

Política nacional de asistencia integral a la salud del hombre: una revisión integradora
Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa
National policy of integral attention to man's health: an integrative review

Recibido: 16/08/2016
Aprobado: 20/11/2016
Publicado: 01/05/2017

Mariana Rocha Rodovalho Scussel¹
Daniela Martins Machado²

El objetivo de este estudio fue verificar la producción científica acerca de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre. Se trata de una revisión integradora de la literatura, que extrajo artículos disponibles en su totalidad en las bases de datos Scientific Electronic Libray (SciELO) y la Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) en el período de 2013 a julio del año 2015. Se establecieron dos categorías de análisis, identificadas como "Potencialidades y fragilidades de la implementación de la política" y "Desafíos para el cuidado de la salud integral del hombre." El estudio reveló que el establecimiento de PNAISH y la adopción de algunas de sus directrices para los servicios de atención no fueron suficientes para la ampliación del acceso público masculino a las iniciativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, sino que se ha dado más énfasis a la cuestión que está ganando la atención de los gestores y trabajadores para la mejora de las estrategias de atención a la salud humana.

Descriptor: Salud del hombre; Política de salud; Atención primaria de salud.

O objetivo deste estudo foi verificar a produção científica acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que extraiu artigos disponíveis na íntegra nas bases de dados Scientific Eletronic Libray (SciELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no período de 2013 a julho de 2015. Estabeleceram-se duas categorias de análise, identificadas por "Potencialidades e fragilidades da implementação da política" e "Desafios para a atenção integral à saúde do homem". O estudo revelou que o estabelecimento da PNAISH e a adoção de algumas de suas diretrizes pelos serviços assistenciais não foram suficientes para a ampliação do acesso do público masculino às iniciativas de promoção da saúde e prevenção de agravos, senão que maior ênfase tem sido dada ao tema que vem ganhando atenção de gestores e trabalhadores para o aprimoramento das estratégias de atenção à saúde do homem.

Descritores: Saúde do homem; Política de saúde; Atenção primária à saúde.

The aim of this study was discuss the human health care with a focus on implementation of the National Policy of Integral Care to Man Health identifying the obstacles encountered. It is an integrative literature review, which drew articles available in full in the databases Scientific Electronic Libray (SciELO) and Virtual Health Library (BVS) in the period from 2013 to July 2015 were established two categories of analysis identified as "Strengths and weaknesses of the policy implementation " and "Challenges for comprehensive health care of the man." The study revealed that the establishment of PNAISH and adopting some of its guidelines for care services were not enough to expand the male public access to health promotion and production initiatives, but that more emphasis has been given to this issue has gaining attention of managers and workers for the improvement of care strategies human health.

Descriptors: Men's health; Health policy; Primary health care.

1. Enfermera. Especializanda en Salud del Anciano en la modalidad Residencia Integrada Multiprofesional de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) Uberaba/MG/Brasil. ORCID 0000-0002-8487-0163 E-mail: scusselmari@gmail.com

2. Enfermera. Especialista en Coordinación de Grupo Operativo. Especialista en Psicología Transpersonal. Magister en Ciencias de la Salud. Profesora de la Escuela Superior de Salud de la Secretaría de Estado de la Salud del Distrito Federal Brasília/DF/Brasil. ORCID 0000-0002-5209-7022 E-mail: daniluzmartins@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En Brasil, las principales causas de fallecimiento entre los hombres son las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, neoplasias malignas (cánceres de estómago, pulmón y próstata) y las causas externas (suicidio, homicidio y accidentes de tránsito)¹. Vale resaltar que cerca de 80% de las internaciones en el Sistema Único de Salud (SUS) son como consecuencia de causas externas, destacando el grupo etario de los 20 a los 29 años, siendo las víctimas de accidentes automovilísticos las que suman el mayor número de consultas².

Se constata que uno de los factores que corroboran estos indicadores de mortalidad es el hecho de que los hombres estén más expuestos que las mujeres a factores de riesgo como alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo y obesidad³.

Se sabe que la forma en que el sistema de salud brasileiro viene organizándose está basada en líneas de cuidado dirigidas a la prevención y promoción de la salud, dirigida principalmente a la mujer, el niño y el anciano, siendo incipiente, aún, la inclusión de los hombres en estas acciones⁴.

