

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF HUMAN HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Susiane Lima Braga Mourão. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. susianebr@gmail.com
Kellyane Folha Goes Moreira. Mestranda em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí – UFPI.

RESUMO

Introdução: os homens adoecem mais por condições graves de saúde comparado com as mulheres, sendo em quase todas as faixas etárias e para a maioria das causas, o câncer e as causas externas. **Objetivo:** promover ações de saúde baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem – PNAISH para a melhoria da qualidade de vida da população masculina de um município piauiense. **Plano operativo:** trata-se de um plano de intervenção realizado na equipe de saúde da família da zona rural de um município do Piauí, com usuários do sexo masculino de 20 a 59 anos de idade. **Proposta de acompanhamento:** será avaliado relatórios do sistema E-SUS e os resultados dos indicadores do DATASUS. Os dados serão coletados e repassados a gestão da Secretaria Municipal de Saúde para que sejam analisados junto a coordenação da atenção básica, Equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF e Núcleo Ampliado de Apoio de Saúde da Família - NASF para que se estabeleçam práticas educativas de promoção da saúde para a redução de morbimortalidade da população masculina de 20 a 59 anos de idade. **Conclusão:** no início do processo observou-se que os homens demonstraram interesse em participar das atividades educativas, porém, com dificuldade em reconhecer suas reais necessidades de saúde, o início desse processo proporcionou a aproximação entre profissional e usuário, importante para que usuário sinta que pode confiar na equipe e que o espaço da unidade de saúde é também para ele.

Descritores: Saúde do homem. Política de saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: the men fall ill more serious health conditions compared with women, being in almost all age groups and for most causes, cancer and external causes. Goal: promote health actions based on the National Policy of Integral attention to health Man-PNAISH to improve the quality of life of the male population of a municipality in Piauí. Operating plan: this is a contingency plan held at the family health team of the municipality in the State of Piauí, with male users of 20 to 59 years of age. Proposal: tracking will be evaluated and system-SUS reports and the results of the indicators of the DATASUS. The data will be collected and transferred the management of the Municipal Health Secretariat to be analyzed with the coordination of the basic attention, Teams of the family health strategy-ESF and Extended Core family health support-NASF to distil educational health promotion practices for the reduction of morbidity and mortality of the male population of 20 to 59 years of age. Conclusion: at the beginning of the process it was observed that men have shown interest in participating in educational activities, however, have difficulty recognizing their actual health needs, the beginning of this process provided the rapprochement between Professional and user, important to the user feels they can trust in the team and that the health unit is also for him.

Keywords: Men's health. Health policy. Health education.

INTRODUÇÃO

A literatura considera que os homens adoecem mais por condições graves de saúde comparado com as mulheres, sendo em quase todas as faixas etárias e para a maioria das causas, destacando o câncer e as causas externas.⁽¹⁾

As causas externas no Piauí em 2017, tem sido responsável pelo maior número de adoecimento e morte no Piauí entre homens de 20 a 59 anos de idade (1.492), seguido de doenças do aparelho circulatório (701) e neoplasias (355). É importante notar que a morbimortalidade por causas externas, atingem principalmente os homens mais jovens de 20 a 29 anos, com 34,8% dos casos e os de 30 a 39 anos com 29,8%.⁽²⁾

No município de Amarante observou-se que é elevado o índice de homens de 20 a 59 anos de idade que adoecem e morrem por estes grupos de causas.

O número de internações em 2017, foi de 109 por causas externas, sendo 27 para mulheres e 82 para homens.⁽³⁾

Estes números mostram que as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde específicas para a população masculina não existem ou não tem sido eficientes para combater o adoecimento e morte. A atenção básica ainda não possui implantado no município o Programa de Saúde do Homem.

Dessa forma, é relevante da implantação de uma política de saúde específica para o homem, a fim de possibilitar o seu acesso ao serviço de saúde. Acredita-se que, essa população, não vivencie as práticas de saúde e os serviços ofertados na atenção básica, deixando de notar que são indivíduos inseridos dentro dos espaços de saúde.⁽⁴⁾

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Amarante-PI. A motivação para este estudo surgiu a partir do levantamento de dados sobre adoecimento e morte de homens de 20 a 59 anos de idade, sendo que as causas, na sua maioria, podem ser evitadas.

