiva. A falta de capacitação e a predominância de modelos tradicionais de atendimento são barreiras significativas para a incorporação dessa política nas práticas diárias.

O que fazer para melhorar:

**Capacitação e Educação continuada:** Investir em programas de capacitação para assegurar que os profissionais estejam atualizados sobre as políticas de saúde, incluindo a PNAISH.

**Cultura Organizacional:** Promover uma cultura que valorize a saúde integral do homem, reconhecendo sua importância para a promoção da saúde masculina.



### 4. CRIANDO ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Os homens, muitas vezes, só procuram atendimento médico em situações extremas, o que representa um desafio para a promoção de saúde e prevenção de doenças. Aspectos culturais, como a reserva emocional e o medo de procurar assistência, também contribuem para essa resistência.

**Focar no acolhimento e Humanização:** Estimular um ambiente acolhedor e livre de preconceitos, garantindo que os homens se sintam confortáveis para buscar assistência.

**Ampliar campanhas de Conscientização:** Promover campanhas regulares nas unidades de saúde sobre temas relevantes à saúde do homem, incentivando a participação ativa na prevenção e autocuidado.

**Estimular Atividades Educativas:** Realizar e divulgar palestras, grupos de discussão e atividades educativas para disseminar informações e esclarecer dúvidas.

**Aumentar as atividades que chamem a atenção do homem** com articulações Intersetoriais com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

**Pensar em Abordagens Holísticas:** Integrar a saúde masculina nas práticas diárias, além de ampliar as ações além da campanha do 'Novembro Azul'.

6

### 5. VAMOS AOS PRINCIPAIS AGRAVOS E CONDIÇÕES CRÔNICAS DA POPULAÇÃO MASCULINA:

**Doenças Cardiovasculares:** Hipertensão arterial, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca são prevalentes entre os homens, muitas vezes associados ao tabagismo, sedentarismo e má alimentação.

**Diabetes Mellitus:** A diabetes tipo 2 é uma condição crônica comum entre homens, muitas vezes ligada à obesidade e ao sedentarismo.

**Câncer de Próstata:** Um dos cânceres mais comuns em homens, especialmente em faixas etárias mais avançadas. A detecção precoce é crucial para o tratamento eficaz.

**Câncer de Pulmão:** Fortemente associado ao tabagismo, o câncer de pulmão é uma das principais causas de morte entre os homens.

**Doenças Respiratórias Crônicas:** Como bronquite crônica, enfisema e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), geralmente ligadas ao tabagismo.

**Distúrbios Mentais:** Depressão, ansiedade e suicídio são condições significativas, muitas vezes subdiagnosticadas devido à resistência dos homens em procurar ajuda para questões emocionais.

**Obesidade:** Um fator de risco para várias condições crônicas, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer.

**Alcoolismo e Dependência Química:** O uso abusivo de álcool e drogas é uma causa importante de doenças hepáticas, acidentes e violência.

**Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs):** HIV/AIDS e outras DSTs como sífilis e gonorreia, especialmente em populações vulneráveis e com comportamentos de risco.

**Hiperplasia Prostática Benigna (HPB):** Condição comum em homens mais velhos, causando dificuldade para urinar e outros sintomas urinários.

Reconhecer e abordar essas condições é essencial para a promoção da saúde e o bem-estar da população masculina.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

7

## 6. COMO MELHORAR A ACESSIBILIDADE E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA:

A promoção de um cuidado integral e acessível é um dos pilares da atenção básica. No entanto, a ausência de estratégias específicas para o público masculino compromete a qualidade do atendimento.

**Melhorias Necessárias:**

Desenvolver ações direcionadas para envolver a população masculina, especialmente os grupos marginalizados.

Criar e utilizar instrumentos específicos para avaliar a qualidade do cuidado prestado aos homens na unidade.

Incentivar a participação da comunidade na promoção da saúde masculina, por meio de parcerias com escolas, empresas e organizações locais.

Promover o registro adequado das informações relacionadas à saúde do homem nos prontuários, facilitando o acompanhamento e a personalização dos cuidados.

## 7. VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE DIVERSIDADE SEXUAL E ÉTNICO-RACIAL?

A integralidade do cuidado na saúde do homem também envolve o reconhecimento e a valorização das diversidades sexual e étnico-racial.

Estratégias e recomendações inclusivas são primordiais, entre elas vamos destacar:

Treinar continuamente a equipe e os profissionais para atender às diversas realidades e necessidades de todos os homens, garantindo um cuidado inclusivo e equitativo.

Implementar políticas que assegurem a equidade e o respeito às especificidades de cada grupo masculino.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

8

## 8. PARA FORTALECER O VÍNCULO E A RESPONSABILIZAÇÃO DA EQUIPE EM RELAÇÃO À SAÚDE DO HOMEM, É POSSÍVEL ADOPTAR AS SEGUINTE AÇÕES:

Identificar as principais necessidades de saúde dos homens na Unidade de Saúde da Família (USF).

Realizar escuta qualificada: Oferecer uma escuta qualificada, atenta e empática durante o atendimento.

Identificar necessidades individuais e coletivas: Detectar tanto as necessidades individuais quanto as coletivas dos usuários, escutando e valorizando suas queixas. Encaminhar os pacientes adequadamente para cada profissional da unidade de saúde, de acordo com suas necessidades específicas.

Criar estratégias de prevenção com a equipe multiprofissional: Desenvolver estratégias preventivas com a participação de toda a equipe multiprofissional. Isso pode ajudar a reduzir a demanda por consultas que ocorrem apenas quando os pacientes já estão doentes.

## FICA A DICA!

A promoção da saúde do homem na Atenção Básica é um componente fundamental para garantir uma abordagem integrada e eficaz. Ao seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, os profissionais de saúde podem desempenhar um papel vital na prevenção e promoção do bem-estar masculino.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

9

### 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Essa cartilha será validada em duas etapas, por meio da revisão de formato e do conteúdo por um comitê de especialistas, bem como pelo público alvo, representado pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família presentes no cenário pesquisado no Município de Uberaba/MG. Assim, será possível a discussão, troca e compartilhamento de ideias, para que a versão final da cartilha possa ser posteriormente aprovada.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

### 10. REFERÊNCIAS:

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

GOMES, Romeu; SCHRAIBER, Lilia B Lima e Couto, Márcia Thereza. O homem como foco da Saúde Pública. Ciência & Saúde Coletiva [online], 2005.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

10

## CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, realizado com as equipes de saúde da família de uma instituição do Município de Uberaba, foi possível discutir e refletir acerca da assistência de saúde ofertada pela unidade aos homens usuários do local.

Na unidade de atenção básica caso do estudo, foram verificados o desconhecimento e a falta de familiaridade dos profissionais da ESF com a PNAISH, o que pode representar aí o maior e mais significativo desafio para a efetiva implementação da política nesta unidade no caso. Nas entrevistas também não foram citadas a utilização de protocolos clínicos e terapêuticos específicos e muito menos aperfeiçoamentos realizados na unidade relacionados à temática. Através dos relatos obtidos através das perguntas do roteiro de entrevista, foi possível

verificar que os profissionais na prática incorporam atividades relativas ao cuidado ao homem, porém não fizeram a correlação com a PNAISH pois desconhecem.