Datos epidemiológicos comprueban que los hombres son más vulnerables a las enfermedades, principalmente a las enfermedades graves y crónicas, y que mueren más precozmente que las mujeres. Sumado a una mayor vulnerabilidad y a las altas tasas de morbimortalidad, está el hecho de que los hombres, efectivamente, buscan menos que las mujeres los servicios de atención básica, lo que interfiere directamente en sus posibilidades de sobrevivir, cuando son afectados por agravaciones clínicas⁵⁻⁷.

El retraso en la búsqueda de consulta en salud tiene como reflejo el agravamiento de las enfermedades, haciendo que un mayor número de hombres entre a los servicios de salud por emergencias y por la atención especializada. Como consecuencia de esto, además de pronósticos menos favorables para aquellos que buscan tardíamente tratamiento, es un mayor costo para el Sistema Único de Salud, con internaciones y

un mayor número de procedimientos de alta complejidad².

Un cambio en este escenario requiere mayor cualificación y fortalecimiento de la atención primaria, garantizando así un abordaje más efectivo a los hombres en el sentido de la promoción de la salud y de la prevención de agravios evitables².

La mayor accesibilidad de los hombres a los servicios primarios de atención a la salud y calificación a la salud fue pensada por el Ministerio de la Salud, que creó, en agosto de 2009, la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH), con el objetivo de ofrecer una asistencia integral.

Teniendo en cuenta este escenario, este estudio tiene como objetivo verificar la producción científica acerca de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre.

MÉTODO

Para la elaboración del presente estudio fue realizada una revisión integrativa, metodología que proporciona la síntesis del conocimiento producido acerca del tema investigado⁸.

La investigación se desarrolló en 6 diferentes etapas, incluyendo: elaboración de la pregunta guía (definición del objetivo); búsqueda o muestreo en la literatura; colecta de datos; análisis crítico de los estudios incluidos; discusión de los resultados; y presentación de la revisión integradora^{8,9}.

La investigación fue realizada en las bases de datos Scientific Electronic Library (SciELO) y Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que, juntas, integran varias bases de datos. Fueron comprendidos en la investigación artículos publicados en su versión integral, en portugués, en los años de 2013, 2014, y hasta julio de 2015, con la utilización de los siguientes descriptores: saúde do homem e políticas de saúde (n=19); saúde do homem e atenção básica (n=5); saúde do homem e atenção primaria a saúde (n=4). De esta recopilación, se extrajeron 28 artículos.

Luego, los artículos fueron leídos, y se eliminó aquellos de revisión bibliográfica y los que, aunque contemplasen los principales descriptores, no tenían un enfoque preciso en

la cuestión de la Política de Atención Integral a la Salud del Hombre. Restaron, así, 11 artículos.

Los artículos seleccionados fueron leídos, y fue utilizado análisis de contenido de Bardin, siguiéndose las fases de pre-análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados. En síntesis, se inició por lecturas fluctuantes y sucesivas relecturas, con el objetivo de identificar palabras e ideas claves para su interpretación y organización de las categorías¹⁰.

El material de la lectura fue organizado en una tabla que incluyó título del trabajo, año, periódico, autor y respectiva área profesional del primer autor. Después de la segunda lectura y análisis de los artículos, el contenido más significativo fue organizado en dos categorías de análisis, por la semejanza y relevancia de los temas.

RESULTADOS

En el año 2013 no se obtuvieron artículos. En 2014 y 2015, para los descriptores saúde do homem e políticas de saúde, fueron encontrados 19; para los descriptores saúde do homem e atenção primaria, 5; y para los descriptores saúde do homem e atenção primaria a saúde, 4. De esta recopilación se extrajeron 28 artículos.

A través de la lectura detallada de todos los artículos, considerando solo investigaciones que atendían los objetivos, se alcanzaron 11 artículos, descriptos en el Cuadro 1.

En lo que se refiere a la categorización de los artículos se obtuvieron las siguientes categorías: “Potencialidades y fragilidades de la implementación de la política” y “Desafíos para la atención integral a la salud del hombre”.

Cuadro 1. Artículos acerca de la Política Nacional de la Salud del Hombre. Enero de 2013 a julio de 2015.

