

Gestão do processo de implementação da política de saúde do homem

Managing the process of implementing men's health policy

Gestión del proceso de implementación de la política de salud del hombre

Áurea Christina de Paula Corrêa^I; Isabele Torquato Mozer^{II}

RESUMO

Objetivo: analisar documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá e as ações dos membros da equipe gestora que orientaram a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, tomando como referencial teórico o gênero. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, descritivo, que teve como material empírico os Planos de Trabalho Anual e os Relatórios de Gestão do período de 2009 a 2013 e entrevistas semiestruturadas realizadas com 13 membros da equipe gestora da SMS. Foi implementada a análise de política como ferramenta metodológica e empregada a análise temática. **Resultados:** os resultados demonstram repetição das ações propostas ao longo do período estudado, sugerindo a incompreensão do que seja necessário para o processo. **Conclusão:** os recursos financeiros foram apontados como responsáveis pela insuficiência das ações que devem estar voltadas não só para o aumento da oferta de serviços, mas também para a ressignificação da masculinidade.

Palavra-chave: Planejamento em saúde; gênero e saúde; saúde do homem; gestão em saúde.

ABSTRACT

Objective: taking gender as its theoretical frame of reference, this study examined Cuiabá Municipal Health Department documents and actions of its management team members who guided implementation of the national comprehensive men's care policy. **Method:** it is a qualitative, descriptive research. The empirical study material were the department's annual work plans and management reports from 2009 to 2013, and semi-structured interviews of 13 management team members. Policy analysis was applied as a methodological tool, and thematic analysis was performed. **Results:** the results showed repetition of actions proposed over the period, suggesting a lack of understanding of what is needed for the process. **Conclusion:** funding was indicated as responsible for the insufficiency of actions that should be directed not only to increasing service supply, but also to re-signifying masculinity.

Keywords: Health planning; gender and health; men's health; health management.

RESUMEN

Objetivo: analizar documentos del Servicio Municipal de Salud (SMS) de Cuiabá y las acciones de los miembros del equipo de gestión que orientaron la implantación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre, tomando el género como un marco teórico. **Método:** estudio de enfoque cualitativo, descriptivo, que contó, como material empírico, con los Planes de Trabajo Anuales y los Informes de Gestión de 2009 a 2013 y entrevistas semiestruturadas junto a 13 miembros del equipo de gestión de la SMS. Se implementó el análisis de política como una herramienta metodológica y se utilizó el análisis temático. **Resultados:** la repetición de las acciones propuestas en el período considerado, sugiriendo la falta de comprensión de lo que es necesario para el proceso. **Conclusión:** los recursos financieros fueron considerados responsables por la insuficiencia de las acciones que deben volcarse no sólo hacia el aumento de la oferta de servicios, sino también a la resignificación de la masculinidad.

Palabras clave: Planificación em salud; género y salud; salud del hombre; gestión em salud.

INTRODUÇÃO

Este manuscrito aborda o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em Cuiabá, Mato Grosso. A PNAISH¹ foi elaborada tomando por referência a literatura científica existente e assumindo gênero como referencial teórico que justifica sua instituição, atribuindo ao comportamento masculino hegemônico a razão para a pequena procura do homem por serviços de saúde que tenham como foco a promoção da saúde e a prevenção de agravos, sendo as unidades da estratégia de saúde da família (ESF) apontadas como espaço privilegiado para a sua efetivação.

Tal comportamento caracteriza-se pela crença na invencibilidade, uso da violência, emprego da força física e certeza do não adoecimento, sendo o cuidado com a saúde um comportamento considerado feminino. Estudos que partem da perspectiva do homem como usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que eles também desejam cuidar de sua saúde, mas se deparam com questões relativas ao acolhimento e às formas de organização dos serviços².