Amarante possui uma população de 17.135 habitantes, sendo que a população feminina é de 8.818 e a masculina de 8.317. Desta quantidade de homens, 4.105 possuem entre 20 e 59 anos de idade.⁽⁵⁾

Diante disso, a realização deste trabalho se justifica pela necessidade de se implantar o Programa Saúde do Homem fundamentado nas ações propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem – PNAISH, com práticas de

educação em saúde que proporcionem a inclusão do homem no serviço de saúde contribuindo para a redução dos números de morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida.

O objetivo deste trabalho é promover ações de saúde baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem – PNAISH para a melhoria da qualidade de vida da população masculina de um município piauiense.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Situação de Saúde do Homem

As primeiras pesquisas sobre as condições de saúde do homem surgiram nos Estados Unidos e, enquanto os homens eram mais poderosos que as mulheres, também tinham as maiores às taxas de adoecimento e morte. Essa contradição, favoreceu a visão de que os homens não devem ser tidos somente como indivíduos do sexo masculino nos estudos da saúde, mas são sujeitos que possuem peculiaridades sociais no processo saúde-doença, do ponto de vista de gênero.⁽⁶⁾

No Brasil o processo de envelhecimento, revela que os homens tem maior índice de mortalidade comparado as mulheres e que para algumas idades, as causas externas e as doenças do aparelho circulatório estariam entre as principais causas de morte, que são superadas somente na faixa etária acima dos 50 anos pelas neoplasias.⁽⁷⁾

Em 2014 no Brasil, para cada 1000 homens 7,8 morrem, e para cada 1000 mulheres morrem 4,7. Dentre os grandes grupos de causas: doenças transmissíveis, não transmissíveis e causas externas o óbito prevalece no sexo masculino. Para as causas específicas de morte, o homem morre mais pelo câncer de próstata 15,7 do que a mulher pelo o da mama 13,8, no câncer de pulmão, cólon e reto a diferença também é notória e isso se repete nas doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e diabetes mellitus.⁽⁸⁾

Mesmo com elevado número de adoecimento e morte, observaram que a população masculina só comparecem ao serviço de saúde quando sua situação se torna tão grave que a atenção primária não pode mais resolver necessitando de outro nível de complexidade.⁽⁹⁾

Ainda, os homens aparecem no serviço de saúde priorizando remediar seus problemas somente quando os incomodam e assim desconsideram as ações preventivas. Isso acontece devido a falta de vontade dos homens de faltar o trabalho,

ausência de educação para se cuidar de forma preventiva e receio de se tornar dependente por causa de doença.⁽⁷⁾

Nesse mesmo sentido num estudo foi identificado que os homens de 30 a 50, trabalhadores e com pouco tempo disponível, como a minoria que frequentava o serviço de saúde. Outro grupo procurava atendimento por ter doenças crônicas, para pegar medicação ou renovar receita. E os motivos para não frequentar a unidade de saúde pode-se citar a falta de paciência para aguardar a sua vez, o machismo e o medo de faltar no emprego.⁽¹⁰⁾

A prevalência no comportamento de risco assumido pelo homem foi avaliado e situações como o alcoolismo, tabagismo, atividade física insuficiente, alimentação inadequada, situação vacinal incompleta, não realização de exames e do lazer são comportamentos que contribuem para a diminuição da qualidade de vida.⁽¹¹⁾

O uso de álcool e drogas, foi estudado como um comportamento que está diretamente ligado com a motivação para o suicídio e suas tentativas no contexto social dos usuários pesquisados. Como causa externa, o suicídio é a terceira causa de óbitos no homem, atrás dos homicídios e acidentes de transporte.⁽¹²⁾

Isso se confirma com a taxa de mortalidade masculina por causas externas que é de 124,5 e para as mulheres é de 25,0 para cada 100.000 habitantes. Sendo que os acidentes por transportes atingem 34,6 homens para 7,3 mulheres, os homicídios 50,7 para 4,4 e suicídio 8,2 para 2,0 respectivamente.⁽⁸⁾

