

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JULIANA MARIA CAETANO NOGUEIRA

ASSISTÊNCIA AO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PICOS - PIAUÍ

2014

JULIANA MARIA CAETANO NOGUEIRA

ASSISTÊNCIA AO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Monografia submetida ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:

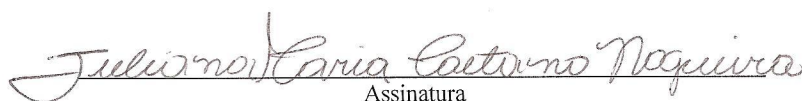
Prof^a Dr^a Ana Roberta Vilarouca da Silva

PICOS – PIAUÍ

2014

Eu, **Juliana Maria Caetano Nogueira**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 19 de março de 2014.


Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

N778a Nogueira, Juliana Maria Caetano.
Assistência ao homem na atenção primária à saúde /
Juliana Maria Caetano Nogueira. – 2013.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (46 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva

1. Saúde do Homem. 2. Atenção Primária. 3. Homem. I.
Título.

CDD 613.0420 34

JULIANA MARIA CAETANO NOGUEIRA

ASSISTÊNCIA AO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Monografia submetida ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 25 / 02 / 2014

BANCA EXAMINADORA

Ana Roberta V. da Silva

Profª Drª Ana Roberta Vilarouca da Silva

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Presidente da banca

Ana Larissa Gomes Machado

Profª. Ms. Ana Larissa Gomes Machado

Universidade Federal do Piauí - UFPI

1º Examinador

Suyanne Freire de Macêdo

Profª. Ms. Suyanne Freire de Macêdo

Universidade Federal do Piauí - UFPI

2º Examinador

DEDICATÓRIA

Quero agradecer inicialmente a *Deus* e a *Nossa Senhora* por terem me guiado nessa jornada tão árdua, me dando força, paciência e coragem para poder seguir em frente sem fraquejar. Sem Eles nada seria possível. Graças e louvores a Ti, Senhor!

Agradeço aos meus pais, *Genoveva* e *Caetano*, por serem minhas fontes inesgotáveis de inspiração, pelo amor incondicional, exemplos de fé e dedicação à família. Obrigada pelo o apoio que sempre recebi e por sempre estarem me mostrando o caminho certo a seguir. A vocês, mainha e painho, toda admiração, toda gratidão, todo amor. Vocês são tudo para mim!

Agradeço imensamente aos meus irmãos, *Luciana*, *Leonardo* e *Kassiano*, por todo incentivo, apoio e amizade sincera. Sei que posso contar com vocês em qualquer momento da minha vida. Às minhas cunhadas *Carleusa* e *Rirone* e a meu cunhado *Francisco*, por estarem torcendo por mim durante toda a minha jornada.

Ao meu namorado *Adriano Leal*, por todo o amor, carinho e compreensão dedicados a mim, pelo incentivo, por me ajudar nos momentos difíceis e por estar sempre ao meu lado me fazendo muito feliz. A você o meu amor e a minha admiração!

Aos meus queridos amigos da universidade em especial a *Saryse*, *Naylane*, *Débora*, *Renata*, *Leonnardo* e *Luis*, por deixarem esses anos bem mais divertidos. Com vocês tive a oportunidade de aprender, de ensinar, de me estressar e de ser muito feliz. Obrigada por fazerem parte da minha história.

Aos *Mestres*, por me ensinarem não só o conteúdo disciplinar, mas o respeito e o amor à profissão e aos pacientes, peça-chave para minha aprendizagem e formação humanística como enfermeira. Agradeço ainda, a todos que fazem a UFPI – Campus Picos, por contribuírem de forma direta ou indireta para a minha conquista.

Quero agradecer aos meus orientadores do Grupo de Pesquisa, *Marília Braga*, *Ana Larissa*, *Andressa Saturnino* e *Gilvan Felipe*, que me guiaram com muita paciência e sabedoria. E a minha orientadora, *Ana Roberta*, por ter caminhado comigo ao longo da trajetória desta pesquisa, mantendo sempre a perseverança, o otimismo, a paciência e competência profissional.

Toda a minha gratidão àqueles que de alguma forma fizeram parte da minha conquista.
Obrigada!

“O que é nascido de Deus vence o mundo; e esta é a vitória que vence o mundo: a nossa fé”.

1 João 5:4

RESUMO

Nos últimos anos, vem sendo focalizada a relação dos homens com os serviços de atenção primária a saúde. Nessa relação, destaca-se o fato da presença dos homens ser menor do que a das mulheres. Associado a isso, problematiza-se o fato de que o não reconhecimento da singularidade dos homens por parte dos próprios serviços de saúde pode trazer dificuldades em incorporar esses sujeitos como um protagonista de seus cuidados. Para minimizar tais fragilidades, o Ministério da Saúde em 2008 apresentou uma das prioridades do seu governo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem que tem como objetivo promover de forma significativa um avanço nas condições de saúde da população masculina, com ênfase na redução da morbimortalidade dessa população, através de ações que visem minimizar os fatores de riscos, melhorar o acesso e realizar a assistência de forma integral. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa que objetivou analisar na literatura quais os aspectos analisados nos artigos sobre assistência ao homem na atenção primária à saúde. A seleção dos estudos ocorreu no mês de agosto de 2013 e fundamentou-se a partir de uma busca na Bdenf e no Lilacs, das publicações de 2009 a 2013. Na pesquisa utilizaram-se os descritores controlados do DECs: atenção primária (attention primary) e saúde do homem (human health) na Bdenf e Saúde do homem (human health) no Lilacs. Os artigos que cumpriram os critérios de inclusão, a saber: estudos que abordassem a temática saúde do homem e/ou atenção primária, estar disponível eletronicamente na íntegra e estudos escritos em português no período de 2009 e 2013. Foram identificados sete artigos que atendiam aos critérios de elegibilidade e, portanto, foram incluídos no presente estudo. Os estudos foram analisados na íntegra e os dados foram coletados conforme o instrumento adaptado dos estudos de Ursi (2005). A análise mostrou que mesmo os estudos tendo sido realizados em vários estados brasileiros, com situações socioeconômicas e culturais diferentes, os resultados em geral são bem parecidos. Eles indicam vários fatores que inibem os homens a procurarem a atenção primária, como: filas extensas, o horário de funcionamento da unidade, a demora em marcação de exames e/ou consultas, a feminilização dos ambientes, ausência de programas específicos aos homens, falta de profissionais especialistas e de medicamentos, medo e preconceito. Esses fatores citados, aliado a uma ausência de cultura do autocuidado faz com que grande parte dos homens deixe de procurar uma assistência básica para procurar uma assistência avançada quando a dor já incomoda muito. É válido destacar que os profissionais de saúde podem desenvolver muitas estratégias para incentivar os homens a cuidarem de sua saúde. Dessa forma, podem estar se qualificando cada vez mais para melhor atender a população masculina; criar espaço para os usuários do sexo masculino; criar um grupo específico para discussão da Saúde do Homem; gerenciar a demanda para que não haja grandes filas; realizar visitas domiciliares e promover uma assistência integral.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Homens. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In recent years has been focused on the relationship of men with the primary health care services . In this relationship , there is the fact of the presence of men is less than women . Associated with this , problematizes the fact that non-recognition of the uniqueness of the men on the part of the health services themselves can bring difficulties in incorporating these subjects as a protagonist in their care . To minimize these weaknesses , the Ministry of Health in 2008 showed one of the priorities of his government the National Policy for Integral Attention to Men's Health that aims to enhance significantly an improvement in the health conditions of the male population , with emphasis on reducing morbidity and mortality in this population , through actions aimed at minimizing the risk factors , improve access to care and perform in full . This study deals with an integrative review aimed to examine the literature which aspects worked in articles about men's health care in primary health care level . The selection of the studies took place in August 2013 and was based from a search in Bdenf and Lilacs publications from 2009 to 2013 . In the research we used the controlled DECs in Bedenf descriptors were used : primary (primary attention) disappear and health (human health) and Lilacs only used human health (human health) . Each abstract was evaluated as the initial stage of selecting them . Articles that met the inclusion criteria , namely studies that addressed the thematic human health and / or primary care be available electronically in full and studies written in Portuguese in the period between 2009 and 2013 . Seven articles that met the eligibility criteria and were therefore included in this study were identified . The analysis showed that even the studies have been conducted in several Brazilian states , with different socioeconomic and cultural situations , the results are generally very similar. They indicate several factors that inhibit men to seek primary care, as long queues , the hours of operation of the unit , the delay in marking examinations and / or consultations , the feminization of the environments , the absence of specific programs to men , lack professional specialists and medicines , fear and prejudice . Cited these factors , combined with a lack of self-care culture makes much of the men leave to seek basic assistance to seek an advanced care when the pain much longer bothers . It is worth noting that health professionals can develop many strategies to encourage men to take care of their health. Thus , health professionals may be qualifying increasingly to better serve the male population ; make room for male users and create a specific group for discussion of Men's Health ; manage demand so there are no long lines , conduct home visits and give more attention to with integrity .