Assumindo gênero como lente para a apreensão do mundo, é possível reconhecer a existência de atribu-

^IDoutora em Enfermagem. Docente Associado da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Brasil. E-mail: aureaufmt@gmail.com

^{II}Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Brasil. E-mail: isabele.mozer@gmail.com.

tos, relacionados ao masculino, presentes no cotidiano dos serviços de saúde, a partir de valores sociais e culturais dos profissionais e dos próprios usuários. Atributos como a invulnerabilidade, o baixo autocuidado e adesão a práticas de saúde, a impaciência, entre outros, tornam estes espaços *generificados* e potencializam as desigualdades sociais, inviabilizando o atendimento das necessidades de saúde e demandas masculinas, reforçando o estereótipo de que os serviços de Atenção Primária à Saúde são espaços feminilizados^{3,4}.

A cultura de gênero dominante, assim como os pilares que sustentam as políticas defendidas pelo movimento feminista visando à ruptura com a histórica desigualdade que cerca as mulheres⁵, colabora para a marginalização dos homens no contexto dos serviços de saúde. Reflexões oriundas do campo feminista pouco problematizam os homens e suas masculinidades, iluminando o debate sobre a autonomia e o corpo da mulher⁶.

É preciso avançar nesta discussão, produzindo reflexões sobre masculinidades e feminilidades, visto que as relações de gênero apontam mais para “diversidade do que diferença como resposta à dicotomia e à desigualdade”^{7:46}.

A construção social da masculinidade a delinea como a prática de ser homem em torno de sua posição na estrutura das relações de gênero⁸, reconhecendo a existência de várias formas de manifestar masculinidade e feminilidade, extrapolando a maneira habitual, socialmente determinada e culturalmente estabelecida, sem perder sua legitimidade.

Frente às construções socioculturais relativas aos gêneros, permite-se considerar que as políticas de saúde podem contribuir para a superação de obstáculos ao cuidado com a saúde oriundos das desigualdades de gênero. Para tanto, é preciso reconhecer a impossibilidade de que as políticas sejam neutras em relação a tais desigualdades: não responder a elas significaria contribuir para sua manutenção⁹.

Reconhecendo a influência destas desigualdades no processo de implementação da PNAISH, este estudo objetivou analisar os documentos municipais e as ações dos membros da equipe gestora que orientaram sua implementação em Cuiabá.

REVISÃO DE LITERATURA

A legislação brasileira prevê a elaboração e atualização periódica dos planos em cada nível do SUS, tornando-os instrumentos de programação e orçamento da gestão¹⁰, que devem ser elaborados a partir da avaliação das necessidades de saúde da população. Após sua implementação, deve ser elaborado um relatório de gestão que relate os avanços e retrocessos em relação à gestão anterior, o qual deve ser utilizado no planejamento¹¹, servindo como norte para novos planos.

A PNAISH prevê que a gestão municipal elabore estratégias de mobilização e conscientização de homens em relação às suas necessidades em saúde, com vistas à desnaturalização da cultura de gênero e atendimento dessas necessidades, até então invisíveis para os serviços.

Apesar de a PNAISH definir gênero como conceito central, o seu Plano Nacional de Ação não aponta para essa direção, uma vez que as ações propostas evidenciam tendência à medicalização do corpo masculino, nos moldes das propostas referentes ao corpo feminino¹².

Aqui, gênero é concebido como elemento teórico transversal para a análise de eventos da área da saúde¹³, pois se processa no âmbito familiar, no mercado de trabalho e nas instituições e organizações sociais e políticas¹⁴.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, assim classificado por propor a análise das especificidades do processo de implementação da PNAISH em Cuiabá, município-piloto selecionado pelo Ministério da Saúde (MS) para sua implantação.

A gestão municipal política e administrativa, no início dos anos 2000, foi marcada por mudanças que determinaram a descontinuidade das ações propostas pelas equipes gestoras da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pois a cada novo Secretário Municipal de Saúde que assumia a pasta, novas equipes técnicas foram formadas e novos projetos de intervenções elaborados com as prioridades estabelecidas pelo novo gestor, não havendo linearidade na condução dos processos.