A formação profissional dos integrantes da ESF pode não abranger de maneira adequada o conteúdo específico da PNAISH, o que resulta na falta de conhecimento sobre esse assunto. Sendo crucial discutir o porquê das equipes de saúde não estão devidamente informadas sobre os princípios e diretrizes da PNAISH. No caso, a questão da falta de capacitação específica e a predominância do modelo tradicional de atendimento podem influenciar negativamente. Para superar esses desafios, é fundamental investir em programas de capacitação e educação continuada, garantindo que os profissionais da ESF estejam atualizados sobre as políticas de saúde vigentes, incluindo a PNAISH. Além disso, é crucial promover uma cultura organizacional local que valorize a atenção integral à saúde do homem, reconhecendo a importância dessa abordagem para a promoção da saúde da população masculina. A conscientização e o engajamento dos profissionais são passos essenciais para assegurar uma implementação efetiva da PNAISH e melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos homens atendidos na unidade.

É fundamental também, aprimorar os serviços de atenção básica e a formação dos profissionais de saúde. Outro aspecto a ser pensado é a possível falta de ênfase dada à saúde masculina nos currículos acadêmicos na formação dos profissionais de saúde. Se a PNAISH não for adequadamente incorporada nas práticas educacionais, os profissionais já formados podem não perceber a importância da atenção integral à saúde do homem e, conseqüentemente, não se familiarizarem com as estratégias propostas pela política desde a formação profissional.

Os achados deste estudo nos apresentaram uma série de desafios e lacunas na promoção da saúde masculina na unidade de atenção primária à saúde (APS) de Uberaba/MG. Primeiramente, destaca-se o consenso entre os profissionais sobre a importância da educação em saúde e da prevenção de doenças. A ênfase no papel preventivo da Estratégia Saúde da Família (ESF) evidencia o reconhecimento da necessidade de orientar e conscientizar os homens sobre práticas de autocuidado, a fim de promover check-ups regulares e detectar precocemente doenças. No entanto, há um padrão recorrente entre a população masculina evidenciados pelas falas: a busca por atendimento médico ocorrendo apenas em situações extremas, quando os sintomas de doenças crônicas se tornam intoleráveis.

A saúde do homem, frequentemente negligenciada até que problemas graves de saúde se manifestem, é uma questão complexa que abrange múltiplas dimensões, incluindo aspectos culturais, sociais e de gênero. Os comentários dos profissionais de saúde ilustram alguns dos

principais desafios enfrentados na promoção da saúde masculina nas unidades de saúde. A resistência da população masculina em procurar atendimento e ações preventivas na unidade de saúde foi apontada como um desafio persistente pelos profissionais de saúde, assunto já evidenciado nas bases teóricas deste estudo. Para alguns dos participantes foi atribuída ao homem a característica de ser mais reservado ou até mesmo que o homem tem medo de procurar a assistência.

Foi visto que a preocupação com o câncer de próstata é uma das poucas motivações que levam os homens a realizar check-ups regulares. Entretanto, alguns profissionais ressaltaram a necessidade de uma abordagem mais holística, que vá além do Novembro Azul e que integre a saúde masculina no cotidiano das práticas profissionais. A limitação da percepção da saúde masculina à campanha do Novembro Azul, mencionada por todos os participantes, reflete a ausência de uma visão mais ampla e contínua sobre a saúde dos homens.

A ênfase dos profissionais na campanha do Novembro Azul como principal estratégia de promoção da saúde masculina revela uma abordagem ainda restrita e pontual, sem a incorporação de práticas contínuas e diversificadas que poderiam melhorar o cuidado da saúde ao longo do ano. Esse enfoque limitado muitas vezes pode comprometer a eficácia da assistência, uma vez que a saúde do homem abrange uma gama muito mais ampla de necessidades que vão além do rastreamento do câncer de próstata.

Os relatos apontaram para a resistência dos homens em buscar atendimento, atribuindo esse comportamento a características culturais, como a reserva emocional e o medo de procurar assistência. Este aspecto já foi discutido na literatura, reforçando a necessidade de estratégias específicas para envolver os homens nos serviços de saúde. Outro ponto relevante levantado nas entrevistas é o desconforto percebido por profissionais mulheres ao prestarem cuidados a pacientes homens, o que pode impactar negativamente a qualidade do atendimento. Esse aspecto, somado à ausência de estratégias específicas para envolver a população masculina, evidencia a necessidade de novas abordagens, como a oferta de incentivos para atrair homens à unidade.

Foi possível verificar que os profissionais relataram a aplicação de estratégias como salas de espera, visitas domiciliares e distribuição de cartilhas, horário ampliado, só que no geral foi notável que não são ações específicas para o público masculino, exceto durante a campanha do Novembro Azul.

Ao discutirmos a qualidade do cuidado à população masculina à luz dos atributos essenciais da APS: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O estudo

também revelou que, embora existam tentativas de implementar os atributos essenciais da APS há lacunas na aplicação prática desses conceitos. A falta de estratégias específicas para engajar a população masculina e a ausência de ações direcionadas a grupos marginalizados sugerem que esses atributos não estão sendo completamente incorporados no cuidado oferecido.

A análise dos atributos da APS sugere que, para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos homens, é necessário alinhar as políticas e práticas de saúde a esses princípios, garantindo um atendimento abrangente e adequado. A criação e a utilização de instrumentos específicos de avaliação de qualidade em futuras pesquisas na unidade de saúde são essenciais para uma análise mais detalhada, identificando áreas de melhoria e implementando estratégias eficazes para um cuidado integral.

Este estudo também revelou lacunas significativas na abordagem da saúde do homem, particularmente no que diz respeito à diversidade sexual e étnico-racial. A ausência de menções específicas à saúde de homens gays, bissexuais e transexuais é preocupante, indicando uma visão limitada e excludente. A integralidade do cuidado é comprometida quando não se consideram as diversas realidades e necessidades de todos os homens, e a equidade é violada quando grupos específicos são negligenciados.

Para garantir um cuidado inclusivo e respeitoso, é fundamental capacitar os profissionais de saúde para reconhecer e abordar essas diversidades, promovendo uma APS verdadeiramente integral e equitativa. A implementação de estratégias inclusivas e a formação continuada dos profissionais são passos essenciais para assegurar que a saúde do homem seja abordada de maneira ampla, abrangendo todas as dimensões e especificidades dessa população.

Em suma, para avançar na promoção da saúde masculina na APS, é fundamental que se desenvolvam e se implementem estratégias de saúde que sejam abrangentes, contínuas e inclusivas. Isso inclui a capacitação dos profissionais para lidar com as diversidades da população masculina, o desenvolvimento de instrumentos específicos de avaliação da qualidade do cuidado na instituição e a adoção de políticas que promovam a equidade e a integralidade do cuidado. A aplicação de uma abordagem que valorize e respeite as especificidades de todos os homens é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços e para o fortalecimento da saúde do homem no contexto da atenção primária em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALCANTARA-GARZIN, A. C.; MELLEIRO, M. M. Qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica: construção e validação de um instrumento. *Aquichan*, Bogotá, v. 17, n. 2, p. 162-170, abr. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972017000200162&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972017000200162&lng=en&nrm=iso). Acesso em: out. 2024.