Keywords: Men's Health. Men. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURA

Tabela 1	Distribuição dos achados segundo as bases de dados eletrônicas. Picos-PI, ago., 2013.....	25
Quadro 1	Aspectos estruturais das produções científicas encontradas. Picos-PI, ago., 2013.....	26
Quadro 2	Características metodológicas dos estudos selecionados. Picos-PI, ago., 2013.....	29
Quadro 3	Evidências encontradas quanto às dificuldades de acesso dos homens às Unidades Básicas de Saúde e as propostas de intervenção. Picos-PI, ago., 2013.....	31
Fluxograma 1	Seleção dos estudos através das bases de dados. Picos-PI, ago., 2013.....	23

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AP – Atenção Primária

APS – Atenção Primária à Saúde

BDENF - Base de Dados em Enfermagem

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV/AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

PBE - Prática Baseada em Evidências

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	A saúde do homem no Brasil: aspectos legais e epidemiológicos.....	15
3.2	Assistência do homem na APS.....	17
3.3	O profissional de saúde frente o Programa de Saúde do Homem.....	19
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Tipo de Estudo.....	21
4.2	Ambiente da Investigação.....	21
4.3	Coleta de dados	22
4.4	Análise dos dados.....	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1	Características estruturais dos estudos selecionados.....	26
5.2	Características metodológica dos estudos selecionados.....	29
5.3	Motivos para invisibilidade dos homens nos serviços de Atenção Básica à Saúde.....	33
5.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	40
	ANEXO A -Instrumento adaptado dos estudos de Ursi (2005).....	43

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil, ela é fundamental para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolide, tornando-se mais eficiente e oferecendo um serviço de qualidade aos usuários. Esses serviços são desenvolvidos por equipes multiprofissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF). Nas quais, têm-se a responsabilidade de atender a população de forma integral, garantindo a universalização do acesso e a equidade da assistência prestada.

A política de saúde pública no Brasil desenvolvida ao longo dos anos 90 apresenta como principal característica, a ênfase na Atenção Básica (AB) entre o conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelo SUS. A ênfase na AB significa, antes de tudo, possibilitar que o conjunto da população seja atingido de forma integral por esse nível de atenção (MARQUES; MENDES, 2002).

Apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, evidenciou-se desproporção na capacidade de atendimento à demanda de alguns gêneros, o que pode ser percebido em ações que são prioritariamente voltadas a saúde da criança, da mulher e do idoso, pouco favorecendo a saúde do homem adulto (SOUZA, 2008).

Incluir a participação do homem nas ações de saúde é um desafio para os serviços de saúde por diversos motivos. Estudo realizado por Gomes (2007) revelou que o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança.

Uma outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção”. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata.

Para minimizar tais fragilidades, o Ministério da Saúde (MS) em 2008 apresentou uma das prioridades do seu governo a “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem” (PNAISH), que está alinhada com os princípios do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com as estratégias de humanização em saúde, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

A PNAISH objetiva promover de forma significativa um avanço nas condições de saúde da população masculina, com ênfase na redução da morbimortalidade dessa população, através de ações que visem minimizar os fatores de riscos, melhorar o acesso e realizar a assistência de forma integral (BRASIL, 2008).

Compreende-se, assim, que a criação dessa Política, embora retardatária, é crucial para que se inicie uma modificação na maneira de tratar e acolher os homens adultos nos serviços de saúde (SILVA, 2012). Essa preocupação vem aumentando, por considerar os altos níveis de morbimortalidade masculina e reconhecer que os referenciais de gênero podem contribuir para melhor entender os processos de adoecimento e morte dessa população que está, consideravelmente, vulnerável a acidentes e agravos decorrentes da violência, dependência de álcool, tabaco e outras drogas.

A situação da saúde masculina no Brasil é preocupante. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a chance de um homem falecer aos 22 anos de idade é 4,5 maior que a de uma mulher. A expectativa de vida para a população brasileira é de aproximadamente 74 anos para ambos os sexos, no entanto os homens esperam viver 70,6 anos, ao passo que as mulheres esperam viver 77,7 anos (IBGE, 2011; 2012).

A inclusão das questões de gênero no processo saúde doença tem contribuído para os aspectos diferenciais entre a saúde do homem e da mulher e, logo, para as características distintas do padrão de morbimortalidade de cada sexo. A longevidade e os agravos à saúde passaram a ser compreendidos não pela distinção entre os sexos, mas também por comportamentos específicos, condições e estilo de vida (LUIZAGA, 2010).

Segundo Albano; Basílio; Neves (2010) fazem-se necessárias discussões mais amplas de todo o contexto no qual o homem está inserido, uma vez que o maior desafio das políticas públicas não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de APS, mas também sensibilizá-los sobre a importância do cuidado e da inexistência de invulnerabilidade.

De acordo com estudos de Figueiredo (2005) a ideia dos serviços de saúde como um espaço feminizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. Isto não significa basicamente apenas a mudança nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres nesses serviços, tampouco a criação de serviços de saúde específicos para a população masculina. É evidente que um maior número de profissionais de saúde do sexo masculino nestes serviços, principalmente na equipe de enfermagem, contribuiria para melhor acesso dos homens nos postos de saúde.

No entanto, mais importante do que ter homens na assistência, é uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres. É necessário que os

profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço (FIGUEREDO, 2005).

O enfermeiro como profissional que atua na educação para a saúde, pode desenvolver um papel importante nesse contexto através de ações educativas de promoção e prevenção, explicando dúvidas e estimulando a população masculina a se cuidar, assim como é desenvolvido com crianças, mulheres e idosos através de programas e outras atividades (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar quais os aspectos acerca da assistência ao homem na atenção primária à saúde têm sido analisados nas pesquisas realizados por profissionais de saúde.

2.2 Específicos

- Caracterizar a produção científica revisada quanto às características estruturais e metodológicas.
- Verificar quais os fatores que contribuem para invisibilidade dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde.
- Identificar evidências científicas sobre as ações realizadas ou sugeridas para atrair os homens aos serviços de Atenção Básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A saúde do homem no Brasil: aspectos legais e epidemiológicos

A população brasileira em 2010 foi contabilizada em pouco mais de 190 milhões de habitantes, dos quais 49,0% eram do sexo masculino. Desses, 56% estavam na faixa entre 20 e 59 anos. Esses dados revelam que, do total de homens brasileiros, um pouco mais da metade encontram-se na idade adulta, estando mais expostos às situações de morbidade, dentre elas, a violência, o alcoolismo e o tabagismo (BRASIL, 2008; SCHWARZI, 2012).