Os dados empíricos foram extraídos dos documentos municipais elaborados naquele contexto – Planos de Trabalho Anual (PTA) de 2010 a 2013 e Relatórios de Gestão Anual (RGA) de 2010 e 2011 –, sendo que o RGA-2012 não havia sido disponibilizado à época do presente estudo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais que ocuparam as diretorias, coordenarias e responsáveis técnicos pela área na atenção básica (AB) e secundária (AS), no período de 2009 e 2013 (desde o lançamento da PNAISH até a coleta dos dados), totalizando 13 sujeitos. Os encontros ocorreram em locais definidos pelos próprios sujeitos. As entrevistas foram gravadas e transcritas pelas pesquisadoras.

Utilizou-se a *análise de política*, que define as dimensões *contexto*, *atores*, *conteúdo* e *processo*, como ferramenta metodológica¹⁵ norteadora do tratamento dos dados relativos à implantação da PNAISH. No entanto, neste artigo, é apresentada apenas a análise da dimensão *conteúdo*, a qual envolve os projetos, atividades específicas, metas, objetivos propostos para a implementação de uma política de saúde, coerência das ações, bem como os recursos exigidos para este fim.

Para a análise dos dados, seguiu-se a proposta de análise temática¹⁶. O processo de análise ocorreu, inicialmente, através da leitura exaustiva do material empírico, objetivando identificar as ideias mais relevantes. Posteriormente, foi realizado o mapeamento dos discursos individuais, tomando por referência a dimensão *conteúdo* e, finalmente, foram agrupados os temas pertinentes, que originaram as categorias: o projetado, o executado e o avaliado e recursos financeiros e andamento das ações. Os conceitos de gênero e masculinidade foram utilizados como lente para a interpretação dos dados.

Visando preservar a identidade dos sujeitos, suas falas foram identificadas como UA (unidades de análise), seguidas da ordem cronológica da entrevista realizada (UA1, UA2 ...). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller sob o nº 179.098/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projetado, o executado e o avaliado

Mudanças requerem de gestores e equipes o conhecimento da realidade, sobre o contexto no qual estão localizadas as organizações de saúde, bem como as condições do ambiente interno de cada gestão¹⁷.

Os dados demonstram que não houve o reconhecimento da realidade local em relação à saúde masculina ou qualquer identificação das necessidades para o delineamento das ações a serem executadas. Melhor dizendo, o planejamento das ações para efetivação da PNAISH não foi elaborado com base em indicadores e/ou no contexto psicossocial de homens, mas sim adaptado de outra realidade brasileira. Estudo realizado em município catarinense, que propôs analisar as concepções dos enfermeiros sobre a PNAISH e conhecer as ações desenvolvidas, identificou realidade semelhante no que se refere à ausência de identificação de necessidades regionais para o planejamento das ações voltadas à população masculina¹⁸.

Segundo o RGA-2010, a PNAISH foi 100% implantada no município, corroborando com o discurso de um dos sujeitos do estudo:

Eu acho que foi atingido o plano [de implantação], 100%, até aonde eu assumi a Diretoria de Atenção Básica, foi respondido. [...] 100% da implantação, 100% das unidades capacitadas, 100% dos exames enviados e 100% das respostas com os especialistas. (UA 9)

De acordo com o relato, o lançamento e a sensibilização para implantação da *política* ocorreram em 2010, quando foi considerada implantada. Apesar de todas as equipes terem sido convocadas para o evento de sensibilização, nem todas compareceram, segundo outro membro da equipe da época afirmou. A oferta de exames e consultas especializadas para o homem também não correspondeu à expectativa, conforme relatos.