Dessa forma, a ausência do homem nos postos de saúde seria porque eles buscam por agilidade e facilidade no atendimento das suas necessidades, como por exemplo, nas farmácias e prontos-socorros. A visão dos homens é que a unidade saúde é um espaço para mulheres, com profissionais, em sua maioria, constituído por mulheres, provocando neles um sentimento de não pertencimento àquele local.⁽¹³⁾

2.2 Política de Saúde do Homem

No geral, o público masculino evita aproximação com os locais de saúde, contrários à ideia de se prevenir e de autocuidado, os homens retardam a procura pelo atendimento, possibilitando o agravamento de sua situação gerando despesas para si mesmo e para o sistema de saúde, por ter o dever de prestar assistência no momento em que a doença avança.⁽¹⁴⁾

Como forma de combater a realidade da situação de saúde do homem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009 (ANEXO I) surgiu como uma resposta à discussões da vigilância e atenção à saúde envolvendo os poderes da união, estado e município.⁽¹⁵⁾

A política de saúde do homem tem foco na atenção ao grupo de 20 a 59 anos, permitindo uma ampla área de contato especialmente com as faixas etárias limítrofes. Este grupo é reconhecido por entrar no sistema de saúde no nível de atenção especializada, já com o agravamento da doença, onerando custo para o SUS. A PNAISH reconhece a necessidade de fortalecer a qualificação da atenção primária assegurando, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis.⁽¹⁴⁾

Os objetivos da PNAISH, incluem oferecer e facilitar o acesso do usuário a práticas de saúde que envolvam a promoção, prevenção, assistência e recuperação, devendo ser implementadas em todos os níveis de assistência. Nesse caso, a promoção da saúde e prevenção de doenças são prioridades da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família.⁽¹⁶⁾

A PNAISH atua para a humanização e a qualidade na assistência de saúde dos homens, apoiado nas práticas de educação em saúde sendo necessário que profissionais da saúde sejam capacitados para garantir um cuidado resolutivo e seguro.⁽¹³⁾

A Política declara a dificuldade que os homens têm para assumir suas fragilidades mascarando suas necessidades, por acharem que o cuidado não faz parte da prática masculina. Conforme os discursos analisados, por estes autores, os homens acreditam que a saúde tem relação, principalmente, com exame de prevenção do câncer de próstata, o que dificulta a procura por serviços de saúde, quando se trata de outras doenças ou promoção da saúde. Sendo este, portanto, um dos vários fatores que interferem na adesão masculina aos serviços, pois gera constrangimento, medo e preconceito.⁽¹⁷⁾

Dessa forma, a implementação da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem - PNAISH, precisa ocorrer centrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) que é o acesso inicial do serviço de saúde e integrada às políticas de saúde que já existem. Porém, essas políticas ainda priorizam outros grupos, como por exemplo, gestantes, saúde da criança e idosos, sendo que nesta população a saúde da mulher é a mais assistida.⁽¹⁶⁾

Reforça-se que a demora em qualificar o profissional para assistir a saúde do homem prejudica o desenvolvimento do trabalho da equipe é preciso trazer a informação sobre a PNAISH para serem aplicados os princípios e objetivos propostos por ela.⁽¹³⁾

A PNAISH prima por princípios de universalidade, integralidade e equidade, trabalho articulado com vários segmentos do governo, levar informações de saúde ao homem e toda a sociedade, busca para inclusão em atividades preventivas, qualificação dos profissionais para atender à saúde do homem com educação

permanente e continuada, disponibilidade de materiais que viabilizem as ações e o desenvolvimento de indicadores para avaliar e monitorar os serviços a saúde do homem.⁽¹⁴⁾

E está orientada pelas diretrizes da integralidade, organização dos serviços públicos de saúde, da implantação hierarquizada da política com foco na Estratégia de Saúde da Família, de reorganização das ações de saúde e integração da execução da PNAISH às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.⁽¹⁸⁾