Historicamente, as políticas de saúde privilegiaram ações de saúde materno-infantil e de idosos e nesse contexto o homem permaneceu esquecido no que se refere a uma política de saúde voltada especificamente para ele. É fato que foram realizadas algumas campanhas que envolvessem esta população tais como alcoolismo, tabagismo e prevenção de DST, porém, essas ações isoladas não garantiam uma política pública específica aos homens.

Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, o MS em 2008 lançou uma política de saúde essencialmente voltada aos homens a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH), que vem nortear ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros e fortalecer ações e serviços em redes, privilegiando a ESF, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

Desta forma, a PNAISH se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos. Esse grupo etário corresponde à parcela preponderante da força produtiva e, além do mais, exerce um significativo papel sociocultural e político. Isto não deve configurar uma restrição da população alvo, mas uma estratégia metodológica (BRASIL, 2008).

Essa política tem como objetivo principal promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a ampliação do acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com Leal; Figueiredo e Silva (2012) a implementação da PNAISH, envolve decisões de vários agentes em um determinado contexto: desde medidas tomadas pelos formuladores da política até às dos encarregados da implementação, sendo que nestes estão

inclusos, além do gestor municipal de saúde, a equipe técnica local designada para atuar na saúde do homem e os profissionais que atuam nos serviços.

Os médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, têm uma perspectiva própria sobre a saúde dos homens que, mesmo tendo, possivelmente, origem na PNAISH, é filtrada e interpretada pelo conhecimento que detêm da realidade local em que atuam, além de seu próprio instrumental teórico e conceitual (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).

A denominação de uma equipe ou de um responsável por uma área nova, a da Saúde do Homem, é apontada como um requisito fundamental para a implementação da PNAISH. Assim, algumas narrativas pontuam, como um desafio, a ausência de uma gerência específica no nível municipal que atue como referência para a promoção de ações voltadas para a saúde do homem, da mesma forma de outras áreas já consolidadas, como a da saúde da mulher, por exemplo (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).

Além das considerações dos determinantes sociais da saúde, optou-se estrategicamente pela identificação das principais doenças e agravos à saúde do homem, buscando esquematizar caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada. (BRASIL, 2008).

Aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população está concentrada em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Sendo que, as doenças que mais matam os homens são as coronarianas e o câncer de próstata, respectivamente (BRASIL, 2008).

Partindo desse contexto, podemos considerar que a definição de saúde da população masculina parece ainda vinculada à tradicional oposição à enfermidade. E o sistema de saúde parece ainda restrito à oferta de serviços (MEDRADO et al., 2009).

A ênfase na redução da morbidade e mortalidade demonstra uma centralidade da Política na oferta de serviços de assistência em detrimento de ações de promoção da saúde. Para o senso comum, esta centralização na doença ou “saúde do homem” traduz-se em doenças do aparelho geniturinário (como câncer de pênis e de próstata). A esse respeito, tem-se visto diversas iniciativas locais de instalação de serviços especializados surgindo em todo o Brasil, bem como certo discurso público se construindo em todo o país (MEDRADO et al., 2009).

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigma no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem

sinta-se integrado. Como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas pelo setor saúde, as seguintes diretrizes devem reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades. Elas foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações. (BRASIL, 2008).

Dentre os fatores externos destaca-se a violência, fenômeno difuso, complexo multicausal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psicobiológicos (BRASIL, 2008, 2010).

As mortes por causas externas apresentam uma taxa geral de 66,3 óbitos por 100 mil habitantes. Entretanto, na análise por sexo, os homens morreram, em 2008, cinco vezes mais em decorrência de causas externas do que as mulheres. No sexo masculino, o índice foi de 112,4 mortes por 100 mil; no feminino, 21,6 óbitos por 100 mil (BRASIL, 2010).

3.2 A assistência do homem na APS

Inserir os homens na atenção primária à saúde é um desafio às políticas públicas, pois estes não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem. Muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde (ALBANO; BASÍLIO; NEVES 2010).

Segundo Brasil (2010) a APS é a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. A APS pode ser definida como: um conjunto de valores, direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios, responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde, desenvolvida por Knauth; Couto; Figueiredo (2012), revela que a clientela dos serviços de saúde continua, apesar da tímida implantação da PNAISH, a ser majoritariamente feminina e infantil. Segundo as estimativas que apresentam, a população masculina representa no máximo entre 30% e 40%

da demanda. Reconhecem, contudo, que esta situação está se modificando rapidamente, visto que na atualidade o número de homens já é superior ao observado há alguns anos.

Os homens que frequentam os serviços de saúde são divididos em duas categorias: trabalhadores e idosos. O primeiro grupo, minoritário, é formado por homens entre 30 e 50 anos e se caracteriza por estar exercendo atividade remunerada, ser trabalhador e ter pouco tempo disponível para ir ao serviço de saúde. Já o segundo grupo, que contempla a maior parte dos homens, frequenta a unidade de saúde em razão de alguma doença crônica para consulta, busca de receita ou medicamento (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

A demanda dos homens nos serviços limita-se a ações de cunho curativo a partir de alguma doença já instalada como diabetes e hipertensão. Diferentemente de crianças, mulheres e idosos que comparecem aos serviços de saúde de forma mais preventiva utilizando os serviços de vacinação, puericultura, pré-natal dentre outros. Essa resistência do homem em se cuidar não está associada apenas às condições sociais ou a época, e sim a uma cultura em que os homens são educados como seres fortes e resistentes quando comparados ao gênero feminino (ALBANO; BASÍLIO; NEVES 2010).

Para a PNAISH a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

A ausência dos indivíduos do sexo masculino nas unidades básicas de saúde não deve ser pensada exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde, mas, também como uma falha na organização dos modelos de APS, que podem estar desenvolvendo ações inapropriadas às necessidades específicas de suas populações (FIGUEIREDO, 2005).

Algumas características de gênero atribuídas aos homens dificultam seu acesso aos serviços de AP tanto a busca dos serviços, quanto o seguimento da população masculina. Dentre estas características podemos destacar o machismo, que é associado à ideia de que “homem não adoece” e ainda aos comportamentos tidos como tipicamente masculinos, como o uso de álcool, o tabagismo e a violência (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007) outro fator que dificulta esse acesso é o horário de funcionamento dos serviços de saúde que coincide com a carga horária do trabalho masculino; o medo de descobrir uma doença; a vergonha de ficar exposto perante profissionais de saúde e a falta de unidades específicas para o cuidado com o homem.

Segundo Knauth, Couto e Figueiredo (2012) a precariedade da rede para os encaminhamentos e os critérios adotados para os agendamentos, são identificados como a principal dificuldade no atendimento da população masculina, particularmente em função da necessidade masculina de objetividade e rapidez. As deficiências da rede de atendimento impactam diretamente sobre a credibilidade do trabalho do profissional e da unidade de saúde.

3.3 O profissional de saúde frente ao Programa de Saúde do Homem

O homem apresenta um conjunto de características próprias que são mantidas desde o período primitivo. A inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, pois estes não reconhecem a importância da promoção da saúde e a valorização do corpo. O enfermeiro, além de ser um profissional da saúde, atua como um educador, esclarecendo dúvidas e incentivando a população masculina a cuidados próprios (SILVA et al., 2013).