Nos anos subsequentes, segundo os documentos, a meta principal foi implementar a *política*, ou seja, criar condições para sua operacionalização, através de seu desdobramento em procedimentos como:

Elaborar o Plano de Ação da Atenção à Saúde do Homem; Divulgar nas UBS a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem; Elaborar um Protocolo Municipal de Atenção à Saúde do Homem; Facilitar o acesso da população masculina nas UBS; Realizar rastreamento de câncer de próstata na atenção primária. (PTA, 2011)

Implementar o Plano de Ação de Atenção à Saúde do Homem; Divulgar nas UBS a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem; Elaborar um Protocolo Municipal de Atenção à Saúde do Homem; Incentivar o acesso da População Masculina; Realizar rastreamento do câncer de próstata na Atenção Primária; Garantir exames para prevenção do câncer de próstata. (PTA, 2012)

As ações propostas no PTA-2012 foram as mesmas do Plano de 2011, acrescido da garantia de *exames para prevenção do câncer de próstata*, compreendidos como detecção precoce da doença. Os excertos geram questionamentos, um deles acerca da implantação descrita no RGA-2010 e confirmada pela gestora daquele período, como 100%. Considerando que as ações propostas nos anos de 2011 e 2012 são semelhantes, depreende-se que não ocorreu a implantação desejada.

É preciso ressaltar que, durante o processo de formulação e de implementação da *política*, emergiu um desafio a ser superado pela gestão: a instabilidade no exercício do poder político e as várias trocas das equipes dirigentes. Tais fatos dificultaram e prejudicaram tanto a coerência da formulação quanto a implantação e o planejamento de médio e longo prazos. Aqueles que participaram da elaboração dos *planos* não necessariamente participaram de sua execução, influenciando no processo ao imprimir diferentes olhares em distintos momentos históricos e políticos.

Corroborar-se a ideia de que o estabelecimento de metas é um ilustrativo da importância de existir coerência interna na implementação de uma *política*¹⁹, o que não aconteceu neste município.

Estudo realizado nos 26 municípios-pilotos para implementação da PNAISH observou, através da análise dos seus *planos de ação*, a repetição do texto da *política*, havendo escassas referências à realidade social, econômica, demográfica ou epidemiológica dos municípios que justificassem as intervenções propostas. Tampouco faz alusão à realidade dos serviços de saúde nos municípios ou ao acesso dos homens a estes serviços²⁰, situação semelhante à realidade encontrada.

O PTA deve elencar ações gerais a serem realizadas anualmente, para orientar as ações implementadas pelos profissionais que atuam em nível local e nas pontas do sistema²¹. Assim, anualmente, um novo PTA deve ser elaborado com base na avaliação das ações implementadas, as quais podem demonstrar fragilidades, sendo necessário superá-las através da previsão de estratégias

criativas; suas potencialidades precisam ser valorizadas no novo plano. É indispensável levar em consideração as constantes mudanças na conjuntura política e social à medida que as necessidades da população interferem diretamente nas ações propostas²².

A repetição das ações possibilita inferir que talvez não tenha ocorrido uma avaliação adequada dos processos ou que as ações previstas não tenham sido realizadas, visto que o RGA-2011 não apresenta esclarecimentos. A ausência de PTA coerente com as estratégias de planejamento colocou em risco o ordenamento das ações em saúde do homem no município e, consequentemente, a implementação da PNAISH.

Os dados também apontam que, possivelmente, o monitoramento seja um problema no município, tendo em vista a ausência de informações sobre a implementação da *política* nos diferentes níveis de atenção à saúde. As propostas para implementação da PNAISH constantes dos PTA(s) são genéricas, sem justificativa epidemiológica ou diagnóstica para sua proposição, ou seja, não necessariamente respondem às necessidades de saúde da população masculina.

Outra necessidade tratada nos PTA(s) foi a construção de um sistema de referência e contrarreferência, questão apontada pelos sujeitos como uma dificuldade. Apesar da detecção precoce do câncer de próstata ter sido apontada nos PTA(s) como uma meta prioritária, ela não se concretizou, pois os exames necessários não foram efetivamente disponibilizados, conforme admitido nos discursos.

É importante ressaltar que mesmo que os PTAs e RGAs não tenham sido elaborados em conformidade com orientações básicas da área da administração, eles são oficiais, diferente do que foi encontrado em estudo realizado no interior da Bahia, onde não foi encontrada qualquer menção à PNAISH nos planos e relatórios municipais entre os anos de 2010 a 2012²³.