ALVES, B. M. S. et al. Atuação do enfermeiro da atenção básica diante das dificuldades para a implementação da política de saúde do homem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 5391-5401, dez. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110143/25504>. Acesso em: 21 out. 2022. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a110143p5391-5401-2017>.

ARAÚJO, M. G. de; LIMA, G. A. F. de; HOLANDA, C. S. M. de. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Escola Anna Nery, v. 18, n. 4, p. 682–689, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140097>.

ASSUNÇÃO DE SOUZA, L. V. da S.; SILVA, J. de O.; NODARI, P. R. G.; ALENCAR, B. T. de; SILVA, R. B.; ALEIXO, M. L. M. Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Mato Grosso. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e5311225354, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25354>. Acesso em: Outubro de 2024

BARDIN, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BEZERRA, M.V.R; MORENO, C.A; PRADO, N.M.B.L. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe8, p. 305–323, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DkZJz3V4kfLczm7Qbvpr3Xh/?fo#>

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o trabalho de ACS e ACE. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 6 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social*. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Mortalidade por uso de álcool*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf).  
» Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas para 2008 - Tabagismo*. Brasília (DF): MS. [acessado 2011 jan 11]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008_web.pdf)  
» Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008_web.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

52 p. : il.Modo de acesso: World Wide Web:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil\\_morbimortalidade\\_masculina\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf)>I  
SBN 978-85-334-2575-0

BENEVIDES, J. L. et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 2, p. 306-312, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200018>.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 722-727, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400722&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400722&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 2 nov. 2020.

CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 554-563, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5301>.

CESARO, B. C. D.; SANTOS, H. B. dos e S.; FRANCISCO, N. M. da. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, e119, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CASTRO, A. V., & Rezende, M. (2009). A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(3), 429-434. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v13n3a16.pdf>.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. Publicado em 06/03/2020. Disponível em <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>

CORDEIRO, S. V. L. et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. *Escola Anna Nery*, v. 18, n. 4, p. 644-649, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140091>. Acesso em: 26 jan. 2024.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov. 2020.

DA SILVA, J. L. L.; E SILVA, V. G. de F.; DAHER, D. V.; BARBOSA, K. S.; DOS REIS, L. B.; MESSIAS, C. M. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem aplicada no SUS e a relação com a teoria de Orem. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 4, p. 19401–19412, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-425>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62637>. Acesso em: 25 jan. 2024.

DE OLIVEIRA, J. C. A. X. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 2, maio 2017. ISSN 2176-

9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49742>. Acesso em: 20 fev. 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49742>.

DONADIO, Mauro Daniel Spina. Experiência do PSF com atividade em grupo de saúde do homem na UBS Vila Teresinha – São Paulo/SP / Experience the PSF group activity of health of men in UBS Vila Teresinha - São Paulo / SP. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2013. 13 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-708011> Acesso em Junho de 2024.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R. de; SOUZA, R. R. de. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária À Saúde. Revista Gestão & Saúde, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 308–317, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/102>. Acesso em: 20 fev. 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo; Organizadores. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em Novembro de 2020.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu; SCHRAIBER; Lília B lima e Couto, Márcia Thereza. O homem como foco da Saúde Pública. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2005, v. 10, n. 1 [Acessado Fevereiro 2022] , pp. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100001>>. Epub 15 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100001>.

GOMES, J. W. de O.; AZEVEDO, N. de F.; SOARES, G. G.; LACERDA, R. B.; GARCIA, L. A. A.; GONÇALVES, J. R. L. Jornada de Saúde do Homem: relato de experiência. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 104–110, 2019. DOI: 10.18554/refacs.v7i1.3540. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3540>. Acesso em: 10 jan. 2024.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

FERREIRA, S. L. et al.. Construction and validation of educational technology for family members of people with venous ulcers. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 5, p. e20210555, 2022.

FRACOLLI, L. A. et al.. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, dez. 2014. <https://www.scielo.br/j/csc/a/cKrs5thPNMj6sPCdq9S4hsM/?lang=pt>

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 1, p. 105–109, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017..>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 5 Abril 2022] , pp. 434-451. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, 2019c. Disponível em [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Acesso em Out de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População residente em Uberaba em 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/uberaba.html>

LEAL, Andréa Fachel, Figueiredo; SANTOS, Wagner dos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 10 [Acessado 22 Fevereiro 2022] , pp. 2607-2616. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>>.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. Técnicas de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LEVORATO, Cleice Daiana et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 04 [Acessado 21 Outubro 2022, pp. 1263-1274. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>.

MALACHIAS, MVB et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2016, v. 107, n. 3 Suppl 3 [Acessado 21 Outubro 2022] , pp. 1-6. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20160151>>. ISSN 1678-4170.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013. Disponível em: Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2022). Novembro Azul: Uma campanha de conscientização. <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/novembro-azul>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Diário Of da União. 2017; Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21

de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

MINAYO, M. C. de S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MODESTO, Antônio Augusto Dall’Agnol, LIMA, Rodrigo Luciano Bandeira de; D’ANGELIS, Ana Carolina. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 251–262, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>

MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu e Ribeiro, Claudia Regina. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. 4 [Acessado 17 Fevereiro 2022] , e00060015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015>.

MÜLLER, Rita Flores; BIRMAN, Joel. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2016, v. 23, n. 3 [Acessado 21 Fevereiro 2022] , pp. 703-717. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000011>.

NASCIMENTO, Arthur Grangeiro do e Cordeiro; CAVALCANTI, Joselma. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2019, v. 17, n. 2 [Acessado 21 Outubro 2022] , e0019424. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>. Epub 04 Fev 2019. ISSN 1981-7746.

NIETSCHE, E. A. et al. Enfermagem e o processo de validação de tecnologias voltadas a educação em saúde: estudo bibliométrico. In: TEIXEIRA, E. (org.). *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais*. v. 2. Porto Alegre: Moriá, 2020. p. 31-50.

OLIVEIRA, Jeane Cristina Anschau Xavier de E ET AL. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para enfermagem. *Cogitare Enferm.* (22)2: e49724, 2017

OLIVEIRA, M. M. DE . et al.. Men's health in question: seeking assistance in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 273–278, jan. 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

PERUZZO, Hellen Emília et al. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Escola Anna Nery* [online]. 2018, v. 22, n. 4 [Accessed 21 October 2022] , e20170372. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>. Epub 02 Aug 2018. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Disponível em: <https://portal.uberaba.mg.gov.br/>. Acesso em 12 de Agosto de 2022

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 27, n. 2 [Acessado 11 Maio 2022] , pp. 255-276. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

SANTOS, Edirlei Machado dos et al. Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família / "Men are very tough" - men's health in the perceptions of family health strategy nurses. *Rev. APS.* 2017;20(2):231-8. Portuguese. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16058> <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16058>

SANTOS, J.S, SILVA, R.N.; FERREIRA, M.A. Health of the LGBTI+ Population in Primary Health Care and the Insertion of Nursing. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 4, p. e20190162, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/dzYKmCyv3MTJN3ZXVRN75Kg/?lang=pt#ModalHowcite>

SCHWARZ, Eduardo et al . Política de saúde do homem. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 108-116, Dec. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Nov. 2021.

SCHMIDT, R. A. C. A Questão Ambiental na Promoção da Saúde: uma oportunidade de ação multiprofissional sobre doenças emergentes. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p.373-392, 2007.