Estudo realizado por Salimena (2013) revela que os homens não têm sido atendidos em suas necessidades, ou seja, o princípio da integralidade que assegura o atendimento do sujeito em toda a sua dimensão não se faz presente na assistência prestada a esses homens.

A criação de vínculos afetivos e efetivos entre o usuário e o profissional de saúde também representa uma das necessidades a serem atendidas, uma vez que a resignificação da vida diante da doença por parte do paciente, depende em parte do profissional de saúde e, a ausência desses vínculos e a falta de relação de confiança com o sistema de saúde, prejudica, conseqüentemente, o processo de tratamento do paciente (SALIMENA, 2013).

Aumentar a visibilidade das demandas da população masculina, a partir de ações mais efetivas constitui-se em um desafio para a saúde coletiva, uma vez que as ações de prevenção e promoção à saúde dos homens estão vinculadas às especificidades de cada local e às características da equipe interdisciplinar. Para que ocorram mudanças benéficas na AB, as ações de saúde devem contribuir significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão (BRASIL, 2008; SCHEUER; BONFADA, 2008).

Segundo Scheuer (2008) faz-se necessário elaborar estratégias que possam impulsionar uma prática cotidiana mais eficaz por meio de ações que visem a uma melhor percepção e acolhimento das demandas de saúde dos indivíduos do gênero masculino nas UBS.

Logo, as ações do profissional enfermeiro na PNAISH devem estar pautadas nos objetivos e na nova visão de atendimento ao novo paradigma emergente que é prestar cuidados ao homem a partir da atenção básica, num modelo de promoção e prevenção a este grupo. São objetivos da PNAISH promover melhores condições de saúde à população masculina do Brasil.

Nas UBS o tempo perdido em filas de espera e o horário de funcionamento estabelecido pelo sistema de atenção básica podem ser considerados obstáculos importantes no acesso e na acessibilidade aos serviços de saúde. Nesse caso, o usuário tem dificuldade em faltar às suas atividades, pelo temor de ser prejudicado ao ausentar-se do posto de trabalho. A elaboração e o planejamento de ações que ampliem a participação ativa dos indivíduos do gênero masculino no seu cuidado com a saúde, pode ser o primeiro passo, de muitos, em busca de resultados positivos.

Os homens poderão participar do planejamento das ações a serem desenvolvidas, de modo que possam realmente ser sujeitos de todo o processo, com responsabilidades definidas. Profissionais que trabalham com homens devem privilegiar dinâmicas em pequenos grupos de reflexão, onde seus componentes possam tanto falar, bem como ser ouvidos. Essa mesma dinâmica poderia ser adotada para se discutir os principais problemas de saúde da população masculina, permitindo aos participantes compartilhar opiniões, sugestões e experiências (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Além disso, o enfermeiro pode, junto ao homem durante visitas domiciliares, identificar meios que facilitem um maior contato deste com a UBS, a fim de auxiliá-lo no desenvolvimento de práticas para o autocuidado e prevenção de agravos, com sensibilidade e decodificação de suas necessidades, evitando a busca pela assistência na atenção secundária e terciária à saúde (SALIMENA, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo caracterizou-se tomando como base a revisão integrativa da literatura que é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE), ou seja, seus resultados podem ser utilizados na prática clínica, sendo uma síntese do conhecimento gerado sobre determinado assunto e uma maneira de se identificar as lacunas que ainda precisam ser preenchidas com novas pesquisas (LIMA, 2013).

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (WHITTEMORE, 2005).

De acordo com Souza; Silva; Carvalho (2010) a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico.

Para a elaboração desse método, serão desenvolvidas as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora da pesquisa, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação e síntese dos resultados e apresentação da revisão.

4.2 Ambiente da Investigação

A seleção dos estudos fundamentou-se a partir da busca nas Bases de Dados: Base de Dados em Enfermagem (Bdenf) e no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs) das publicações de 2009 a 2013. Essas bases de dados bibliográficos proporcionam acesso aos estudos primários e às revisões sistemáticas relacionadas à prática e à em saúde.

A BDENF é uma fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnica - científica brasileira em Enfermagem. Contém artigos das revistas mais conceituadas da área de Enfermagem, e outros documentos tais como: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

O LILACS é um produto cooperativo da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) relativo às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Possui

mais de 600.000 registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde. O LILACS também indexa outros tipos de literatura científica e técnica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais.

4.3 Coleta de dados

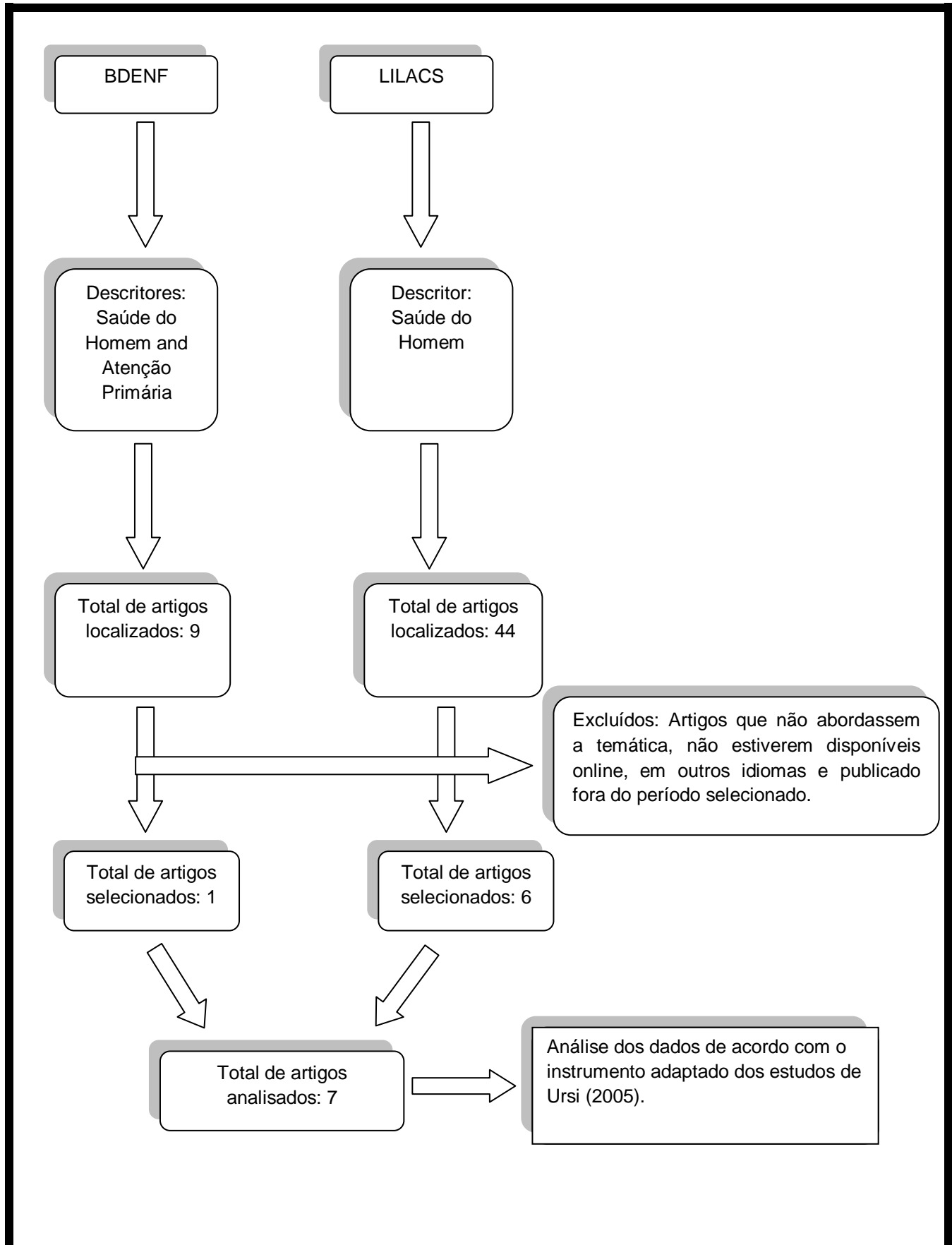
A investigação ocorreu no mês de agosto de 2013. Na pesquisa foram utilizados os descritores controlados do DECs, na Bdenf: Atenção Primária (attention Primary) and Saúde do Homem (human health) e no Lilacs utilizou-se: Saúde do Homem (human health).