	TÍTULO DEL ARTÍCULO	AÑO	PERIÓDICO	AUTOR	PROFESIÓN
01	Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Erlly Catarina de Moura	Nutricionista
02	O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde	2014	Anna Nery	Grayce Alencar Albuquerque	Enfermera
03	Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento	2014	Anna Nery	Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti	Enfermera
04	Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina	2014	Trab.Educ.Saúde	Luís Paulo Souza e Souza	Enfermero
05	Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem	2014	Trab.Educ.Saúde	Daiane Cristina Teixeira	Enfermera
06	Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros	2014	Anna Nery	Renata Lívia Silva Fonseca Moreira	Enfermera
07	A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Max Moura de Oliveira	Enfermero
08	Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	2014	Anna Nery	Mércio Gabriel de Araújo	Enfermero
09	Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família	2014	Anna Nery	Leonardo Peixoto Pereira	Enfermero
10	Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira	2014	Anna Nery	Isabele Torquato Mozer	Enfermera
11	Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem	2015	Trab.Educ.Saúde	Matheus Luis Castelan Trilico	Médico

DISCUSIÓN

Desde la efectivación de la Ley Orgánica de la Salud que afirma el Sistema Único de Salud (SUS), las instituciones de enseñanza que

forman para el campo vienen adaptando sus currículos y modernizando sus proyectos pedagógicos en el sentido de diversificar los escenarios de práctica académica y asegurar

propuestas que prioricen el sistema de salud en desarrollo en el país, capacitando profesionales que puedan actuar en consonancia con sus principios y directrices, en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades¹¹.

Cuando ocurre el lanzamiento de una nueva política, no solo los servicios que componen la red de atención a la salud deben enviar esfuerzos para su operacionalización, sino que también las instituciones formadoras.

En la recopilación bibliográfica hecha para este estudio, se identificó que la producción científica acerca de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre es hegemónicamente de autoría de investigadores enfermeros. De todas las apariciones de trabajos con esta temática, 80% eran de elaboración de estos profesionales.

Se sabe que los currículos de las carreras de graduación en enfermería afirman un mayor énfasis en prácticas dirigidas a la atención primaria en salud, que antes eran dirigidas a un enfoque más curativista¹⁰.

Este recorte curricular contribuyó en parte para explicar por qué el mayor número de producciones científicas dirigidas a la PNAISH es de enfermeros. También son estos profesionales que, en los servicios de salud, se ocupan del amparo de los usuarios, y están en la vanguardia de las acciones de educación en salud. A seguir se presentan las categorías por similitudes de los artículos recopilados.

Potencialidades y fragilidades de la implementación de la política

En esta primera categoría se verifica que la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH), incluye la percepción de los profesionales acerca de esta y sus contribuciones para la mejora del cuidado en salud dirigido a los hombres.

Se resalta que esta política surge de la necesidad de cambio de paradigmas socioculturales que permean la asistencia a la salud del hombre, teniendo como objetivo organizar los servicios y acciones dirigidos a la población masculina basándose en los principios de integralidad, equidad y

humanización de la atención, con el fin de ofrecer mejoría en las condiciones de salud de este público, aumentando la calidad y la expectativa de vida y reduciendo la morbimortalidad por medio de la promoción de la salud y de la prevención de agravamientos, centrándose en el enfrentamiento de factores de riesgo².

Los artículos seleccionados para el estudio abordaron, de modo general, la percepción de los profesionales de salud con respecto a la PNAISH. Fueron objetivo de estos estudios, profesionales de la carrera asistencial de nivel superior y técnico, algunos de ellos ocupando cargos de gestión. Se destacaron, entre los profesionales, los enfermeros, médicos y agentes comunitarios de salud.

Con relación al conocimiento de los profesionales acerca de la PNAISH y su involucramiento con las acciones relativas a la implementación de la Política, se identificaron grandes fragilidades. Las investigaciones recientes constataron que la mayoría de los profesionales tiene conocimiento mínimo y superficial acerca de la política, inclusive habiéndolo alcanzado por iniciativa propia¹²⁻¹⁶.

Se identificó que no hay iniciativas institucionales en el sentido de la difusión de la política, de los fundamentos, principios o directrices que la componen. En los estudios, los profesionales alegan desconocer y sentir necesidad de tener acceso a materiales informativos, como manuales del Ministerio de la Salud, que puedan apoyarlos en la profundización del tema. Por otro lado, no hay tampoco acciones de gestión en la proposición de una agenda que contemple estrategias dirigidas a la atención integral a la salud del hombre^{14,16,17}.