SILVA, Andressa Hennig et al. Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. *Conhecimento Interativo.* 201;11. 168-184, 2017. Disponível em: <http://app.fiepr.org.br/revistacientifica/index.php/conhecimentointerativo/article/download/223/221>. access on 02 Maio. 2022.

SILVA, Patricia Alves dos Santos et al . A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 561-568, Sept. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300019&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Nov. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO (SMS-SP). Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do homem: Estratégias gerais para implantação da PMAISH no Município de São Paulo. São Paulo/SP. 2017. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/SaudedohomemFinal.pdf>.

SOUSA, A. R. DE . et al.. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. e03759, 2021.

SOUZA, Luís Paulo Souza e, ALMEIDA, Eliane Rodrigues ; QUEIROZ, Mariana Almeida. Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 291–304, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200005>.

SOUSA, Cristina Silva; TURRINI, Ruth Natalia Teresa; POVEDA, Vanessa Brito. Tradução e adaptação do instrumento "Suitability Assessment of Materials" (SAM) para o português. *Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife*, v. 9, n. 5, p. 7854-7861, maio 2015. Disponível em: <https://biblio-1380200>. Acesso em: 8 set. 2024.

SCUSSEL, M. R. R.; MACHADO, D. M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 235–244, 2017. DOI: 10.18554/refacs.v5i2.1754. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/1754>. Acesso em: jan. 2024.

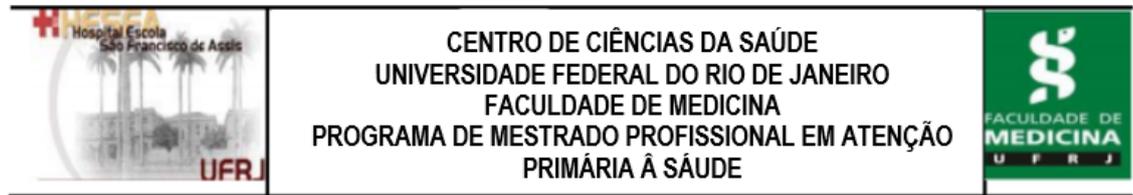
TEIXEIRA, E.; MOTA, S. S. M. V. *Tecnologias educacionais em foco*. 1. ed. São Paulo: Difusão Editora, 2011.

TESTON, E. F.; CECILIO, H. P. M.; SANTOS, A. L.; ARRUDA, G. O. de; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Medicina (Ribeirão Preto)*, [S. l.], v. 49, n. 2, p. 95-102, 2016. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v49i2p95-102. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118390>. Acesso em: 21 out. 2022.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

YUSOFF, M. S. B. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Resource*, 11(2), 49-54.

## APÊNDICES



### APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

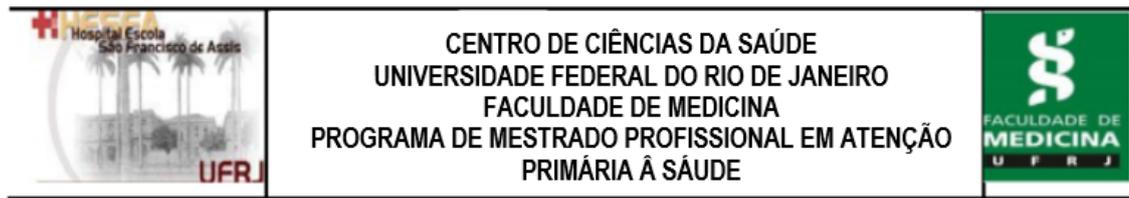
#### Dados objetivos:

1. ID da entrevista:
2. Data:
3. Sexo:
4. Raça/cor (branco/preto/pardo/amarela/indígena):
5. Idade:
6. Qual a sua formação acadêmica?
7. Qual o seu tempo de formação profissional na profissão exercida na unidade?
8. Cargo desempenhado atualmente na unidade de APS?
9. Tempo de atividade atuando na assistência e/ou gestão na APS respectivamente?
10. Possui algum curso de pós-graduação? Qual? N/A

#### Dados Subjetivos:

1. Quais são as atividades que desenvolve, participa e/ou colabora na Atenção Integral à Saúde do Homem? Em caso de negativa, o que você atribui como motivo a essa ausência de atividades com essa clientela?
2. Fale sobre a política nacional de atenção integral a saúde do homem e como você entende a aplicação dela na sua prática?
3. Como, na sua prática, os homens utilizam os serviços da atenção primária na sua unidade?
4. Como você percebe a assistência prestada aos homens na sua unidade?
5. Quais dificuldades para desenvolver ações relacionadas à atenção à saúde do homem na sua unidade?
6. Quais estratégias que são utilizadas com a clientela masculina na sua unidade de saúde?

## APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido



### Termo de consentimento livre e esclarecido

#### VERSÃO 2.0 DE 25/09/2022

Prezado(a) Senhor(a),

O(A) senhor(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “A prática dos profissionais na prevenção e promoção à saúde do homem: o caso de uma unidade no Município de Uberaba/MG” que tem como objetivo geral compreender os saberes e práticas institucionais de profissionais de saúde de uma unidade de APS de Uberaba/MG na prevenção e promoção à Saúde do Homem.

Trata-se de um projeto de Mestrado, desenvolvida no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA da UFRJ.

A sua participação é voluntária e não envolve custos ou compensações financeiras. Sua identidade não será revelada e suas respostas serão tratadas de forma sigilosa e confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, com possibilidade de divulgação dos resultados em eventos e/ou revistas científicas, mesmo assim garantindo seu anonimato.

O(A) senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa, sem significar nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora principal ou com a instituição em que trabalha, não interferindo de modo algum em sua rotina de trabalho. Caso aceite participar, poderá a qualquer momento obter informações sobre o andamento desta pesquisa, como por exemplo, os resultados parciais, e também retirar seu consentimento, mesmo que tenha antes se manifestado favorável, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

A coleta dos dados consistirá na sua participação em entrevista, a ser realizada em data e horário a partir da sua disponibilidade, em comum acordo com a pesquisadora.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão de promover o conhecimento científico para na área de Enfermagem, saúde do homem e atenção primária à saúde. Os riscos

oferecidos referem-se a desconforto a determinadas perguntas e vazamento de informações. Para reduzir os potenciais riscos a pesquisadora adotará os seguintes procedimentos: interrupção da entrevista caso necessário, garantia ao participante de não responder a determinadas perguntas caso as mesmas desencadeiem algum tipo de constrangimento, realização da entrevista em ambiente com privacidade e armazenamento dos dados obtidos em computador de uso exclusivo da pesquisadora contendo senha privativa de acesso. Caso o participante entenda que tenha sofrido algum tipo de dano ou lesão decorrente desta pesquisa, o mesmo poderá recorrer as instâncias judiciais.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso à pesquisadora Camila Zysko Boscarino, que poderá ser encontrada através do telefone (34)984018655 ou *e-mail*: camilazysko@yahoo.com.br.