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordassem a temática saúde do homem e/ou atenção primária, estar disponível eletronicamente na íntegra e estudos publicados em português entre o período de 2009 e 2013.

Após a seleção dos estudos, por meio da leitura do título e resumo, os artigos que cumpriram os critérios de inclusão foram analisados na íntegra e os dados foram coletados conforme o instrumento adaptado dos estudos de Ursi (2005) (ANEXO A). Deste modo, foram analisados: identificação do artigo (título do artigo e do periódico, nome dos autores, país, idioma e ano de publicação); instituição sede do estudo (hospital, universidade, centro de pesquisa, pesquisa multicêntrica, instituição única, outras instituições); tipo de revista científica (publicação médica, de enfermagem ou de outras áreas, bem como seus respectivos Qualis); características metodológicas do estudo (objetivo, tipo de publicação, amostra, tratamento dos dados, coleta de dados e implicações).

Abaixo, encontra-se um quadro síntese, com um fluxograma da coleta de dados e a seleção dos estudos (Fluxograma 1).

FLUXOGRAMA 1 - Seleção dos estudos através das bases de dados. Picos-PI, ago., 2013.



4.4 Análise dos dados

Os estudos foram separados de acordo com as seguintes categorias: aspectos estruturais e metodológicos das produções e evidências quanto à assistência à saúde do homem no nível primário de atenção à saúde.

Em seguida foram elaborados tabelas e quadros a fim de facilitar a visualização, interpretação e análise dos dados. Os mesmos foram analisados de acordo com a literatura pertinente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados e analisados os resultados da revisão de modo a caracterizar os estudos selecionados e, posteriormente, será feita uma exposição, entremeada por discussão, dos elementos integrantes acerca da assistência ao homem na APS.

Na Tabela 1, estão relacionados os descritores, total de artigos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos a partir das análises realizadas.

TABELA 1 - Distribuição dos achados segundo as bases de dados eletrônicas. Picos-PI, ago., 2013.

Base de dados	BDENF	LILACS	TOTAL
Encontrados	9	44	53
Excluídos por repetição	2	2	4
Excluídos por não responderem à questão norteadora	6	36	42
Incluídos para análise na íntegra	1	6	7

Usando os descritores, Saúde do Homem e Atenção Primária na base de dados BDENF, foram encontrados nove artigos. Na Lilacs utilizando o descritor Saúde do Homem, pôde-se obter um total de 44 publicações.

Um fator que contribuiu para a exclusão de muitos artigos foi o ano de publicação, que de acordo com critério de inclusão do estudo foi delimitado um período de cinco anos (2009 – 2013), o que mostra a escassez de trabalhos atuais publicados em português. Vários estudos foram pré-selecionados por título, mas após a leitura do resumo verificou-se que os mesmos não se enquadravam nos objetivos do presente estudo. E ainda, quatro trabalhos publicados se repetiram entre as bases, o que também levou à exclusão dos mesmos. Portanto, sete artigos constituíram a amostra definitiva para esta revisão (Tabela 1).

O quadro 1 relaciona os estudos incluídos e as informações adicionais sobre a publicação.

5.1 Características estruturais dos estudos selecionados

QUADRO 1 - Aspectos estruturais das produções científicas encontradas. Picos - PI, ago. 2013.

Código do Estudo	Periódico	Qualis	Título do Artigo	Formação Profissional dos Autores	Ano	País
A1	Rev. Rene. Fortaleza	B2	Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro 	2010	Brasil
A2	Interface - Comunic., Saude, Educ.	B2	Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Psicólogo 	2011	Brasil
A3	Ciência & Saúde Coletiva	B2	Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária	<ul style="list-style-type: none"> • Socióloga • Assistente Social • Pedagoga • Médica 	2011	Brasil
A4	Physis Revista de Saúde Coletiva	B1	O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros	<ul style="list-style-type: none"> • Sociólogo • Médica 	2011	Brasil
A5	Ciência & Saúde Coletiva	B2	Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Psicóloga 	2011	Brasil
A6	Interface - Comunic., Saude, Educ.	B2	O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero	<ul style="list-style-type: none"> • Socióloga • Médico 	2010	Brasil
A7	Cad. Saúde Pública	A2	Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens	<ul style="list-style-type: none"> • Socióloga • Médico 	2010	Brasil

Observa-se que as fontes de publicação são diversificadas e que todas são de origem brasileira, trazendo como foco a assistência ao homem na atenção primária a saúde. O número de publicações que abordam essa temática, dentro dos critérios de inclusão desse trabalho, é considerado pequeno. Visto que, a saúde do homem entrou em pauta recentemente no Brasil com a implantação da PNAISH.

Nota-se ainda, a crescente preocupação em estudar as relações entre masculinidade e cuidado em saúde com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades (COUTO et al., 2010).

Quanto ao período de publicação, três trabalhos eram referentes ao ano de 2010 e quatro ao ano de 2011. Os referentes estudos mencionam a concepção dos usuários e profissionais de saúde quanto à invisibilidade dos homens na UBS e o que pode ser feito para atrair essa clientela.

Segundo Schraiber (2010), em A7, mesmo o homem estando inserido em contextos sociais diversos, a sua percepção sobre a saúde se aproxima: embora não neguem que têm necessidades de assistência à saúde, destacam várias dificuldades em procurar os serviços. Afirmam que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas.

Quanto à formação dos profissionais, 16 autores são graduados em medicina, 12 em sociologia, três em enfermagem e os demais correspondiam às áreas de psicologia, pedagogia e assistência social. Apenas no estudo A1 a enfermagem se fez presente, o que evidencia que os enfermeiros pesquisam pouco sobre a assistência ao homem no nível primário de atenção a saúde.

Na pesquisa A6 desenvolvida por Couto et al. (2010) a ênfase da APS está voltada para problemas de saúde considerados mais simples e corriqueiros e, também, à articulação cura e prevenção, tornando o atendimento diverso daquele mais episódico e direto sobre as doenças. A falta de atenção ao público masculino reflete uma desqualificação dos homens para esta perspectiva assistencial. Nesse sentido, não se valoriza e nem se vê como adequado ou pertinente que os homens sejam alvo de intervenções na lógica organizacional dos serviços, quando se trata da APS, o que remete para sua desqualificação no campo das políticas públicas de saúde, aspecto que consideramos como uma forma de invisibilidade dessa população.

Estudo realizado por Alvarenga (2012) revela que os homens não somente merecem como precisam ser assistidos pelos programas de saúde que buscam a redução dos índices de

morbimortalidade e da exposição destes aos fatores de riscos, fortalecendo a manutenção da estrutura familiar, e também, por eles constituírem uma parcela significativa da população, pois, a faixa etária masculina contemplada pela política de saúde do homem está contida na força produtiva e política do país.

No quadro a seguir serão apresentadas as características metodológicas dos estudos selecionados.

5.2 Características metodológicas dos estudos selecionados

QUADRO 2 - Características metodológicas dos estudos selecionados. Picos-PI, ago., 2013.