2.2 Educação em Saúde do Homem

As práticas de educação em saúde, no início do século XX, eram atribuídas aos servidores da saúde e da educação e, a cada um cabia desenvolver um parte do processo levando a fragmentação do saber, desvalorizando as dificuldades rotineiras da população. Na saúde, essas ações além de não serem priorizadas, ainda eram realizadas de maneira a impor que o indivíduo obedecesse regras de comportamento.⁽¹⁹⁾

Nesse período, a forma de fazer educação em saúde era muito rigorosa e técnica onde a população era desvalorizada, julgada não ser capaz de ter iniciativa própria e o trabalho do Estado acontecia através de campanhas sanitárias.⁽²⁰⁾

O significado de educar vai além de simplesmente disseminar o conhecimento, trata-se de um processo embasado no contexto para adquirir valores culturais, sociais compreendendo que a educação em saúde tem a ver com as ações de cuidado. E dessa forma, os profissionais de saúde assumem um papel tanto de educador como de trabalhador de saúde mostrando que a educação faz parte do trabalho em saúde.⁽²¹⁾

Nesse sentido, o conceito de educação em saúde é bem definido como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população. A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde.⁽²²⁾

Para praticar a educação em saúde é necessário envolver três sujeitos: os profissionais que reconheçam prevenir doenças e promover a saúde tanto quanto a assistência curativa, os gestores que devem dar apoio aos profissionais e a comunidade que precisa adquirir o saber e ampliar o cuidado no aspecto coletivo e individual.⁽²⁰⁾

A Estratégia de Saúde da Família - ESF surgiu para aumentar o acesso e a capacidade dos serviços de saúde representando um avanço no que diz respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.⁽²³⁾

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família – ESF precisa compreender realidade da comunidade da área de cobertura, estimular sua participação criando vínculos, cooperar na formação da cidadania desenvolvendo o processo de trabalho proposto pelo Ministério da Saúde. Essa maneira de trabalhar favorece na saúde os significados de educação e controle social.⁽²⁴⁾

Como a atenção básica está mais perto da comunidade, deve incluir os homens para que se sintam parte do serviço de saúde pois através da educação em saúde, “os homens podem ser sensibilizados para a responsabilidade de cuidar de si e dos outros, o que facilita o rompimento da barreira existente entre homens e unidades de saúde.”⁽¹⁶⁾

É um grande desafio agregar o usuário do sexo masculino nas práticas de saúde na atenção primária e elaborar intervenções que favoreçam suas necessidades específicas. Porém, é importante que os profissionais vejam os homens como indivíduos que precisam fazer parte das ações de prevenção de agravos e da promoção da saúde.⁽²⁵⁾

As ações de educação em saúde devem considerar além do aspecto biológico, o meio social, político e cultural do indivíduo, tornando a família seu eixo central de abordagem. Dessa forma, a intervenção da equipe de saúde estará refletindo em ultrapassar o paradigma da assistência centrada no atendimento individual e curativo.⁽²³⁾

No estudo com uma equipe de enfermeiros perceberam que os profissionais da atenção básica não realizam ações de educação em saúde para o homem, isso reflete na baixa procura pelo serviço de saúde já que é a atenção básica que deve fornecer estratégias para que o homem esteja presente no serviço de saúde.⁽⁹⁾

Dessa forma, os profissionais reconhecem que precisam trabalhar a saúde do homem, porém, há alguns desafios para a executar as ações incluindo o homem nos serviços de saúde, como por exemplo, falta de ferramentas de qualificação e apoio a atenção à saúde do homem, para viabilizar a organização do trabalho.⁽⁴⁾

Para que os profissionais possam trabalhar a educação em saúde, é essencial capacitar as equipes da ESF, modificando o modelo de prática educativa de simples transmissão da informação. Ainda assim, a ausência de estrutura adequada a execução das atividades, de local adequado e de materiais didáticos são fatores dificultantes à realização das ações e que vêm interferindo no entendimento de prática da educação em saúde atual.⁽²⁶⁾

Após a legitimação da promoção da saúde, depois da publicação da Constituição Federal de 88, os poderes governamentais junto com estabelecimentos de ensino se preocuparam em fortalecer as ações de promoção da saúde como prática de desenvolvimento da qualidade de vida da população ampliando programas de estudo de pós-graduação com esse tema. Os projetos de promoção da saúde só se concretizaram na atenção básica com a incorporação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).⁽²⁷⁾