### **CONSENTIMENTO**

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li sobre o estudo acima citado. Eu discuti com a Enfermeira Camila Zysko Boscarino sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do mesmo, os procedimentos a serem realizados, os benefícios e riscos da pesquisa, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos pertinentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Portanto, concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer penalidades e/ou prejuízo em minha rotina de trabalho nesta instituição. Eu receberei uma cópia desse termo de compromisso livre esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

---

Nome do (a) Entrevistado(a)

RG:

Órgão emissor do RG:

Data de emissão:

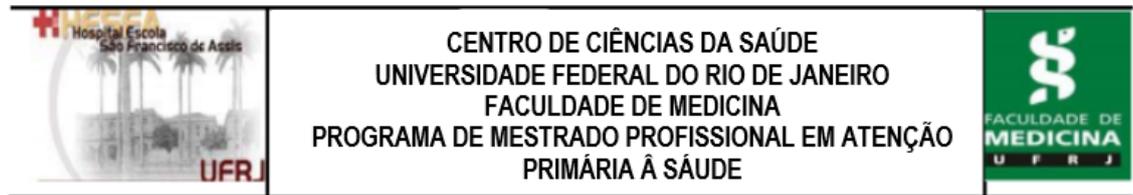
CPF:

---

Assinatura da Pesquisadora – Camila Zysko Boscarino/ Discente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA da UFRJ. Contato da pesquisadora: telefone (34)984018655 ou *e-mail*: [camilazysko@yahoo.com.br](mailto:camilazysko@yahoo.com.br).

CEP-EEAN: Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20.211-110 Telefone: (+55 21) 3938-0962 E-mail: [cepeeahesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeahesfa@eean.ufrj.br), [cepeeahesfa@gmail.com](mailto:cepeeahesfa@gmail.com) Atendimento: De Segunda a Sexta, das 08:00 às 13:00

## APÊNDICE C - Compromissos éticos para coleta de dados



DA: MESTRANDA CAMILA ZYSKO BOSCARINO

PARA: SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE UBERABA E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.

ASSUNTO: PEDIDO DE PERMISSÃO PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE PESQUISA CIENTÍFICA

Uberaba, de \_\_\_\_\_ de 2023.

Solicito à permissão para que eu possa desenvolver atividades de pesquisa científica nas dependências da UMS Tibúrcio Teixeira Santos e UMS Álvaro Guaritá. Seria importante dizer que este projeto de pesquisa elaborado por mim elaborado faz parte das atividades do curso de mestrado profissional em atenção primária à saúde do Hospital Escola São Francisco de Assis, cujo o título do projeto no momento é “A prática dos profissionais na prevenção e promoção à saúde do homem: o caso de uma unidade no Município de Uberaba/MG” que tem como objetivo geral compreender os saberes e práticas institucionais de profissionais de saúde de uma unidade de APS de Uberaba/MG na prevenção e promoção à Saúde do Homem.

Envio em anexo o projeto, no qual exponho mais claramente meus objetivos e os do trabalho. Conto em contar com a vossa colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Camila Zysko Boscarino/ Discente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA da UFRJ. Contato da pesquisadora: telefone (34)984018655 ou e-mail: [camilazysko@yahoo.com.br](mailto:camilazysko@yahoo.com.br).

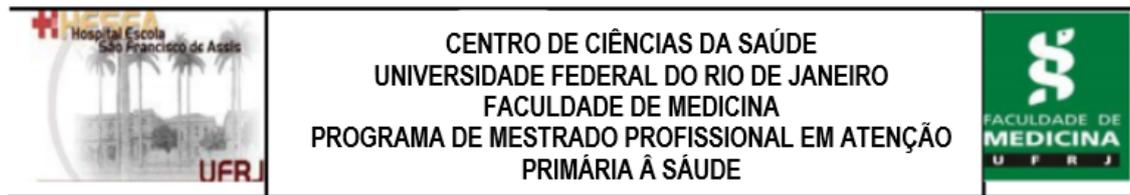
Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Pesquisador(a) Responsável pelo Projeto**

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

\_\_\_\_\_  
**Instituição**



DA: MESTRANDA CAMILA ZYSKO BOSCARINO

PARA: DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO E SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE UBERABA

ASSUNTO: COMPROMISSO ÉTICO PARA COLETA DE DADOS

Uberaba, de de 2022.

Eu, Camila Zysko Boscarino, Discente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA da UFRJ. Venho por meio desta firmar por escrito um compromisso ético para a coleta de dados de eu projeto de dissertação de mestrado, cujo o título no momento é “A prática dos profissionais na prevenção e promoção à saúde do homem: o caso de uma unidade no Município de Uberaba/MG” que tem como objetivo geral compreender os saberes e práticas institucionais de profissionais de saúde de uma unidade de APS de Uberaba/MG na prevenção e promoção à Saúde do Homem.

Nesse, sentido comprometo-me a estabelecer uma conduta ética e de respeito mútuo entre minha pessoa e os profissionais da instituição, bem como respeitar o anonimato dos profissionais que venham participar desta coleta. Da mesma forma que comprometo-me a entregar no final da dissertação uma cópia do relatório final a instituição.

Para maiores esclarecimentos a pesquisadora Camila Zysko Boscarino, poderá ser encontrada através do telefone (34)984018655 ou *e-mail*: camilazysko@yahoo.com.br.

Atenciosamente,

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Camila Zysko Boscarino/ Discente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA da UFRJ.

**APÊNDICE D - Carta convite dos juízes-especialistas**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE  
JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE  
ASSIS/HESFA MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CARTA CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS**

Caro(a),

Meu nome é Camila Zysko Boscarino, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: O CASO DE UMA UNIDADE NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG”, sob a orientação dos professores Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas e Alfredo de Oliveira Neto. Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como especialista em atividades em Atenção Primária à Saúde/ Saúde do Homem. Sua colaboração envolverá a avaliação de uma Cartilha Educativa sobre a saúde do homem para profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Uberaba/MG por meio de 2 instrumentos, para avaliação da aparência e do conteúdo da cartilha educativa, em relação aos seguintes critérios: clareza na compreensão das gravuras e do conteúdo, sua relevância e grau de relevância, associação ao tema proposto e viabilidade de aplicação. Poderá contribuir também com observações e sugestões de modificação. Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou contato via aplicativo WhatsApp). Caso manifeste sua concordância, enviaremos as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Caso opte pelo contato via aplicativo WhatsApp, solicitamos que nos remeta seu contato telefônico atualizado para o envio do material.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

**Camila Zysko Boscarino**

*camilazysko@gmail.com*

**Contato: 034 984018655**

**APÊNDICE E - Instrumento de validação da cartilha para juízes-especialistas de conteúdo e aparência**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE  
JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE  
ASSIS/HESFA MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Instrumento de avaliação dos juízes de conteúdo quanto aos objetivos, estrutura e apresentação e relevância da Cartilha Educativa sobre a saúde do homem para profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Uberaba/MG.**

**QUESTIONÁRIO PARA OS ESPECIALISTAS DA ÁREA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/  
SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).**

**Parte 1**

Data: \_\_\_\_\_

1. Nome do Avaliador: \_\_\_\_\_

2. Profissão: \_\_\_\_\_

3. Tempo de formação: \_\_\_\_\_

4. Área de trabalho: \_\_\_\_\_

5. Tempo de trabalho na área: \_\_\_\_\_

6. Titulação: ( ) Especialista, ( ) Mestrado, ( ) Doutorado

7. Publicação de pesquisa envolvendo a temática Saúde do homem na APS

( ) Saúde do homem na APS, ( ) Tecnologias educativas, ( ) Validação de instrumentos

## Parte 2

### INSTRUÇÕES:

Leia atentamente estas instruções. Em seguida, analise a cartilha educativa, assinalando a melhor opção para cada critério da avaliação de conteúdo levando em consideração a afirmação contida em cada item. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo. 1-Inadequado, 2- Parcialmente Adequado, 3- Adequado, 4- Totalmente Adequado, NA- Não se aplica.