Código dos Estudos	Objetivo	Tamanho da Amostra	Coleta de Dados	Tipos de Estudo	Tratamento dos Dados
A1	Identificar a opinião de homens sobre o atendimento recebido na Estratégia Saúde da Família.	11	Entrevista semiestruturada.	Exploratório, descritivo e qualitativo.	Análise de Conteúdo, segundo Bardin.
A2	Compreender como a sexualidade dos homens usuários dos serviços se apresenta no contexto da assistência, e como as demandas que se configuram nesse âmbito são abordadas.	57	Análise diária de campo produzida em observações etnográficas e depoimentos colhidos em entrevistas.	Multicêntrico e qualitativo.	Análise e interpretação etnográficas.
A3	Analisar como se dá a relação homens-assistência à saúde em quatro estados (Rio Grande do Norte, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo), financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).	20	Entrevista semiestruturada	Multicêntrico e qualitativo.	Método de interpretação de sentidos, baseando-se em princípios hermenêutico-dialéticos.
A4	Analisar os sentidos atribuídos por usuários homens ao atendimento que lhes é prestado no âmbito da atenção básica à saúde, buscando subsidiar a construção de indicadores qualitativos de satisfação em relação ao uso desses serviços por usuários masculinos.	201	Entrevista semiestruturada.	Exploratório, descritivo e qualitativo	Método de interpretação de sentidos, baseando-se em princípios hermenêutico-dialéticos.
A5	Investigou como se dão as representações	53	Observação direta dos	Exploratório, descritivo e	Técnica de análise temática

	e interações entre usuários (homens) e profissionais de saúde de serviços de atenção primária.		diferentes contextos e entrevista semiestruturada.	qualitativo	de conteúdo
A6	Compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero, que discute os mecanismos promotores de desigualdades presentes no trabalho em saúde.	8	Análise diários de campo produzidos em observações etnográficas.	Multicêntrico e qualitativo	Análise e interpretação etnográficas segundo os princípios do método de interpretação de sentidos.
A7	Estudam-se relações entre masculinidades e cuidado em saúde, abordando o reconhecimento de necessidades por homens usuários de atenção primária e respostas dos serviços.	254	Análise diários de campo produzido em observações etnográficas e entrevista semi estruturada.	Multicêntrico e qualitativo	A análise realizou-se a partir de uma adaptação da proposta hermenêutico-dialética de Minayo.

Quanto à metodologia utilizada para produção desses artigos, três estudos eram do tipo descritivo-exploratório e quatro pesquisas multicêntricas, sendo sete estudos de abordagem qualitativas. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram: análise diária de campo que permite o pesquisador analisar, em tempo real, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa e entrevista semiestruturada que é a utilização de um roteiro previamente elaborado contendo perguntas de caráter objetivo e subjetivo.

Com relação aos objetivos dos estudos analisados, cinco deles tinham como objetivo principal investigar a relação entre usuários homens e os serviços de atenção primária dentro de aspectos específicos de cada estudo. Um estudo objetivou compreender a ausência dos homens nas UBS e outra pesquisa buscou compreender a relação entre masculinidade e cuidados com a saúde.

Em seguida, no quadro 3, serão apresentadas as principais dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária, bem como medidas que podem ser utilizadas para viabilizar o acesso dos usuários homens.

QUADRO 3 - Evidências quanto às dificuldades de acesso dos homens às UBS e as propostas de intervenção. Picos – PI, ago., 2013.

Código dos Estudos	Caracterização do Estudo e População	Evidências publicadas	Propostas de intervenção realizadas e sugeridas pelos estudos
A1	Local (estado): RN Instituição: UBS e SMS População: homens Faixa etária: 20 a 29 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Filas extensas; • O horário de funcionamento das instituições de saúde é incompatível com a jornada de trabalho; • Poucos profissionais atuando na ESF e ausência de especialidades médicas; • Demora em conseguir consulta médica e exames laboratoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliária; • Estruturar um serviço humanizado e que esteja pautado na comunicação entre profissional-usuário; • Otimização dos serviços; • Reestruturar as UBS no sentido de estender o seu horário de atendimento para o período noturno.
A2	Local (estado): PE, RJ, RN, SP Instituição: UBS População: homens Faixa etária: 16 a 60	<ul style="list-style-type: none"> • Número insuficiente de atendimentos a pacientes portadores de IST; • Preconceito; 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem de problemas relativos à ereção nas UBS, IST's e câncer de próstata.
A3	Local (estado): PE, RJ, RN, SP Instituição: UBS População: Profissionais de Saúde Faixa etária: não identificada	<ul style="list-style-type: none"> • Filas extensas; • O horário de funcionamento das instituições de saúde é incompatível com a jornada de trabalho; • Poucos profissionais atuando na ESF; • Ausência da infra-estrutura material (horários, remuneração, inputs para propiciar a formação/trabalho interdisciplinar e contínuo aprimoramento dos profissionais) • Inexistência de programas voltados para a saúde masculina; • Ausência de uma cultura no autocuidado; • Vergonha; • Preconceito e medo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de estratégias voltadas tanto para a ampliação da oferta de ações como para a sensibilização dos homens para cuidarem de sua saúde.
A4	Local (estado): PE, RJ, RN, SP	<ul style="list-style-type: none"> • Filas extensas; • Demora no atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior oferta de atendimento; • Atenção por parte do profissional;

	Instituição: UBS População: Homens Faixa etária: 25 a 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> Falta de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilidade na marcação de consultas; Remuneração dos profissionais de saúde para que pudessem oferecer uma melhor assistência; Campanha publicitária voltada à Saúde do Homem; Assistência especializada, tais como psicológica, sexológica e urológica.
A5	Local (estado): SP Instituição: UBS População: Homens e profissionais de saúde Faixa etária: Homens de 18 de 60 anos	<ul style="list-style-type: none"> Preconceito. 	<ul style="list-style-type: none"> Temáticas como trabalho e sexualidade, por exemplo, devem ser contempladas nas discussões de prevenção e promoção da saúde.
A6	Local (estado): PE, RJ, RN, SP Instituição: UBS População: Profissionais de Saúde Faixa etária: não identificado	<ul style="list-style-type: none"> Os ambientes não favorecem a presença e permanência dos homens, já que todos se apresentam como espaços demarcadamente femininos; 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar atendimento em turnos de 24 horas, aos sábados ou num terceiro turno à noite; Qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento da população masculina; Criação de espaço para os usuários do sexo masculino e criação de um grupo específico para discussão da Saúde do Homem.
A7	Local (estado): PE, RJ, RN, SP Instituição: UBS População: Usuários homens e profissionais de saúde Faixa etária: Homens de 15 a 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> Alguns homens têm o pensamento mágico de sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento; Falta de tempo para procurarem os serviços e receios da perda do emprego; Dificuldade de acesso e o funcionamento dos serviços; 	<ul style="list-style-type: none"> O atendimento deve ser rápido e pontual;

Mesmo os estudos tendo sido realizados em vários estados brasileiros, com situações socioeconômicas e culturais diferentes, os resultados em geral são bem parecidos. Eles indicam vários fatores que inibem os homens a procurarem a atenção primária, como: filas extensas, o horário de funcionamento da unidade, a demora em marcação de exames e/ou consultas, a femininização dos ambientes, ausência de programas específicos aos homens, falta de profissionais especialistas e de medicamentos, medo e preconceito.

Quanto às propostas de intervenção, cinco estudos relevam a importância de investir em promoção e prevenção. Silva (2013), em seu estudo, mostra que é necessário que os profissionais de saúde, em relação à saúde do homem, adotem formas diferentes de pensar, rompam crenças e valores para incorporar novos conceitos pertencentes a sua saúde, adequando as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação aos períodos contrários aos do trabalho deles.