A análise das falas, planos e relatórios evidencia que as ações previstas e realizadas para a implementação da PNAISH no município são vagas, sem especificidades, se comparadas com as propostas relativas a políticas/programas consolidados.

[...] sempre que tem eventos que envolvem a Secretaria de Saúde, nós [técnicos da atenção básica] estamos lá, com a saúde da mulher, os preservativos, falando de DST/AIDS, falando sobre gravidez [...] para a saúde do homem nem um panfleto a gente divulga [...]. (UA 3)

O gestor aponta a falta de material didático e informativo interferindo no andamento das ações, porém a temática saúde do homem pode ser inserida em todas as áreas mencionadas no discurso, demonstrando pouco conhecimento acerca da transversalidade que a PNAISH propõe¹. A fragilidade na divulgação foi evidenciada como limitante no município, fato ocorrido também em dois municípios com gestão plena, no Rio Grande do Sul, conforme relato de enfermeiras de unidades

básicas que participaram de estudo que analisou as ações e limitações para a implementação da *política*²⁴.

É possível evidenciar a importância atribuída pela equipe gestora à saúde do homem em meio às demais políticas previstas:

[...] é porque como é muito programa, muita intervenção ao mesmo tempo, que a gente, sinceramente, não lembra [da Política de Saúde do Homem]. Está acontecendo tanta coisa ao mesmo tempo, é recurso, tem que correr atrás das coisas que já estão andando, aí esse [a PNAISH] que está parado, vai sempre deixando de lado. (UA 11)

Os dados demonstram que metas, prioridades e ações foram redefinidas com base no interesse individual dos atores envolvidos, nos recursos disponíveis, nas disputas, na pressão social, entre outros motivos comuns no processo de implementação²¹. Assim, maior importância foi dada a outras políticas já em processo de consolidação e com maior captação de recursos, sendo a PNAISH *deixada de lado*. Críticas são feitas à gestão federal, cujas normativas para formulação e execução do planejamento em saúde favorecem o não estabelecimento de grandes compromissos para a solução dos problemas, gerando certo descrédito entre os gestores, uma vez que se torna uma proposta teórica²⁰.

O planejamento para a implementação da PNAISH, no período estudado, assemelhou-se aos realizados nas demais regiões do país em diversas áreas, sendo

[...] verticais, ritualísticos, um faz de conta, uma espécie de 'para-não-dizer-que-não-falei-de-flores', sem compromisso com a recomposição de práticas, com a emancipação do sujeito e com a saúde da população^{20:839}.

Recursos financeiros e andamento das ações

Os sujeitos apontam os recursos financeiros como fator incentivador para o início do processo de implantação da PNAISH.

[...] o que facilitou, de início, foi a possibilidade de o município arrecadar mais com a implementação do programa e com a produtividade que as unidades passariam a ter depois do recebimento das verbas em função dessas ações para a saúde do homem. (UA 12)

[...] o meu objetivo como gestor era: implantar, não perder o recurso [financeiro]. (UA 9)

Os excertos evidenciam a intenção da equipe: captação de recursos financeiros, visto que a inclusão dos homens como alvo das ações prioritárias seria a consequência, segundo a perspectiva dos gestores. A viabilidade financeira é um fator importante, que define políticas a serem desenvolvidas e que pode, inclusive, interferir nas concepções teóricas que lhe dão suporte²¹.

Para os sujeitos deste estudo, o valor disponibilizado para a implantação da PNAISH não seria suficiente para atender às demandas de ordem biológica de homens, uma vez que aumentaria a oferta de serviços especializados.

[...] tem que vir dinheiro. A gente é movido por dinheiro, se não tiver dinheiro, não tem como fazer tratamento. (UA 5)

A falta de financiamento, segundo o profissional, relacionava-se à impossibilidade de contratação de novos serviços, não demonstrando preocupação com a qualificação da assistência que requer mudanças baseadas na concepção de gênero. Tais mudanças devem ser trabalhadas entre gestores, profissionais e sociedade a fim de estimular a discussão acerca do cuidado à saúde pelos homens, visto que a existência de uma política voltada para homens²⁵ ou a oferta de serviços específicos não é condição *sine qua non* para a adesão a práticas de promoção à saúde²³.