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS foi criada em 2006 objetivando proporcionar a qualidade de vida diminuindo os fatores que condicionam e determinam a saúde. A diretrizes estão fundamentadas nas relações intersetoriais, cuidado integral, assegurar a participação da sociedade e os meios para coordenação do trabalho de equipe.⁽²⁸⁾

A prática de educação em saúde possui na atenção básica, ênfase em ações preventivas e de promoção da saúde. A promoção da saúde diferente da prevenção apresenta uma visão mais abrangente de buscar intervir nos fatores que determinam o processo saúde- doença, na tentativa de auxiliar na mudança do estilo de viver das pessoas para se obter melhor qualidade de vida.⁽²⁹⁾

3 PLANO OPERATIVO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Falta de conhecimentos dos profissionais quanto ao atendimento à saúde do homem de acordo com a diretrizes da PNAISH	Qualificar os profissionais que atuam na Atenção Básica para implementar as ações e serviços para o atendimento ao homem	Capacitar todos os Profissionais quanto ao atendimento à saúde do homem de acordo com a diretrizes da PNAISH Prazo: 1 mês	Realizar treinamento para os profissionais da equipe sobre a Política de Saúde do Homem	Coordenadora de educação permanente e da atenção básica
Ausência de dados da população masculina de 20 a 59 anos no território	Realizar busca ativa de usuários do sexo masculino de 20 a 59 anos cadastrados nas equipes por cada Agente Comunitário	Realizar o levantamento de 100% dos usuários do sexo masculino cadastrados na equipe. Prazo: 2 meses	Visitas domiciliares, levantamento de fichas cadastrais	ACS

	de Saúde – ACS			
Ausência do usuário do sexo masculino nas ações de planejamento familiar	Incluir o homem nas ações de planejamento sexual e reprodutivo;	Alcançar a presença e assiduidade dos homens nas ações de planejamento familiar Prazo: 1 ano	Realizar encontros em horário favorável à presença do homem no serviço de saúde	Toda a equipe de ESF, Gestor municipal
Elevado número de gravidez indesejada e registro de caso novo de sífilis em gestante	Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das IST/AIDS;	Realizar 4 atividades educativas no período de um ano Prazo: 1 ano	Conscientizar a população quanto a importância do uso de preservativo através de oficinas, vídeos, panfletos, rodas de conversas na UBS e em locais de encontro de homens	Toda equipe ESF, gestor municipal
Elevado número de morbimortalidade de entre homens 20 e 59 anos com incapacidade física parcial e/ou total	Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado da saúde;	Redução dos índices de internação hospitalar e óbito por causas externas Prazo: 1 ano	Levar informações para o homem quanto as consequências da falta de cuidado com a saúde, envolver a família nas ações saúde	Toda a equipe ESF, gestor municipal, secretaria de assistência social
Falta de instrumento local para viabilizar o fluxo do atendimento à saúde do homem	Criar protocolo municipal de ações e serviços para o homem	Implantar instrumento local para o atendimento à saúde do homem Prazo: 1 mês	Criar protocolo municipal de assistência à saúde do homem	Enfermeira ESF, coordenação de educação permanente, gestor municipal

Figura 1. Fonte: MOURÃO, 2018.

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

De acordo com o problema identificado no município de Amarante/PI, onde o objetivo é promover ações de saúde baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem – PNAISH para a realização de uma proposta de intervenção, será avaliados relatórios do sistema E-SUS e os resultados dos indicadores fornecidos pelo DATASUS.

Os dados serão coletados e repassados a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município para que sejam analisados junto a coordenação da atenção

básica, Equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF e Núcleo Ampliado de Apoio de Saúde da Família - NASF para que se estabeleçam práticas educativas de promoção da saúde para a redução de morbimortalidade da população masculina de 20 a 59 anos de idade.

As equipes da ESF devem realizar busca ativa dos usuários para oferecer oficinas, com apresentação de vídeos, distribuição de folders, panfletos, rodas de conversas, na unidade de saúde e em locais de encontro desse público (igrejas, associações comunitárias, pontos de moto táxi, mercado público). Ainda, a participação de profissionais na rádio comunitária para tirar dúvidas e tratar de temas sobre a saúde do homem. Todas as ações serão registradas com fotos e vídeos que serão divulgadas em um painel de fotos exposto no posto de saúde.