Com relação à amostra, três estudos trazem como público alvo os homens; em dois trabalhos os profissionais de saúde e em dois trabalhos os homens e os profissionais de saúde.

No que diz respeito à faixa etária da população estudada, teve uma variação com a mínima de 15 anos (A7) e máxima de 65 anos (A4 e A7). Em dois estudos (A3 e A6) não foram identificadas as idades dos homens, pois tratam-se de pesquisas realizadas exclusivamente com profissionais de saúde.

Quanto à instituição de realização dos estudos, todos foram realizados em UBS. No que diz respeito ao local, um estudo foi realizado na região nordeste, um na região sudeste e cinco por se tratar de pesquisa multicêntrica, foram realizados nas regiões nordeste e sudeste.

5. 3 Motivos para invisibilidade dos homens nos serviços de Atenção Básica à Saúde

Três estudos (A1, A3 e A4) mencionam as filas extensas como um dos principais problemas de acessibilidade.

No estudo realizado por Brito (2010) em A1, exhibe a insatisfação dos usuários quanto à perda de tempo em filas de esperas. Para eles, independentemente do sexo, esse fato é considerado um dos pontos negativos das instituições de baixa complexidade juntamente com a demora de conseguir consultas médicas e exames laboratoriais.

Em A3, estudo desenvolvido por Gomes (2011a), as dificuldades com o funcionamento em rede pouco resolutiva contribuem para a evasão dos usuários do sistema. A

demanda cresce, mas o número de profissionais não, gerando uma sobrecarga nas unidades onde determinados especialistas são encontrados.

Gomes (2011b) em A4 ressalta que as reclamações sobre a demora em ser atendido apontam para problemas que necessariamente não são de responsabilidade direta dos profissionais que prestam os cuidados nos serviços, como dificuldades de se equacionar a oferta dos serviços com a demanda.

Ademais, os estudos A1 e A3 fazem referência ao horário de funcionamento das instituições de saúde que é incompatível com a jornada de trabalho dos indivíduos inseridos no mercado formal ou informal, desestimulando os homens à procura desses serviços. O trabalho A1 justifica esse fato pelo receio que os homens têm em serem prejudicados por ausentarem-se de seus trabalhos para buscar auxílio médico. Esse prejuízo estaria ligado à possibilidade de perda do emprego, o que impossibilitaria os homens de desempenharem suas funções enquanto provedores de suas famílias.

Acredita-se que, de acordo com A1, reestruturar as UBS no sentido de estender o seu horário de atendimento para o período noturno oportunizaria a busca por assistência tanto daqueles inseridos no mercado formal de trabalho, como aos trabalhadores autônomos que, muitas vezes, obtém renda pela quantidade de horas trabalhadas.

Outro fator que dificulta a acessibilidade dos homens é a carência de profissionais trabalhando na atenção básica e poucos profissionais especialistas, esse fato fica explícito nos estudos A1 e A3.

Essa realidade evidenciada em A1 permite demonstrar que a quantidade mínima de trabalhadores para compor a equipe da ESF não supre as necessidades da população adstrita na área territorial de abrangência. Entretanto, a insatisfação de não haver médicos de várias especialidades para atender a população reforça a incompreensão desses usuários quanto aos propósitos da ESF como estratégia de organização da APS.

No entanto, de acordo com A3, ainda que se reivindique determinada especialidade, com a justificativa de que o generalista não dá conta de atender a especificidade do homem, faz-se necessário evitar uma visão reducionista ou fragmentalizadora da atenção primária, em que circunscreve a especificidade do usuário homem apenas na urologia.

No estudo A7, desenvolvido por Schraiber (2010), ressalta que embora os profissionais reconheçam que os homens possuem necessidades específicas, eles apontam dificuldades para atuarem junto à população masculina, justificando pela forma como eles buscam os serviços de APS, na maioria das vezes em busca de cuidados de cunho curativo.

Segundo relatos dos profissionais entrevistados, os homens só se reconhecem portadores de necessidades quando percebem alguma doença instalada ou quando sentem dor.

Em A6, Couto et al. (2010) justificou a invisibilidade dos homens nos serviços de atenção primária quando observaram que os ambientes não favoreciam a presença e permanência dos homens, já que todos se apresentam como espaços demarcadamente femininos. Como exemplo, nas áreas comuns e de grande circulação, como recepção e sala de espera, há sempre muitos cartazes, produzidos pelo MS, veiculando mensagens de promoção da saúde. Temas como promoção do aleitamento materno, pré-natal, prevenção de DST e HIV/AIDS são comuns e apresentam forte conotação feminina, excetuando alguns sobre o uso correto do preservativo e sobre hanseníase.

Somado a isso, ainda em A6, nota-se o reforço da feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos puramente decorativos que são produzidos internamente (pelos funcionários). Assim, embora se possa perceber relativa mudança no padrão de comunicação do MS, pela inclusão de referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais, tal intento ainda não alcança as equipes dos serviços em suas produções locais. Em suma, marcas pessoais influenciadas pelo imaginário de gênero são visivelmente transpostas para o ambiente público/institucional da saúde.

Além disso, o artigo A3 mostra que a organização do sistema de saúde historicamente vem sendo desenhada a partir da valorização do cuidado à saúde da mulher e da criança, tanto no meio profissional quanto no imaginário social, e, por conta disso, demarca as diferenças de abordagens de acolhimento por gênero, promovidas pelos serviços de saúde (instância micro) e as políticas de saúde (instância macro).

Em A4 um usuário da UBS ressalta que, havendo boas campanhas publicitárias voltadas aos homens, eles iriam dar mais atenção a sua própria saúde. Esse anseio vai de encontro ao que diz um dos objetivos da PNAISH, que tem a missão de ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas de promoção e de prevenção contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina.

A atenção à saúde requer uma mudança na concepção de mundo e na forma de utilizar o conhecimento em relação às práticas de saúde, voltando o seu enfoque especialmente para a promoção da saúde. É muito mais do que uma aplicação técnica e normativa, ou seja, a promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde (SALIMENA et al., 2013).

A pesquisa desenvolvida por Fontes et al. (2011) revelou, por um lado, o déficit de conhecimento da população masculina em relação à promoção da saúde e à prevenção de agravos e, por outro, o grande desafio para implementar ações de educação que visem a romper os déficits de autocuidado desses indivíduos, bem como dos exercentes da área da saúde. Haja vista a importância da PNAISH para uma efetiva interlocução entre o ensino e os serviços de saúde.

Nesse contexto, de acordo com Silva (2013) percebe-se a necessidade de aumentar o nível de conscientização, quanto à prevenção, promoção e adesão do homem ao serviço primário de saúde, e o conhecimento da população masculina sobre os fatores de risco das doenças acometidas. E ainda, reduzir no sistema público de saúde as taxas de morbidade e mortalidade.

As pesquisas A2, A3 e A5, mostram que fatores emocionais como preconceito, medo, vergonha e machismo têm grandes impactos na negligência à saúde dos homens.

Pinheiro (2011), em A2, destaca que o câncer de próstata consiste em um dos problemas mais lembrados na discussão da saúde dos homens. No entanto, o exame para detecção precoce carrega uma gama de preconceito. Esse problema de saúde é acompanhado por uma tensão proveniente dos sentidos acionados pelo formato de um dos procedimentos utilizados na prevenção, o toque retal. Por envolver a exposição e o contato com as nádegas dos usuários homens, esse procedimento assume a conotação de ameaça à masculinidade.