Un punto a ser destacado, sin embargo, es que inclusive no conociendo profundamente la política, los profesionales tenían un conocimiento real y amplio de los aspectos peculiares envueltos en el proceso de salud y enfermedad masculina, reconociendo las particularidades del público masculino, especialmente en cuanto al peso de las cuestiones de género para la

conformación del comportamiento del hombre frente a su salud¹³.

En este punto, se hace necesario resaltar las cuestiones de la masculinidad como el factor cultural determinante en el contexto de salud del hombre. El proceso de socialización del hombre, en que pese a la construcción del "ser hombre" en la sociedad, resulta de una multiplicidad de convenciones culturales y sociales que pasan por estereotipos de género. Esta representación social del ser hombre incluye la posición del hombre como líder, reproductor, proveedor y persona invulnerable, características que configuran la ideología hegemónica de masculinidad presente¹³.

Estas cuestiones referentes a masculinidad van al encuentro de los estudios que refieren las causas de baja adhesión del público masculino relacionada a barreras socioculturales y barreras institucionales que contribuyen para que ellos cuiden menos de su salud y se expongan más a situaciones de riesgo. Entre estas barreras se destacan los estereotipos de género, a la luz de los cuales la enfermedad es considerada como una señal de fragilidad, que los hombres no reconocen por creerse invulnerables, rechazando la posibilidad de enfermar^{18,19}.

Se destaca también la situación del hombre como proveedor del hogar. Su horario de trabajo coincide con el horario de funcionamiento de los servicios básicos de salud, consecuentemente dificultando su acceso a estos^{20,21}.

Al comprender las representaciones sociales de las cuestiones de género en la sociedad, y de la masculinidad en particular, el profesional de la salud ve facilitada su tarea de mejor recibir y ofrecer cuidado a los hombres, dado que tendrá subsidios para lidiar con las dimensiones más complejas de la población masculina, reconociendo sus barreras sociales, culturales y personales, referentes a cómo y cuánto valorizan su salud y cuánto se preocupan con su cuidado en salud¹².

El conocimiento con respecto a las cuestiones de género, no obstante, no es suficiente para asegurar el abordaje

adecuado de los hombres en los contextos de asistencia en salud. Las investigaciones aquí enumeradas también revelaron que los profesionales, a pesar de identificar las cuestiones de género y conocer de forma superficial las necesidades del público masculino, no poseen capacitación específica para prestar de forma singularizada asistencia a este público²².

Se constató que el déficit en capacitación profesional en salud del hombre ha restringido la realización de prácticas asistenciales y prácticas dirigidas para educación en salud en el ámbito de la salud masculina¹⁵. Vale resaltar que la capacitación permanente de los profesionales actuantes en la atención básica, donde la asistencia está dirigida para la promoción de la salud y prevención de agravamientos a la salud, es de responsabilidad de la gestión de los servicios de salud, con el objetivo de promover actualización de conceptos, técnicas y abordaje de cuestiones socioculturales²³.

En este sentido, la educación permanente en salud es punto fundamental para la mejoría de los escenarios de práctica asistencial. Ella está basada en el aprendizaje en el trabajo, teniendo en consideración las experiencias, conocimientos previos de los profesionales y necesidades de salud de la población para auxiliar en la transformación y mejoría de las prácticas profesionales, proporcionando mejoría en la calidad y resolutivez de la asistencia²⁴.

La inexistencia o insipiente de iniciativas de calificación profesional impiden la adecuación del trabajo asistencial a las demandas específicas del público masculino, inviabilizando que los equipos multiprofesionales amplíen o mejoren sus acciones para una mejor atención a los hombres¹⁴.

Iniciativas institucionales, en el sentido de la calificación de los profesionales para el abordaje singularizado al público masculino, podrían colaborar ampliamente para el aumento de la demanda masculina en los servicios de salud, de modo que lo buscasen los hombres, e inclusive para acciones de promoción de la salud y prevención de agravamientos. Esto podría

colaborar para la alteración de las estadísticas de atención a los hombres en la red de salud, que evidencian que esta búsqueda solo se da cuando el hombre ya está con su salud bastante comprometida por el agravamiento de cuadros que no tuvieron manejo adecuado cuando surgieron¹².

A pesar, sin embargo, de la limitada información y de la inexistencia de acciones de calificación profesional que contribuyan para la mejoría de la atención a la salud del hombre, se verifica que los profesionales de la salud, y en especial los enfermeros, entienden la importancia de la PNAISH, y la necesidad de trabajarse para su implementación. Ellos, por sus propias iniciativas, han buscado formular estrategias que favorezcan la atención integral a la salud del hombre, especialmente dirigida a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades^{17,22}.