Critérios para avaliação de conteúdo	Avaliação				
	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	NA
Objetivos da cartilha:	Referem-se aos propósitos, metas ou afins que se deseja atingir com a utilização da cartilha educativa.				
São coerentes com as necessidades dos profissionais de saúde da APS em relação à saúde					

do homem e sua assistência.					
Promove mudança de comportamento e atitude					
Pode circular no meu científico					
Sugestões em relação aos objetivos do(a) cartilha:					
<b>Estrutura e Apresentação:</b>	Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.				
A cartilha é apropriada para recomendação os profissionais de saúde da APS em relação à saúde do					

homem e sua assistência.					
As mensagens são apresentadas de maneira clara e objetiva					
As informações apresentadas são cientificamente corretas					
Há uma sequência lógica do conteúdo proposto					
O material está adequado ao nível sociocultural do público-alvo					
As informações são bem estruturadas em					

concordância e ortografia					
O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo					
As informações da capa, contracapa, agradecimentos e apresentação são coerentes					
As ilustrações são expressivas e suficientes					
O número de páginas está adequado					
O tamanho do título e dos tópicos está adequado					

<p>Não existem informações desnecessárias</p>					
<p>Sugestões em relação a Estrutura e Apresentação da cartilha educativa:</p>					
<p><b>Relevância da cartilha:</b></p>	<p>Refere-se à característica que avalia o grau de significação a cartilha educativa apresentada</p>				
<p>Os temas retratam aspectos chaves que devem ser reforçados</p>					
<p>O material propõe aos profissionais de saúde da APS adquirirem conhecimentos quanto à saúde do homem e sua assistência.</p>					

Está adequada para ser utilizada pelos profissionais da APS em atividades educativas para capacitação quanto à saúde do homem e sua assistência.					
Sugestões em relação a relevância da cartilha:					

**IVC – Índice de Validade de Conteúdo.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Instrumento de avaliação dos juízes de design e marketing quanto ao conteúdo, linguagem, ilustrações, layout e apresentação, motivação e adequação cultural da Cartilha Educativa sobre a saúde do homem para profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Uberaba/MG.**

<b>Critérios para avaliação de design e marketing</b>	<b>Avaliação</b>		
	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>
<b>Conteúdo:</b>			
O propósito da cartilha educativa está evidente			

O conteúdo trata de comportamentos relacionados assistência dos profissionais de saúde à saúde do homem na APS.			
O conteúdo está focado no propósito da cartilha educativa			
O conteúdo destaca os pontos principais			
<b>Linguagem:</b>			
O nível de leitura é adequado para a compreensão do leitor			
O vocabulário utiliza palavras comuns			
Há a contextualização antes de novas informações			
O aprendizado é facilitado por tópicos			
<b>Ilustrações gráficas:</b>			

O propósito da ilustração referente ao texto está claro			
As figuras/ilustrações são relevantes			
As ilustrações têm legenda			
A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material			
<b>Layout e apresentação:</b>			
Característica do layout			
Tamanho e tipo de letra			
São utilizados subtítulos			
<b>Motivação:</b>			
Utiliza a interação			
As orientações são específicas e dão exemplos			

Existe a motivação à mudança de comportamento			
<b>Adequação cultural:</b>			
O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público alvo			
Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente			

IVC – Índice de Validade de Conteúdo.

**APÊNDICE F - Instrumento de validação da cartilha para público-alvo**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Instrumento de avaliação para validação da Cartilha Educativa sobre a saúde do homem para profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Uberaba/MG pelo público-alvo.**

**INSTRUÇÕES:**

Leia atentamente estas instruções. Em seguida, analise a cartilha educativa, assinalando a melhor opção para cada critério da avaliação da cartilha educativa levando em consideração a afirmação contida em cada item. Dê sua opinião de acordo com o que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

Se você marcar a opinião NÃO, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado ao item. Observação: não existem respostas certas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por gentileza, responda a todos os itens.

<b>Conteúdos:</b>	<b>SIM</b> <b>n(%)</b>	<b>NÃO</b> <b>n(%)</b>	<b>Em</b> <b>Parte</b> <b>n(%)</b>
<b>1. Apresentação literária:</b>			
1.1 A linguagem do(a) cartilha educativa é explicativa			
1.2 O material promove e encoraja a capacitação quanto assistência à saúde do homem pelos profissionais de saúde na APS.			
1.3 O vocabulário empregado é composto, em sua maioria, por palavras simples e comuns			
1.4 A linguagem está adequada			
1.5 As ideias são expressas de forma clara e objetiva			
1.6 O texto possibilita interação com orientações entre profissionais			
1.7 O material é de leitura agradável			

1.8 O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo			
1.9 A cartilha educativa de um modo geral, é simples e atrativo(a)			
<b>2. Ilustrações:</b>			
2.1 São simples, apropriadas e de fácil compreensão			
2.2 São familiares para os leitores			
2.3 Estão relacionadas e integradas ao texto			
2.4 São autoexplicativas			
<b>3. Especificidade e Compreensão:</b>			
3.1 O material propicia benefício para a assistência à saúde do homem pelos profissionais de saúde na APS			
3.2 Não ocorre uso de palavras de sentido duplo no texto			
3.3 O conteúdo escrito valoriza os profissionais de saúde da APS quanto a assistência à saúde do homem.			

<b>4. Legibilidade e Características de Impressão:</b>			
4.1 A capa é atraente			
4.2 O tamanho e estilo das letras é adequado			
4.3 A organização do texto é adequada			
4.4 A estrutura da cartilha educativa está organizado(a)			
4.5 Existe bom contraste entre impressão e papel			
<b>5. Qualidade da Informação:</b>			
5.1 A cartilha educativa está inserida na sua cultura			
5.2 O material ajuda a obter o máximo de benefício possível			
5.3 O uso da cartilha educativa é importante			
5.4 A cartilha educativa lhe sugeriu a agir ou pensar diferente a respeito do trabalho voltado para saúde do homem realizado pelos profissionais de saúde da APS.			

De modo geral, o que você achou do material educativo?

---

---

---

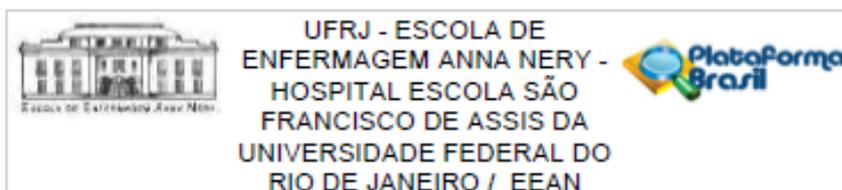
---

---

---

---

## APÊNDICE G - Autorização do comitê de ética em pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A prática dos profissionais na prevenção e promoção à saúde do homem: o caso de uma unidade no Município de Uberaba/MG.