Pela conotação sexual que adquire e aciona, a prevenção do câncer de próstata torna-se assunto relacionado à sexualidade masculina pelo viés da ameaça à masculinidade. Daí, o toque retal ou a simples alusão a ele serem, com frequência, acompanhados de constrangimento ou vergonha, inclusive por parte dos homens mais jovens, que estão longe de serem indicados à realização desse procedimento. Nessa direção, se dá a resistência ou a recusa de alguns homens a se submeterem ao exame (PINHEIRO, 2010).

Segundo os profissionais entrevistados na pesquisa A3, há uma marca cultural no aprendizado de como se cuidar, que faz com que o homem chegue ao serviço de saúde com intercorrências graves. Há no ambiente familiar uma socialização de ideias que não estimulam um comportamento masculino de autocuidado, já que ao longo da trajetória pessoal o cuidado dos homens é geralmente mediado por figuras femininas como mãe, companheira e filha.

De acordo com Gomes (2011a) em A3, esse tipo de comportamento influencia não só no estado em que esse usuário chega ao serviço de saúde, mas também na maneira como o utiliza. A explicação para esse comportamento se liga às exigências dos modelos hegemônicos de masculinidades.

Figueiredo (2011) em A5, diz que apesar disso, os profissionais de saúde não podem desconsiderar essas concepções culturais. Ao contrário, devem ficar atentos a esses pontos de vista que permeiam o senso comum, pois os mesmos, certamente, servem de argumentos para a compreensão dos processos relacionados às necessidades e cuidados de saúde da população masculina.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos artigos permitiu evidenciar que os fatores que mais contribuem para invisibilidade dos homens na atenção primária são: filas extensas; horário de funcionamento das instituições de saúde incompatível com a jornada de trabalho; poucos profissionais atuando na ESF; ausência de especialidades médicas; demora em conseguir consulta médica e exames laboratoriais; inexistência de programas voltados para a saúde masculina; vergonha; preconceito e medo.

Esses fatores aliados a ausência de cultura do autocuidado faz com que grande parte dos homens deixe de procurar uma assistência básica para procurar uma assistência avançada quando a dor já incomoda muito. Essa demora em busca de cuidados permite que as doenças se tornem mais severas causando sérias lesões ou até mesmo óbito.

Dessa forma, podemos perceber que a responsabilidade de recrutar os homens para à APS não é tarefa exclusiva dos profissionais de saúde que trabalham na unidade, mas também dos homens, que reproduzem um pensamento mágico de que não adoecem, distanciando-se cada vez mais de práticas de promoção e prevenção. Ademais, as instâncias de saúde pouco incentivam a realização de campanhas e outras formas de disseminar informações aos homens.

Para realização desta revisão encontrou-se como limitação a dificuldade de encontrar publicações no período determinado como critério de inclusão que foi de 2009 a 2013. Outro problema foi o uso dos descritores, tendo em vista que vários estudos eram encontrados durante a busca, no entanto durante a análise na integra os mesmos não se enquadravam na temática, o que pode ser indício de uso incorreto dos descritores por alguns autores.

É válido destacar que os profissionais de saúde podem desenvolver muitas estratégias para incentivar os homens a cuidarem de sua saúde. Dessa forma, podem se qualificar cada vez mais para melhor atender a população masculina; criar espaço para os usuários do sexo masculino e um grupo específico para discussão da Saúde do Homem; gerenciar a demanda para que não haja grandes filas, realizar visitas domiciliares e promover uma assistência íntegra.

Medidas como estas, podem melhorar de forma significativa o fluxo da população masculina às UBS, promover a prevenção e a promoção da saúde e mudar certos pensamentos de caráter machista que impedem os homens de se cuidarem. Melhorando assim, a qualidade de vida dessa população e aumentando a expectativa de vida.

Por fim, os achados deste estudo apontam para a necessidade de realização e publicação de outras pesquisas, devido ao quantitativo reduzido de estudos atuais sobre a assistência ao homem no nível primário de atenção à saúde, visando desenvolver ações que busquem conhecer as especificidades da população masculina para melhor atuar sobre elas.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 554-563, 2010.

ALVARENGA W. A, et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 6, p. 929-935, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2010. **Homens de 20 a 29 anos morrem quatro vezes mais que mulheres da mesma faixa etária, diz Saúde**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2010/12/homens-de-20-a-29-anos-morrem-quatro-vezes-mais-que-mulheres-da-mesma-faixa-etaria-diz-saude>>. Acessado em 15 de Nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde, 2010. **Problemas do coração e câncer de próstata são as doenças que mais matam os homens**. Disponível em: <http://grupo-noticias.jusbrasil.com.br/politica/5554164/problemas-do-coracao-e-cancer-de-prostata-sao-as-doencas-que-mais-matam-os-homens>>. Acessado em: 15 de nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 135-142, 2010.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p. 257-70, 2010.

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. C. A. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 115-8, 2003.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 520-530, 2012.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde do homem: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p. 935-944, 2011.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e Serviço. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 983-992, 2011a.

_____. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, p. 113-128, 2011b.

GOMES, R.; NASCIMENTO, F. N.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Brasil: Tábua Completa de Mortalidade – 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas>. Acessado em: 13 de nov. de 2013.

_____. **Brasil: Tábua Completa de Mortalidade – 2011**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2011/notastecnicas. Acessado em: 13 de nov. de 2013.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

LIMA, V. C. Ausência dos usuários homens na atenção primária: revisão integrativa. **Revista Formar Interdisciplinar**, v.1, n.2, p. 42-50, 2013.

LUIZAGA, C. T. M. **Mortalidade Masculina no Tempo e no Espaço**. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p. 163-171, 2002.

MATUMOTO, S.; MISHIMA S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, v 17, n. 1, p. 233-241, 2001.

MEDRADO, B. et al. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2009.

PINEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.845-858, 2011.

SALIMENA, A. M. et al. Saúde do homem e atenção primária: o olhar da enfermagem. **Rev APS**, v. 16, n. 1, p. 50-59, 2013.

SCHEUER, C.; BONFADA, S.T. Atenção à saúde do homem: a produção científica de enfermeiros na atenção básica. **Revista Contexto & Saúde**, v. 7, n. 14, p. 7-12, 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCHWARZI, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 108-116, 2012.

SILVA, B. T. O. et al. Promoção e prevenção da saúde do homem. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v.2, n.1, p. 95-101, 2013.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade Básica de saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 3, p. 561- 568, 2012.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130 f. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ANEXO A

ANEXO A- Instrumento adaptado dos estudos de Ursi (2005)

1. IDENTIFICAÇÃO		
Título do artigo		
Título do Periódico		
Autores	1. Profissão do autor: ()Enfermeiro ()Médico ()Outro: _____ 2. Profissão do autor: ()Enfermeiro ()Médico ()Outro: _____ 3. Profissão do autor: ()Enfermeiro ()Médico ()Outro: _____ 4. Profissão do autor: ()Enfermeiro ()Médico ()Outro: _____	
País		
Idioma		
Ano de Publicação		
Base de dados		
2. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO		
Hospital	Centro de pesquisa	Instituição única
Universidade	Pesquisa Multicêntrica	Outras instituições
3. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA		
Publicação Médica	Publicação de Enfermagem	Publicação de outras áreas
QUALIS:	QUALIS:	QUALIS:
4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO		
Objetivo ou questão norteadora		
Tipo de publicação	() Qualitativa () Quantitativa	
Amostra	Tamanho: _____ Características da amostra: idade: _____ Nacionalidade: _____	
Coleta de Dados		

	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Resultados	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Análise	Métodos utilizados: <hr/> <hr/> <hr/>
Implicações	Evidências encontradas quanto à invisibilidade dos homens no acesso aos serviços de atenção básica: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, intervenção, resultados)	<hr/> <hr/> <hr/>