Desafíos para la atención integral a la salud del hombre

En esta categoría se verifican las dificultades y desafíos para la implementación de la PNAISH. Esta es una política relativamente nueva cuya implementación presenta, a los trabajadores de la salud y a la comunidad usuaria del SUS, una serie de dificultades y desafíos.

Cuando se debaten las razones para que el hombre busque atención en el servicio de salud, se verifica que ha sido la principal razón la instalación de una enfermedad y su agravamiento reflejando la falta de visión preventiva del hombre en relación a su salud¹².

La población masculina accede prioritariamente a los servicios de salud especializados en detrimento de aquellos de la atención primaria. La PNAISH propone calificar la atención a la salud del hombre valorizando la integralidad de la atención a partir de estrategias que fortalezcan la promoción y la prevención, de modo a tornar la atención primaria en salud la puerta de entrada principal de esta clientela en el sistema^{2,25}. Es importante resaltar algunos datos epidemiológicos que retratan la vulnerabilidad y exposición a los riesgos que

los hombres poseen y que contribuyen al actual estado de salud de esta población.

Existen cerca de 2 billones de alcohólicos y fumadores en el mundo y, en Brasil, hay cerca de 6 millones de personas en esta situación. Tal escenario refleja en el aumento de internaciones hospitalarias relacionadas a trastornos mentales y comportamentales debido al uso abusivo de alcohol. Estos dos cuadros son responsables por 20% de todas las internaciones de hombres, mientras que entre las mujeres este número corresponde a 2%^{26,27}. En relación al tabaco, hay que prestar atención que los hombres consumen cigarros con mayor frecuencia que las mujeres, lo que proporciona mayor vulnerabilidad a las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades bucales².

En este sentido, se evidencia que los hombres reconocen el sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo como la tríada de agresores a la salud masculina, revelando la no adopción de comportamiento preventivo. Acciones relacionadas a la prevención de agravamientos y promoción de la salud deben considerar el conocimiento personal de la población masculina acerca del agravamiento y la existencia de comportamientos que permitan la exposición a estos factores de riesgo, el acceso al servicio de salud, su organización y recepción con establecimiento de vínculo terapéutico²⁸.

La inexistencia de una óptica preventiva por parte de los hombres, además de explicitada por las estadísticas de las consultas en salud, es apuntada por los profesionales en los diferentes estudios aquí enumerados. Su percepción es que las cuestiones culturales representan la principal causa de la no adhesión de los hombres a los servicios de salud¹⁵.

Entre los factores intrínsecos a los hombres, que contribuyen para la no vinculación de los mismos en los servicios de salud, está el déficit de conocimiento de la mayoría de ellos a respecto de los aspectos de su salud, enfermedad y prevención, que muchas veces están fundamentados en el dimensionamiento biológico y curativo²⁸.

Los artículos que explicitan las representaciones sociales de los hombres acerca de sus cuestiones de salud, revelan que la mayoría de ellos identifican al menos la necesidad de realización del examen preventivo de cáncer de próstata, entendiendo esta como una de las principales necesidades de salud masculina, pero comprobando que desconocen otros aspectos igualmente relevantes de su salud²⁹.

Este déficit de conocimiento, del hombre a respecto de la propia salud, así como su limitada adopción de medidas preventivas, muestra la no percepción de vulnerabilidades y riesgos que sean relevantes. Pesan aquí cuestiones culturales y de género, que infunden en los hombres la errónea percepción de autosuficiencia y de que el enfermar no es propio del género masculino³⁰.

Se nota que esta visión reduccionista relativa a las necesidades de salud del hombre, muy focalizada en las cuestiones biológicas, no es, sin embargo, exclusividad de los usuarios, pero a menudo es encontrada entre los propios profesionales, lo que configura una visión aún basada en el modelo biomédico^{29,31}.

A pesar de la PNAISH tener como una de las prioridades las necesidades de salud sexual y reproductiva del hombre, es importante que los profesionales tengan una percepción ampliada en cuanto a la promoción de su salud y prevención de agravamientos, ya que temas como uso abusivo de alcohol y otras drogas, tabaquismo, violencia y accidentes de tránsito, y prevención y control de DSTs/SIDA también son prioridades establecidas en la política que merecen estar presentes en las agendas de atención a la salud del hombre².