O gestor associa a execução da PNAISH ao modelo biomédico, remetendo à prática da medicina curativa, indo de encontro à Política Nacional de Atenção Básica²⁶, na qual o desenvolvimento das ações para a saúde do homem está inserida, tendo como foco a promoção da saúde e promoção de agravos²⁷.

[...] o Ministério deu o primeiro recurso para implantar e depois é o município que tinha que manter. Você acha que o município vai querer manter? Entendeu? Agora se fosse para continuar mandando recurso baseado em dados [...] aí, talvez, sim. (UA 10)

O MS disponibilizou o incentivo para implantação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina²⁸ e não o ressarcimento das ações realizadas. O recurso financeiro foi apontado como principal propulsor, demonstrando certo desconhecimento das formas de financiamento da AB. Estudo realizado em Santa Catarina com municípios de pequeno porte apontou que enfermeiros da ESF desconheciam as formas de financiamento na AB, atribuindo também o insucesso das ações de saúde de homem ao escasso recurso financeiro¹⁸. Considerando que esta pesquisa se baseou em relatos de gestores da AB e AS, o desconhecimento da gestão financeira torna-se surpreendente, pois espera-se que o profissional que ocupa tal posição tenha ciência das práticas de gestão do SUS.

O Piso da Atenção Básica (PAB) deve ser utilizado para financiamento das ações de AB propostos nos Planos Municipais de Saúde²⁹, portanto estes recursos deveriam ser, também, aplicados para a implementação da PNAISH, por ser o espaço preferencial para sua concretização. O financiamento deve ser repartido entre as equipes que conduzem a AB e a AS, otimizando os recursos já disponibilizados pelo MS. No entanto, apenas um dos sujeitos deste estudo demonstrou este conhecimento, posicionando-se favorável à melhor utilização do PAB variável, importante para o fortalecimento da atenção à saúde masculina.

No Relatório de Gestão do MS de 2011, fica explícito o atraso ocorrido nos repasses financeiros aos municípios e estados selecionados, configurando-se como uma falha vertical no processo de implantação da PNAISH, visto o grande valor dado a este quesito pelos

gestores da capital mato-grossense. O recurso financeiro também foi considerado por sujeitos de estudo realizado em Jequié, Bahia, como uma grande dificuldade no planejamento das ações para a saúde do homem. Todavia, corroboramos com a ideia dos autores que a efetivação da Política é atribuída não somente ao recurso financeiro e sua aplicação, mas também “ao planejamento e à operacionalização de estratégias de inclusão masculina com o reconhecimento da realidade sociocultural e epidemiológica de cada região do país”^{23:638}.

O recurso financeiro, de fato, é um limitador na execução de políticas públicas, entretanto gestores devem lançar mão de estratégias criativas a fim de ressignificar os conceitos de masculinidade que interferem no cuidado à saúde de homens. A articulação com os setores da indústria e comércio, reconhecido como local de concentração de homens, é apontada como proposta válida à medida que atende a interesses de gestores - ao levar conhecimento e tentativas de práticas de promoção à saúde - e de empregadores que visualizam a diminuição de ausências por adoecimento e, conseqüentemente, o aumento da sua força de trabalho. Neste caso, mesmo com finalidades diferentes, ambos possuem interesses em comum, sendo, para tanto, fundamental que esta articulação entre empregadores e Secretarias de Saúde ocorram de maneira estratégica e planejada²⁶.

CONCLUSÃO

A utilização da dimensão *conteúdo* na análise da implementação de políticas permitiu sinalizar para a importância dos PTAs e RGAs na condução das ações, através da sua coerência com a PNAISH, cumprindo o objetivo proposto. As proposições devem estar voltadas não apenas para o aumento da oferta de serviços, mas também para a ressignificação da imagem do homem e da mulher no contexto dos serviços de saúde. Esta ressignificação não pode se restringir aos usuários, sendo preciso envolver os profissionais e gestores que também são influenciados pelos aspectos relacionais de gênero, uma vez que conduzem as ações municipais a partir de suas experiências neste campo.