**Pesquisador:** Camila Chagas Zysko

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67466923.2.0000.5238

**Instituição Proponente:** Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

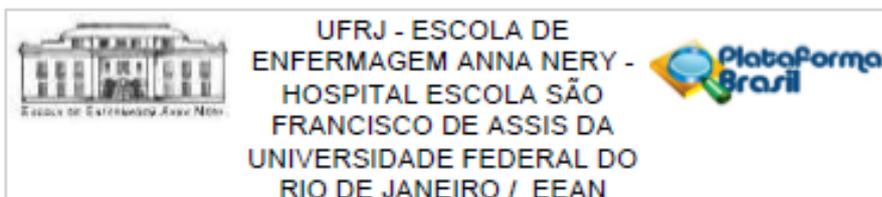
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.943.977

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA, que tem como objeto de pesquisa os saberes e práticas Institucionais de profissionais de saúde de uma unidade de APS de Uberaba/MG na prevenção e promoção à Saúde do Homem. Será um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa adotando a metodologia de estudo de caso único. O cenário de estudo numa unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Uberaba (MG) pertencente ao Programa Saúde na Hora. A unidade de escolha foi a UMS Tibúrcio Teixeira Santos com horário de Funcionamento de Segunda à Sexta de 07h às 22h. A escolha se deu por ser uma das unidades pertencentes ao Programa saúde na Hora, esse programa foi proposto e lançado pelo Ministério da Saúde em Maio de 2009, que destina mais recursos para os municípios que ampliarem o horário de atendimento das UBS com o intuito de facilitar o acesso de forma geral das pessoas na unidade. (Prefeitura Municipal de Uberaba, 2022). Os participantes do estudo serão profissionais de saúde que compõem as equipes de estratégia da saúde da família em uma instituição de atenção primária no município de Uberaba/MG, de ambos os sexos. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde que atuam na estratégia de

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3038-0062 E-mail: cep@hessfa@eean.ufrj.br



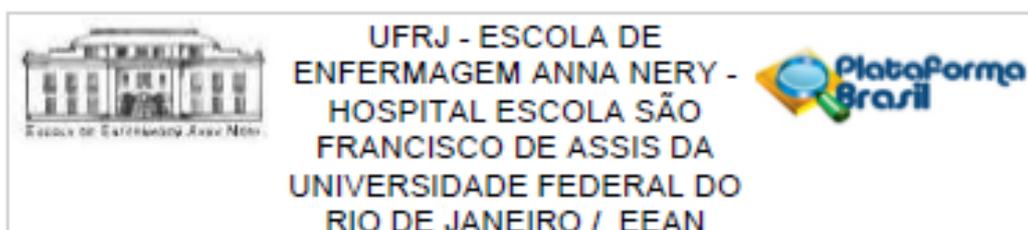
Continuação do Parecer: 5.943.977

saúde da família (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) com pelo menos um ano completo de atuação na ESF na equipe. E os critérios de exclusão serão aqueles profissionais ausentes por questões de férias e licenças no período da coleta de dados. A coleta de dados será realizada através da técnica de entrevista com o auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturada contendo itens previamente elaborados pela pesquisadora acerca da temática com os membros que compõem as equipes de saúde da família. Antes da aplicação do instrumento de roteiro de entrevista, este será avaliado através de um plano de pilotagem. Será realizado com o objetivo de apropriação da técnica de entrevista e instrumento pela pesquisadora.

O instrumento de pilotagem se dará a partir da aplicação do instrumento de roteiro de entrevista com um profissional de cada categoria profissional da equipe mínima da estratégia da saúde da família: 1 Enfermeiro, 1 Médico, 1 Técnico de Enfermagem e 1 Agente comunitário de saúde. Os profissionais em questão deverão atuar em outra unidade de APS no Município de Uberaba/MG para que seja analisada a aplicabilidade das perguntas do roteiro de entrevistas.

A unidade escolhida para aplicação da pilotagem será a UMS Álvaro Guaritá também pertencente ao programa saúde na hora com horário de funcionamento de Segunda à Sexta de 07h às 22 horas. Após a aplicação da pilotagem, serão avaliados itens como tempo, entendimento as perguntas e estrutura do roteiro de entrevistas. Caso sejam verificadas necessidade de modificações estas passarão por apreciação de um comitê de juízes, compostos pelos membros titulares e suplentes da banca de qualificação do presente estudo. Após apreciação serão realizados os ajustes necessários no instrumento para a abordagem com os participantes do estudo da pesquisa propriamente dito. No momento da entrevista, os profissionais de saúde serão abordados pela própria pesquisadora e convidados a participarem da pesquisa, será mantido o anonimato de cada sujeito e informada a necessidade da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. No momento da entrevista, os sujeitos serão caracterizados quanto à idade, tempo de formação, tempo de atuação na APS e tipo de formação. As entrevistas serão realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, de forma que não interfira na assistência prestada à clientela e serão gravadas por meio de gravador eletrônico e transcritas pela entrevistadora. Para esta pesquisa será adotada a metodologia de análise temática de Bardin.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3038-0062 E-mail: cepeanhesfe@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.943.977

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo geral:**

Compreender os saberes e práticas dos profissionais de saúde relacionados à saúde do homem em uma unidade da APS em Uberaba/MG.

**Objetivos específicos:**

Identificar os conhecimentos dos profissionais das equipes de saúde da família de uma unidade de Uberaba/MG acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Verificar como estão sendo implementadas as ações para a população masculina na unidade;

Descrever as estratégias adotadas e as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para promoção das ações de prevenção e promoção para essa população;

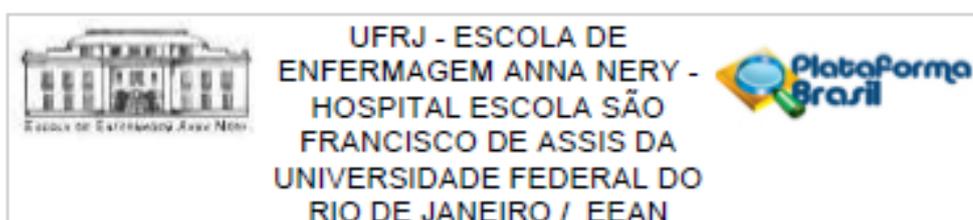
Discutir a qualidade do cuidado à população masculina adstrita ao cenário de pesquisa à luz dos atributos da APS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos oferecidos referem-se a desconforto a determinadas perguntas e vazamento de informações. Para reduzir os potenciais riscos a pesquisadora adotará os seguintes procedimentos: Interrupção da entrevista caso necessário, garantia ao participante de não responder a determinadas perguntas caso as mesmas desencadeiem algum tipo de constrangimento, realização da entrevista em ambiente com privacidade e armazenamento dos dados obtidos em computador de uso exclusivo da pesquisadora contendo senha privativa de acesso. Caso o participante entenda que tenha sofrido algum tipo de dano ou lesão decorrente desta pesquisa, o mesmo poderá recorrer as Instâncias Judiciais.

Os benefícios relacionados a participação dos sujeitos serão de promover conhecimento científico

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3038-0062 E-mail: [cepesanhesfs@eean.ufrj.br](mailto:cepesanhesfs@eean.ufrj.br)



Continuação do Parecer: 5.943.977

para na área de Saúde do Homem e Atenção Primária à Saúde. Os riscos oferecidos referem-se apenas à disponibilidade, ao tempo dispensado à realização da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é exequível e corroborará com os serviços e ações dos profissionais de saúde na ESF frente às demandas inerentes à Saúde do Homem.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide pendência ou conclusões.