Entre otros dificultadores del acceso de los hombres a los servicios de salud e inclusive su adhesión al tratamiento, los artículos evidenciaron que, se relacionan a la demora durante la espera por consulta, generando impaciencia, la vergüenza de exponerse, la falta de tiempo para dedicarle a su salud, justificada por el régimen de trabajo, y la falta de resolutivez de las necesidades.

Iniciativas serias que contemplen ampliar la atención a la salud del hombre, con calidad y de forma resolutiva deben tener como propósito estrategias de incentivo a la participación de los hombres en las unidades básicas de salud adscriptas a su residencia, en horarios que les sean favorables, así como acciones de salud en su territorio¹⁶.

Dado que los hombres no buscan los servicios, es necesario identificar y operar estrategias de captación de ellos desde su residencia, para tanto, la Estrategia Salud de la Familia hace una preciosa herramienta, ya que se pueden utilizar recursos como la búsqueda activa por medio de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), visitas domiciliarias o inclusive asociaciones para divulgación con otros sectores para el fortalecimiento de la intersectorialidad como propone la Política Nacional de Atención Básica³².

Se apuntan como posibles soluciones para estos problemas estrategias que favorezcan mayor accesibilidad como la ampliación de los horarios de funcionamiento de los servicios, con inversión en las consultas nocturnas (contra turno de los horarios de trabajo), ofreciéndose un abordaje especial a las necesidades específicas de los hombres, incluyendo mejores estrategias de recepción, con buena comunicación y mejoría de las informaciones dirigidas a las singularidades de la atención a la salud del hombre. Además de eso, se constata que la ambientación de los espacios físicos de los servicios también influencia en estos aspectos de recepción, de modo que servicios ambientados de forma menos estilizada para mujeres o niños contribuirían para la percepción de mayor acogimiento del público masculino³³.

Otras medidas vienen siendo adoptadas en el sentido de modificar este cuadro. Y, con el objetivo de aumentar el vínculo entre el hombre y el servicio de salud, se invierte en el fortalecimiento de la Estrategia Salud de la Familia y en el incremento de las acciones en salud, como visitas domiciliarias y creación de servicios de referencia para la consulta del público masculino. Se resalta también la educación

popular en salud como herramienta facilitadora de este cuidado, invirtiéndose en rondas de conversación, coordinadas por equipos multiprofesionales, con el fin de ofrecer un abordaje integrador en salud.

La educación popular se tornó objetivo de una política pública específica, lanzada en 2013 por el Ministerio de la Salud³⁴. Sus premisas se aplican a todas las iniciativas desarrolladas en el ámbito del SUS y tienen fundamentación en la perspectiva freireana de educación. Su aplicación es transversal a todos los niveles de atención, pero ha sucedido con mayor énfasis en los dispositivos de atención primaria. Esta representa una herramienta esencial para la aproximación entre profesionales y usuarios.

La educación popular representa el repensar de la educación en salud en una perspectiva más dialógica y emancipadora de los sujetos, en la medida en que favorece el protagonismo de los usuarios en su propio proceso de producción de salud. Lo mismo frente a los propios profesionales, por la posibilidad de reinventar modos de cuidado más humanizados, compartidos e integrales, que contribuyan para la transformación de sus sociedades y para una actuación más ciudadana de estos actores de la salud³¹.

Se percibe que, a pesar de la existencia de una política específica de atención a la salud del hombre, la PNAISH, muchas de sus premisas no fueron efectivamente implementadas. Se identifica la necesidad de cambios paradigmáticos relacionados a la percepción de la población masculina en cuanto al autocuidado en salud. Para esto, es necesario garantizar una capacitación precoz para las acciones de atención primaria, por medio, especialmente, de las estrategias de educación popular; lo que implica en la capacitación profesional, en la inversión en la humanización del cuidado, en la ampliación de las informaciones en salud, en la instrumentalización de los servicios para la adecuada recepción y atención de la población masculina.

Este conjunto de acciones podrá contribuir para una mayor accesibilidad del público masculino a los servicios de salud², lo que permitirá el avance de la atención

integral a la salud del hombre redundando en la calificación de este público para su protagonismo en el proceso de producción de la salud.