Apontar os escassos recursos financeiros como principal entrave para a efetivação da PNAISH significa um equívoco, traduzindo a incompreensão da concepção teórica que motivou a sua instituição, a saber, as características comportamentais masculinas que interferem no cuidado a sua saúde, isto é, o exercício da masculinidade, prática social culturalmente estabelecida, situando homens em condição de vulnerabilidade.

Devido à diversidade territorial e cultural, inclusive nos processos de gestão municipal, não se pode aplicar os achados deste estudo a todos os municípios brasileiros, todavia espera-se que a pesquisa contribua para se repensar as práticas de gestão, a fim de contemplar as ações de promoção da saúde masculina no rol de ações prioritárias.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.
2. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Schraiber LB, Moreira MCN, Couto MT. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva [SciELO-Scientific Electronic Library Online]*. 2011; 16(Supl.1):983-92.
3. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R et. al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33):257-70.
4. Brito RS, Santos DLA. Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21(esp.1):654-9.
5. Lyra J, Medrado B, Barreto AF, Azevedo M. Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda política de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2012; 14(1):07-16.
6. Lyra-da-Fonseca JLC. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006) [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
7. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. "Eu não sou próstata, eu sou homem!" Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011:39-74.
8. Connell RW. Políticas da Masculinidade. *Educação & Realidade*. 1995; 20(2):185-206.
9. Ferraz D, Kraiczky J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2010; 9(2):70-82.
10. Muller Neto JS, Schrader FT, Soares NRF, Silva MJV, Motta AP, Godoy OM et al. Participação social, conferências de saúde e formulação de políticas em municípios de Mato Grosso. In: Muller Neto JS, Soares NRF, Schrader FT, organizadores. *Políticas de saúde em Mato Grosso: participação social, descentralização e regionalização*. Cuiabá (MT): Ed. UFMT; 2012:169-230.
11. Silva FS, Souto Junior JV, Brêtas Junior RN. O pacto pela saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas (SP): IDISA:CONASEMS, 2008:103-116.
12. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3):659-78.
13. Vilela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva [SciELO-Scientific Electronic Library Online]*. 2009; 14(4):997-1006.
14. Scott JW. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação & Realidade*. 1995; 20(2):71-99.
15. Araújo Júnior JLC, Maciel Filho R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Rev. bras. Saúde matern. infant [SciELO-Scientific Electronic Library Online]*. 2001; 1(3):203-21.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
17. Carvalho EF, Machado HOP, Cesse EAP. Fatores limitantes e facilitadores de mudança nas organizações de saúde do SUS: dialogando com novos e velhos problemas. In: Freeze E, Organizador. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife (PE): Ed. Universitária UFPE; 2004. p.233-259.
18. Teixeira DC, Brambilla DK, Adamy EK, Krauzer IM. Concepts of nurses on the national men's health care policy. *Trab. educ. saúde [online]*. 2014, 12(3):563-576.
19. Silva VR. Gestão pública do SUS na Amazônia ocidental: problemas antigos e desafios contemporâneos da Secretaria de Estado de Saúde do Acre 2000-2007 [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
20. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. 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. *Ciênc. saúde coletiva [SciELO-Scientific Electronic Library Online]*. 2012; 17(10):2607-16.
21. Paim, J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campo SGWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 219-46.
22. Sampaio J, Araujo Junior JL. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant [SciELO-Scientific Electronic Library Online]*. 2006; 6(3):335-46.
23. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc. Anna Nery*. 2014;18(4):635-634.
24. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. *R. Enferm. UFSM*. 2011; 1(2):144-52.
25. 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*. 2014;18(4):628-634.
26. Mozer IT, Corrêa ÀCP. Implantação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. *Esc. Anna Nery*. 2014;18(4):578-585.
27. (Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012).
28. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009. Brasília. Dispõe sobre o apoio à implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. (DF): Ministério da Saúde; 2009.
29. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.