CONCLUSÃO

As estratégias utilizadas no processo de implantação do Programa de Saúde do Homem foram realizadas através de treinamentos, encontros, distribuição de material informativo, apresentação de vídeo e roda de conversa com profissionais e usuários.

Os homens demonstraram interesse em participar das atividades, porém, observou-se a dificuldade em reconhecer suas reais necessidades de saúde, pois alguns, principalmente os mais velhos, ainda procuram o serviço de saúde somente quando estão com problemas sérios que os impedem de seguir suas atividades rotineiras. Apesar disso, os mais jovens compreenderam a importância da realização de exames preventivos quando discutido sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's. O maior desafio está sendo lidar com as diferenças culturais, costumes dos mais antigos, sobre estilo de vida e que acabam transmitindo aos mais novos.

Dessa forma, busca-se agregar o conhecimento já existente ao invés de impor regras de mudanças atendendo ao verdadeiro significado de educação em saúde.

Observa-se que o início desse processo proporcionou a aproximação entre profissional e usuário, importante para que usuário sinta que pode confiar na equipe e que o espaço da unidade de saúde é também para ele.

REFERÊNCIA

1. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):607-614.
2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI. Mortalidade Proporcional segundo Causa Capitulo em homens na faixa etária de 20 a 59 anos, PiauÍ, 2008 a 2017. SIM/COORD. ANÁLISE DE ANÁLISE/SESAPI.
3. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpi.def>. Acesso em: 30 out. 2018.
4. Araújo MG, Lima GAS, Holanda CSM, Carvalho JBS, Sales LKO. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):682-89.
5. BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/amarante/pesquisa/23/25888?detalhes=true> Acesso em: 30 de out. 2018.
6. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2569-2578.
7. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):635-643.
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Información y Análisis de Salud (HSD/HA): situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington DC 2016; 8-9.
9. Cordeiro SVL, Fontes WD, Fonseca RLS, Barbosa TM, Cordeiro CA. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):644-49.
10. Knauth DR, Couto M, Figueiredo WS. 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*. 2012; 17(10):2617-2626.
11. Arruda GO, Marcon SS. Comportamentos de riscos à saúde de homens da região sul do brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(2):12.
12. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camilo LA, Plein FAZ. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(1)1-7.
13. Souza e Souza LP, Almeida ER, Queiroz MA, Silva JR, Souza AAM, Figueiredo MFS. Conhecimento de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a Política de Atenção à Saúde masculina. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2014;12(2):291-304.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 92 p.
15. Paz EPA, Guimarães RM, Muzi CD, Tavares MAS, Bahia CA, Ayres ARG. Análise da tendência da mortalidade masculina no Rio de Janeiro: contribuição da enfermagem. Esc Anna Nery. 2014; 18(4):593-99.
16. Teixeira DC, Brambilla DK, Adamy EK, Krauzer IM. Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2014; 12(3):563-576.
17. Cavalcanti JRD, Ferreira JÁ, Henriques AHB, Moraes GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Escola Anna Nery. 2014;18(4): 628-34.
18. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. R. Enferm. UFSM. 2011; 1(2):144-152.
19. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde. 2011; 16(1):319-325.
20. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(3):847-852.
21. Junqueira MAB, Santos FCS. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. Rev. Ed. Popular. Uberlândia. 2013; 12(1):66-80.
22. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 480 p.
23. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. Rev. Min. Enferm. 2011; 15(2):196-201.
24. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm, Brasília. 2010; 63(4):567-73.
25. Moreira RLSF, Fontes WD, Barbosa TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Escola Anna Nery. 2014; 18(4):615-621.
26. Gazzinelli MFC, Marques RC, Oliveira DC, Amorim MMA, Araújo EG. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2013; 11(3):553-571.
27. Yamaguchi UM, Bernuci MP, Pavanelli GC. Produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(6):1727-1736.

28. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4301-4311.

29. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(7):1825-1832.