**Recomendações:**

Não Há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto: Adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Carta(s) de anuência (concordância, assinatura e carimbo): Adequada
- 7) Instrumento de coleta de dados: Adequado
- 8) Termo de confidencialidade: Não se aplica
- 9) Termo de Assentimento Informado: Não se aplica

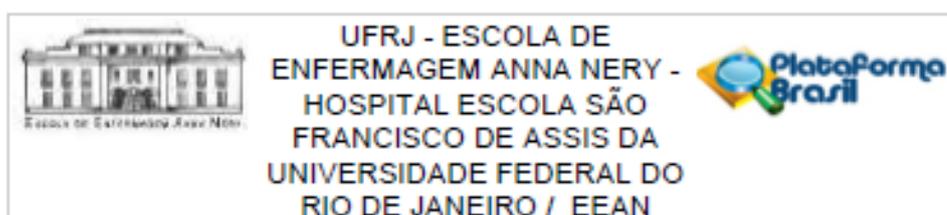
**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP EEAN/HESFA. Observar aprovação nas Instituições coparticipantes, se houver. Qualquer alteração no projeto deve ser comunicada aos CEP envolvidos, da mesma forma ocorrência de danos aos participantes oriundos da pesquisa. É obrigatória a apresentação de relatório parcial e final ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cep@eesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.943.677

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_2081986.pdf	15/02/2023 17:24:05		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	15/02/2023 17:20:50	Camila Chagas Zysko	Aceito
Outros	compromissoeticocomdadosassinado.pdf	15/02/2023 17:20:27	Camila Chagas Zysko	Aceito
Declaração de concordância	ACEITEMUNICIPIO.pdf	15/02/2023 17:19:43	Camila Chagas Zysko	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	camilaprojetocompleto.docx	15/02/2023 17:12:24	Camila Chagas Zysko	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivreesclarecido.docx	15/02/2023 17:12:01	Camila Chagas Zysko	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostofinal.pdf	15/02/2023 17:05:56	Camila Chagas Zysko	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Março de 2023

Assinado por:  
ANDREZA PEREIRA RODRIGUES  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3038-0962 E-mail: cnp@eean.ufjf.br

## APÊNDICE H - Aceite do projeto de pesquisa pelo Município



**UBERABA**  
GOVERNO MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E  
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE - SES

SUBMISSÃO DE PROJETO Nº 006/2023

Uberaba, 30 de janeiro de 2023.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

**Solicitante:** Camila Zysko Boscarino CPF: 124.642.187-90

**Instituição de ensino:** Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Hospital Escola São Francisco de Assis

**Curso:** Programa de mestrado profissional em atenção primária à saúde.

**Finalidade de uso dos resultados do projeto de pesquisa** (assinale somente uma):

Trabalho de Conclusão de Curso  Dissertação  Tese  Revista científica  Evento

**Título:** A prática dos profissionais na prevenção e promoção à saúde do homem: o caso de uma unidade no Município de Uberaba/MG.

**Local de realização:** UMS Tibúrcio Teixeira Santos e UMS Álvaro Guaritá

**Objetivo:** Compreender os saberes e práticas institucionais de profissionais de saúde de uma unidade de APS de Uberaba/MG na prevenção e promoção à Saúde do Homem.

**Justificativa:** O presente estudo justifica-se pela produção de conhecimentos acerca da saúde do homem e suas particularidades e procura sensibilizar os profissionais de saúde que atuam no âmbito da atenção primária de saúde mais conhecimento acerca da temática, levando-os a desenvolver capacidades que possam torná-los mais competentes, contribuindo tanto para facilitar o exercício das Equipes de Saúde da Família, por meio dos serviços de atenção à saúde.

**Metodologia:** Para a realização deste estudo a escolha é por um estudo descritivo exploratório com uma abordagem qualitativa. A coleta de dados será realizada através da técnica de entrevista com o auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturada contendo itens previamente elaborados pela pesquisadora acerca da temática com os membros que compõem as equipes de saúde da família. Para esta pesquisa será adotada a metodologia de análise temática.

**Cronograma de execução do projeto:**

Nº	ETAPAS DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA*	MÊS / ANO
1	Início da coleta de dados na rede municipal de saúde	04/2023
2	Término da coleta de dados na rede municipal de saúde	05/2023
3	Conclusão do projeto (previsão)	07/2023
4	Defesa pública (banca avaliadora) – se for a finalidade	08/2023
5	Submissão para publicação (revista ou Anais...) – se for a finalidade	/

\*Estas etapas permitirão: compreender melhor o período de execução do projeto e o planejamento com a equipe da rede de saúde.



**UBERABA**  
GOVERNO MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E  
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

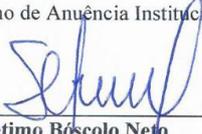
SEÇÃO DE EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE - SES

**Termo de Anuência Institucional (TAI-SMS):** Em consideração ao Artigo 10, da Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018, a Secretaria de Saúde, como participante/coparticipante da pesquisa, manifesta estar ciente dos objetivos e de suas atribuições para a realização da mesma. Entretanto, **vincula a aprovação de execução em definitivo, somente após a reapresentação desta proposta à SMS para uma nova avaliação, desde que aprovada pela CEP.** Segue parecer da SMS para o Termo de Anuência Institucional.

Deliberação para o TAI-SMS:

Deferido  Indeferido

Data: \_\_\_/\_\_\_/2023

  
Sétimo Bóscolo Neto  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto: 153/2021

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):** Informo que o CEP se manifestou ser ( ) favorável ou ( ) contrário à execução da pesquisa, cujo parecer oficial encontra-se anexado a esse instrumento. Esta ação é obrigatória e necessária ao reenvio deste instrumento e deliberação definitiva pela SMS, cumprindo assim todos os requisitos formais inerentes à liberação da pesquisa.

Sr(a) Secretário(a) de Saúde,

Informo que a proposta de pesquisa encaminhada à esta Secretaria apresenta todos os requisitos formais cumpridos. Sendo assim, direciono a mesma para o seu parecer definitivo sobre a sua execução.

Data: \_\_\_/\_\_\_/2023

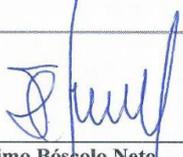
  
Natália Rodrigues dos Santos  
Chefe da Seção de Educação em Saúde  
Decreto 3023/2022

  
Sandra Mara Polveiro da Silva Oliveira  
Chefe de Depto. de Gestão do Trabalho e da  
Educação em Saúde  
Decreto 2124/2022

Deliberação da Secretaria de Saúde para a execução da pesquisa:

Deferido  Indeferido

Data: \_\_\_/\_\_\_/2023

  
Sétimo Bóscolo Neto  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto: 153/2021

Declaro estar ciente do parecer final emitido pela Secretaria de Saúde e também quanto à obrigatoriedade da entrega de cópia da publicação (TCC, dissertação, tese ou artigo), quando concluída, para seu registro na Seção de Educação em Saúde da SMS.

Ciente do solicitante:

Data: \_\_\_/\_\_\_/2023.

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_