CONCLUSIÓN

Es notable que la PNAISH viene construyendo un escenario para la discusión de la salud masculina y para la implementación de recursos de salud que tengan el fin de fortalecer la prevención y promoción de la salud de los hombres. Se constituye este campo como un escenario rico en estudios sobre las particularidades masculinas, la percepción de los profesionales y los desafíos a ser enfrentados en este contexto de atención integral a la salud del hombre.

Sin embargo, se concluye que las acciones de implementación de la política aún no fueron suficientes para introducir efectivamente al público masculino en los servicios de salud por la vía de atención primaria a la salud, llegando estos aun hegemonícamente por las puertas de los servicios de emergencias y de las especialidades, y con cuadros de enfermedad ya tornados crónicos o en situaciones agudas.

Es necesario prestar atención no solo a las acciones de promoción de la salud y prevención de agravamientos, sino también al panorama epidemiológico creciente con respecto a las causas externas, como accidentes, violencias, y el alcoholismo, que envuelven más la población masculina que la femenina.

Se sugiere invertir en la difusión de la política a partir de la capacitación profesional y de la mayor divulgación por los medios de comunicación, además de la inversión en estrategias que tengan como objetivo la aproximación de los hombres a los servicios de salud, con una captación precoz y la educación popular, como prevé la política.

Todos los ámbitos de la gestión en salud y también los escenarios de formación profesional en salud deben fomentar discusiones con respecto de la política y buscar mayor sensibilización de estudiantes, profesionales y de la propia comunidad para el tema de la atención integral a la salud del hombre.

En este sentido, se deben crear oportunidades y condiciones para que los hombres también puedan ser oídos y calificados para protagonizar su propio proceso de producción de salud. Hay que tener en cuenta las particularidades del público masculino, desde las cuestiones de género y cultura, con el objetivo de garantizar en la salud una consulta calificada e integral.

REFERENCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas: edição de 2012: panorama regional e perfis de países. Washington (DC): OPAS; 2012.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):961-70.
5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):105-9.
6. Nardi A, Glina S, Favorito LA. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. *Int Braz J Urol*. 2007; 33:1-7.
7. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):35-46.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
9. Silveira RCCP. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Marsiglia RMG. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou? *Rev Bras Saúde Fam*. 2004; 5(7):30-41.
12. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):429-438.
13. 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 Rev Enferm*. 2014; 18(4):607-14.
14. Souza LPS, 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*. 2014; 12 (2):291-304.
15. Teixeira DC, Brambilla DK, Adamy EK, Krauzer IV. Concepções de enfermeiros sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Trab. Educ. Saúde*. 2014; 12(3): 563-76.
16. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014; 18(4):615-21.
17. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014; 18(4):635-43.
18. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):825-9.
19. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.
20. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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*. 2007 23(3):565-74.
21. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: ABRASCO – UNFPA; 2005. p. 39-60.

22. Araújo MG, Lima GAF, Holanda CSM, Carvalho JBL, Sales LKO. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014; 18(4):682-9.
23. Santos RM, Ribeiro LCC. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(4):709-15.
24. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Knuth DR, Couto MT, 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. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(10):2617-26.
26. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
27. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10a revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Edusp; 1993. v.1.
28. Trilico MLC, Oliveira GR, Kijimura MY, Pirolo SM. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. *Trab Educ Saúde.* 2015; 13(2):381-395.
29. Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Moraes GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014; 18(4):628-34.
30. Julião GG, Weiget LD. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm UFSM.* 2011; 1(2):144-52.
31. Mozer IT, Correa ACP. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014; 18(4):578-85.
32. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
33. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015; 20(1):273-8.
34. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

CONTRIBUCIONES

Todas las autoras tuvieron iguales contribuciones en el esbozo del estudio, análisis crítico de las producciones planteadas y redacción final del artículo.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Scussel MRR, Machado DM. Política nacional de asistencia integral a la salud del hombre: una revisión integradora. *REFACS* [Internet]. 2017 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 5(2):235-244. Disponible en: *link de acceso*. DOI

Cómo citar este artículo (ABNT)

SCUSSEL, M. R. R.; MACHADO, D. M. Política nacional de asistencia integral a la salud del hombre: una revisión integradora. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 5, n. 2, p. 235-244, 2017. Disponible en: *<link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (APA)

Scussel M. R. R. & Machado D. M. (2017). Política nacional de asistencia integral a la salud del hombre: una revisión integradora. *REFACS*, 5(2), 235-244. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso*. *Agregar link de acceso*. DOI: