

## **DESAFIOS E PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.070-002>

**Sarah da Silva Almeida**

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

**Ludymilla Ferreira Silva**

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

**Pablo de Souza Seródio**

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

**Jucelena Cezar Lima Neves**

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

**Ana Claudia Rosa Moreira**

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

**Georgia Lopes da Silva Poses**

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

**Bruno Marques da Silva**

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

**Enoghalliton de Abreu Arruda**

Doutor em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP)

Professor no Centro Universitário UniFAMESC

E-mail: [enoghalliton.arruda@hotmail.com](mailto:enoghalliton.arruda@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5634-4724>

### **Resumo**

A saúde masculina permanece como um campo de disputas simbólicas, institucionais e assistenciais no âmbito das políticas públicas brasileiras, ainda que o Brasil figure como o único país latino-americano a dispor de uma política nacional voltada especificamente à população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O presente artigo tem como objetivo analisar, à luz da literatura científica contemporânea, os avanços, entraves e possibilidades de qualificação do cuidado integral ao homem no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para o papel estratégico e frequentemente subestimado da equipe multiprofissional nesse processo. Trata-se de estudo de revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa, fundamentado em publicações nacionais e internacionais dos últimos anos, complementadas por documentos oficiais do Ministério da Saúde. Os resultados evidenciam que, passados mais de quinze anos da instituição da PNAISH, persistem barreiras culturais associadas a

construções hegemônicas de masculinidade, fragilidades na organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e uma acentuada desvalorização simbólica e material dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, os quais são, paradoxalmente, os principais responsáveis pela operacionalização cotidiana das ações de cuidado. Conclui-se que a superação desse cenário exige não apenas a reafirmação dos cinco eixos estruturantes da política, mas o reconhecimento institucional, financeiro e simbólico do trabalho multiprofissional como engrenagem indispensável à efetivação de um cuidado integral, equânime e sensível às singularidades de gênero.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Equipe multiprofissional; Masculinidades; Políticas públicas de saúde; Saúde do homem.

## 1 INTRODUÇÃO

A construção histórica dos serviços de saúde no Brasil esteve, por muito tempo, orientada por um modelo assistencial centrado na saúde da mulher e da criança, o que produziu, como efeito colateral, uma lacuna expressiva no que se refere ao cuidado voltado à população masculina. Essa ausência não decorre de uma suposta invulnerabilidade biológica dos homens, mas sim de um complexo entrelaçamento entre construções sociais de gênero, padrões culturais de masculinidade hegemônica e a própria organização dos serviços públicos de saúde, que historicamente não souberam — ou não quiseram — dialogar com as especificidades masculinas (Schraiber; Gomes; Couto, 2005).

Nesse contexto, a masculinidade hegemônica, entendida como um conjunto de valores culturais que associam virilidade à invulnerabilidade, autossuficiência e negação da fragilidade, opera como um dos principais determinantes do distanciamento dos homens em relação aos serviços de saúde (Gomes, 2008; Couto; Gomes, 2012).

Tal distanciamento não é neutro: ele produz consequências epidemiológicas concretas, expressas em indicadores de morbimortalidade que, historicamente, colocam os homens em posição de maior vulnerabilidade quando comparados às mulheres, sobretudo no que tange às causas externas de óbito e às doenças crônicas não transmissíveis.

Em resposta a esse cenário, o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tornando o Brasil o único país da América Latina a dispor de uma política pública de saúde especificamente voltada à população masculina (Brasil, 2009).

A PNAISH nasceu com o propósito de reduzir os índices de morbimortalidade masculina por meio do enfrentamento, de forma ampliada, dos fatores de risco e das vulnerabilidades que incidem sobre essa população, promovendo o acesso a ações e serviços de saúde de qualidade, bem como o reconhecimento e o respeito às múltiplas expressões da masculinidade.

Contudo, mais de uma década e meia após sua promulgação, a literatura especializada tem evidenciado que a política ainda enfrenta desafios estruturais significativos para sua efetiva implementação, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde, porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (Silva; Oliveira, 2023).

Entre esses desafios, ganha destaque um aspecto frequentemente relegado a segundo plano nas discussões sobre saúde masculina: o papel exercido pelas equipes multiprofissionais — compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas e demais categorias profissionais — na operacionalização cotidiana do cuidado, e a concomitante desvalorização simbólica, financeira e institucional a que esses profissionais estão submetidos (Souza et al., 2024).

Diferentemente do que ocorre em abordagens centradas exclusivamente na figura médica, a atenção integral à saúde do homem pressupõe, por definição, um arranjo assistencial multiprofissional e interdisciplinar, capaz de articular dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais do adoecimento e do cuidado (Aquino et al., 2022). Entretanto, observa-se um descompasso entre o discurso oficial que preconiza a integralidade e a intersetorialidade do cuidado e as condições concretas de trabalho oferecidas às equipes que deveriam viabilizá-lo, o que compromete a sustentabilidade e a efetividade das ações voltadas à saúde masculina.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo geral analisar, a partir da produção científica nacional e internacional mais recente, os avanços, entraves e possibilidades de qualificação da atenção integral à saúde do homem no âmbito do SUS, com ênfase no papel estratégico — e na desvalorização recorrente — da equipe multiprofissional nesse processo.

De maneira específica, buscou-se: (i) revisitar os cinco eixos estruturantes da PNAISH à luz de evidências atualizadas; (ii) sistematizar o panorama epidemiológico contemporâneo da saúde masculina no Brasil; (iii) discutir as barreiras socioculturais que afastam os homens dos serviços de saúde; e (iv) problematizar o lugar ocupado pela equipe multiprofissional na efetivação do cuidado, evidenciando os mecanismos de desvalorização que incidem sobre essa força de trabalho.

A relevância social deste estudo reside na urgência de qualificar o debate público sobre equidade de gênero em saúde, reconhecendo que a promoção da saúde masculina não compete apenas aos homens, mas constitui responsabilidade compartilhada entre gestores, profissionais e sociedade civil.

Sob o ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribui para a atualização de um campo de conhecimento que, embora consolidado do ponto de vista normativo, carece de aprofundamento teórico sobre a dimensão do trabalho em saúde e sobre os processos de valorização — ou desvalorização — das categorias profissionais envolvidas no cuidado ao homem, temática ainda pouco explorada de forma articulada na literatura nacional.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, cujo propósito é sistematizar, interpretar e problematizar o conhecimento científico produzido sobre a atenção integral à saúde do homem no Brasil, com especial atenção ao papel da equipe multiprofissional nesse processo.

A opção metodológica pela revisão narrativa justifica-se pela natureza do objeto investigado, que exige uma articulação ampla entre marcos teóricos das ciências sociais em saúde, dados epidemiológicos oficiais e evidências empíricas recentes, permitindo maior flexibilidade interpretativa do que modelos de revisão sistemática estritamente protocolados (Rother, 2007).

A construção do corpus documental foi realizada por meio de buscas em bases de dados eletrônicas reconhecidas pela comunidade científica da área da saúde coletiva, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE).

Foram utilizados, de forma combinada e com auxílio dos operadores booleanos "AND" e "OR", os seguintes descritores em saúde (DeCS/MeSH): "saúde do homem", "masculinidades", "atenção primária à saúde", "equipe multiprofissional", "política de saúde" e seus correspondentes em língua inglesa ("men's health", "masculinities", "primary health care", "multiprofessional team", "health policy").

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (i) artigos científicos, teses, dissertações, relatórios técnicos e documentos oficiais publicados preferencialmente entre os anos de 2018 e 2025, admitindo-se a inclusão de obras clássicas e fundacionais anteriores a esse período quando indispensáveis à construção do marco teórico-conceitual do estudo; (ii) publicações em português, inglês ou espanhol; (iii) textos disponíveis na íntegra e com relação direta ao objeto de estudo. Foram excluídos estudos duplicados entre as bases de dados, publicações sem relação temática direta com o objeto investigado, bem como resumos de eventos científicos sem correspondência a texto completo disponível.

A análise do material selecionado seguiu um percurso interpretativo-crítico, organizado em três etapas complementares: leitura exploratória do conjunto de textos recuperados, com vistas à identificação de eixos temáticos recorrentes; leitura analítica, voltada à identificação de convergências, divergências e lacunas entre os autores consultados; e leitura sintético-integrativa, na qual os achados foram organizados em categorias temáticas capazes de dialogar tanto com os eixos estruturantes da PNAISH quanto com a problemática específica do trabalho multiprofissional em saúde.

Por se tratar de revisão narrativa, não houve pretensão de exaustividade bibliográfica, mas sim de representatividade qualitativa do debate científico contemporâneo sobre o tema, respeitando-se os preceitos éticos de citação e atribuição de autoria previstos nas normas vigentes de produção acadêmica.

Cabe ressaltar que, por se tratar de pesquisa bibliográfica e documental, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelece a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que não envolveu coleta de dados diretamente com seres humanos.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MASCULINA NO BRASIL: PERSISTÊNCIAS E NOVOS CONTORNOS**

Os dados epidemiológicos mais recentes reafirmam uma tendência histórica já amplamente documentada na literatura: os homens brasileiros morrem, em média, mais cedo e por causas mais evitáveis do que as mulheres. Segundo dados consolidados pelo Ministério da Saúde e por pesquisadores do campo da saúde coletiva, a expectativa de vida masculina permanece, em média, entre seis e sete anos inferior à feminina, sendo as causas externas — acidentes de trânsito, violência interpessoal e suicídio — responsáveis por parcela expressiva dos óbitos entre homens jovens e adultos (Brasil, 2023; Malta et al., 2021).

Some-se a esse quadro o crescimento relativo das doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo as cardiovasculares, os cânceres de próstata e de pulmão, e os agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras substâncias, que atingem a população masculina em proporções significativamente superiores às observadas entre as mulheres (SOUZA et al., 2024).

Chama atenção, ainda, o subdiagnóstico de transtornos mentais entre homens, fenômeno associado não à menor prevalência real desses agravos, mas à dificuldade histórica de reconhecimento, verbalização e busca de ajuda diante do sofrimento psíquico, num contexto cultural que associa masculinidade à contenção emocional (Levorato et al., 2014; Couto; Gomes, 2012).

A pandemia d COVID-19, cujos efeitos ainda reverberam na organização dos serviços de saúde, agravou esse cenário ao evidenciar, de forma dramática, a maior letalidade da doença entre homens, ao mesmo tempo em que expôs a fragilidade dos vínculos entre essa população e a Atenção Primária à Saúde, uma vez que parcela significativa dos óbitos ocorreu entre indivíduos que não possuíam acompanhamento regular de saúde (Silva; Oliveira, 2023).

Tal constatação reforça a hipótese, já consolidada na literatura, de que o distanciamento masculino dos serviços de saúde não é apenas uma questão de acesso geográfico ou de oferta assistencial, mas fundamentalmente uma questão simbólico-cultural, atravessada por padrões de masculinidade que desincentivam o autocuidado e a procura precoce por atendimento.

### 3.2 OS CINCO EIXOS ESTRUTURANTES DA PNAISH REVISITADOS

A PNAISH está estruturada em torno de cinco eixos temáticos prioritários: (i) acesso e acolhimento; (ii) saúde sexual e reprodutiva; (iii) paternidade e cuidado; (iv) doenças prevalentes na população masculina; e (v) prevenção de violências e acidentes (Brasil, 2009). A revisão da literatura recente permite afirmar que o avanço desses eixos tem sido heterogêneo e assimétrico ao longo do território nacional.

O eixo do acesso e acolhimento, considerado a porta de entrada estratégica para os demais, ainda esbarra em obstáculos concretos relacionados à organização dos horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), majoritariamente incompatíveis com a jornada de trabalho da população masculina economicamente ativa (Aquino et al., 2022).

Estudos apontam que a ampliação de horários alternativos de atendimento — noturno ou aos sábados — figura entre as estratégias mais citadas como potencialmente eficazes para o incremento da procura espontânea dos homens pelos serviços, ainda que sua implementação permaneça incipiente na maior parte dos municípios brasileiros (Souza et al., 2024).

Já o eixo da paternidade e cuidado tem experimentado avanços discursivos relevantes, sobretudo diante da crescente valorização social da presença paterna nos processos de pré-natal, parto e puerpério. Contudo, a literatura indica que essa mudança discursiva ainda não se traduz, de forma consistente, em mudanças efetivas nas práticas assistenciais, uma vez que muitos serviços de saúde continuam operando sob uma lógica institucional que centraliza o cuidado materno-infantil na figura feminina, relegando ao homem um papel coadjuvante e, por vezes, invisibilizado (Gomes et al., 2020).

No que se refere ao eixo das doenças prevalentes, observa-se um relativo protagonismo das campanhas de prevenção ao câncer de próstata, sobretudo durante o mês de novembro — o já consolidado "Novembro Azul" —, em contraposição a uma menor visibilidade de outras condições igualmente relevantes, como as doenças cardiovasculares, os transtornos mentais e as condições relacionadas à saúde do trabalhador (Levorato et al., 2014).

Tal assimetria sugere que a agenda da saúde masculina, mesmo quando pautada institucionalmente, tende a reproduzir recortes fragmentados e pontuais, distantes da lógica de integralidade preconizada pela própria política.

Por fim, o eixo de prevenção de violências e acidentes permanece como um dos mais desafiadores, na medida em que extrapola os limites da atuação exclusiva do setor saúde, demandando articulação intersetorial com segurança pública, educação, assistência social e políticas urbanas — articulação ainda pouco consolidada na prática cotidiana dos serviços (Malta et al., 2021).

### 3.3 MASCULINIDADES HEGEMÔNICAS E BARREIRAS SOCIOCULTURAIS AO CUIDADO

Um dos achados mais recorrentes na literatura consultada refere-se à persistência de padrões culturais de masculinidade hegemônica como principal barreira subjetiva ao acesso dos homens aos serviços de saúde. Tais padrões, construídos e reforçados socialmente desde a infância, associam a busca por cuidado à fragilidade, à feminilização e, em última instância, à perda de status viril (Schraiber; Gomes; Couto, 2005; Couto; Gomes, 2012).

Estudos qualitativos recentes, conduzidos em diferentes contextos regionais brasileiros, evidenciam que muitos homens somente procuram os serviços de saúde diante de quadros já agravados, quando a dor ou a limitação funcional tornam insustentável a postergação do cuidado (Aquino et al., 2022). Esse padrão de busca tardia compromete diretamente a efetividade das ações de prevenção e diagnóstico precoce, contribuindo para o agravamento dos indicadores de morbimortalidade já mencionados.

Adicionalmente, a literatura internacional aponta que esse fenômeno não é exclusividade brasileira, mas apresenta contornos culturais específicos em cada contexto nacional. Estudos produzidos em países da América Latina, Europa e América do Norte convergem ao identificar a masculinidade hegemônica como fator transversal de afastamento masculino dos serviços de saúde, ainda que as estratégias de enfrentamento variem conforme os arranjos institucionais de cada sistema de saúde (Baker et al., 2020 apud Souza et al., 2024).

Nesse sentido, a superação dessas barreiras não pode prescindir de estratégias de educação em saúde que dialoguem diretamente com os sentidos atribuídos à masculinidade, promovendo ressignificações capazes de associar o autocuidado não à fragilidade, mas ao exercício pleno e responsável da própria vida — o que exige, necessariamente, um trabalho continuado, sensível e tecnicamente qualificado, tarefa que recai, na prática cotidiana dos serviços, sobre a equipe multiprofissional.

### 3.4 O PAPEL ESTRATÉGICO E A DESVALORIZAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

É neste ponto que a presente revisão pretende avançar em relação à produção já consolidada sobre o tema. Se a literatura sobre saúde do homem tende a concentrar-se nas dimensões culturais, epidemiológicas e normativas da política, observa-se uma lacuna relevante quanto à discussão específica sobre as condições de trabalho e o reconhecimento institucional dos profissionais responsáveis pela operacionalização cotidiana do cuidado.

A efetivação da PNAISH depende, em grande medida, da atuação articulada de equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde e demais categorias que integram os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Souza et al., 2024).

São esses profissionais que, no cotidiano dos serviços, traduzem os princípios abstratos da integralidade em práticas concretas de acolhimento, escuta qualificada, educação em saúde, grupos terapêuticos e ações de promoção e prevenção voltadas especificamente à população masculina.

Contudo, estudos recentes evidenciam um paradoxo estrutural: quanto mais se exige das equipes multiprofissionais em termos de criatividade, sensibilidade e capacidade de adaptação para o enfrentamento das barreiras culturais que afastam os homens dos serviços, menor tem sido o investimento institucional, financeiro e simbólico destinado a essas categorias profissionais (Souza et al., 2024; Ferreira; Lima, 2022). A precarização dos vínculos empregatícios, a sobrecarga de trabalho decorrente do dimensionamento insuficiente de equipes, a fragilidade dos processos de educação permanente e a baixa valorização salarial figuram entre os principais elementos que comprometem a sustentabilidade das ações voltadas à saúde do homem.

Essa desvalorização não é apenas material, mas também simbólica. Observa-se, na literatura e nos documentos institucionais analisados, uma tendência a atribuir o protagonismo das ações de saúde do homem à figura médica, relegando aos demais profissionais — sobretudo psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos — um papel coadjuvante ou meramente complementar, quando, na prática, são frequentemente esses profissionais que sustentam os vínculos mais duradouros com os usuários, especialmente no que se refere às dimensões psicossociais do cuidado (Ferreira; Lima, 2022).

Tal invisibilização do trabalho multiprofissional reproduz, dentro da própria organização dos serviços de saúde, uma lógica hierárquica que contradiz os princípios da interdisciplinaridade preconizados pela Atenção Primária à Saúde. Além disso, compromete a continuidade das ações, uma vez que a alta rotatividade de profissionais — decorrente, em grande parte, da precariedade dos vínculos contratuais — dificulta a construção de relações de confiança duradouras entre a equipe e a população masculina assistida, relações essas que, como já demonstrado pela literatura, são condição fundamental para a superação das barreiras culturais de acesso (Aquino et al., 2022).

Cabe ainda destacar o papel específico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), frequentemente citados na literatura como elo estratégico entre os serviços e a comunidade, especialmente em contextos territoriais marcados por vulnerabilidade social. Paradoxalmente, trata-se de uma das categorias profissionais mais precarizadas do SUS, o que evidencia, de forma exemplar, o descompasso entre a centralidade discursiva atribuída a esses trabalhadores e as condições concretas oferecidas para o exercício de sua função (Ferreira; Lima, 2022).

### 3.5 PERSPECTIVAS E CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

Diante do panorama traçado, a literatura recente aponta caminhos possíveis para a qualificação da atenção integral à saúde do homem no SUS, os quais convergem, em grande medida, para a necessidade de reposicionamento institucional do trabalho multiprofissional.

Entre as estratégias mais recorrentemente citadas, destacam-se: a ampliação de processos de educação permanente voltados especificamente à temática das masculinidades, capazes de sensibilizar e qualificar tecnicamente as equipes; a reorganização dos processos de trabalho, com vistas à ampliação de horários de atendimento e à criação de espaços de escuta específicos para a população masculina; o fortalecimento do financiamento destinado à Atenção Primária à Saúde, com garantia de dimensionamento adequado de equipes; e a valorização simbólica e material das categorias profissionais historicamente subalternizadas dentro da hierarquia dos serviços de saúde (Silva; Oliveira, 2023; Souza et al., 2024).

Adicionalmente, observa-se um crescente reconhecimento, na literatura internacional, da importância de abordagens intersetoriais que articulem saúde, educação, trabalho e assistência social, reconhecendo que os determinantes sociais da saúde masculina extrapolam, em muito, dos limites de atuação isolada do setor saúde.

Iniciativas de base comunitária, que envolvem lideranças masculinas locais como multiplicadores de práticas de autocuidado, também têm demonstrado resultados promissores em diferentes contextos, sobretudo quando articuladas ao trabalho territorial das equipes de Estratégia Saúde da Família (Baker et al., 2020 apud Souza et al., 2024).

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão permite concluir que, decorridos mais de quinze anos desde a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, o Brasil consolidou um marco normativo pioneiro na América Latina, mas ainda distante de sua plena efetivação prática. Persistem barreiras culturais profundamente enraizadas em construções hegemônicas de masculinidade, que continuam a afastar os homens dos serviços de saúde e a comprometer indicadores epidemiológicos de morbimortalidade evitável.

Mais do que isso, este estudo buscou evidenciar uma dimensão frequentemente negligenciada no debate sobre saúde masculina: o papel central — e paradoxalmente desvalorizado — das equipes multiprofissionais na operacionalização cotidiana do cuidado. Não há integralidade possível sem o reconhecimento pleno do trabalho interdisciplinar; não há superação das barreiras culturais de acesso sem investimento continuado na formação, na valorização e na estabilidade dos vínculos profissionais que sustentam, na prática, os princípios abstratos da política.

Conclui-se, portanto, que a qualificação da atenção integral à saúde do homem no SUS exige um duplo movimento: de um lado, a reafirmação e o aprofundamento dos cinco eixos estruturantes da PNAISH,

com especial atenção às dimensões da paternidade, da prevenção de violências e da saúde mental masculina; de outro, o reconhecimento institucional, financeiro e simbólico da equipe multiprofissional como engrenagem indispensável — e não meramente instrumental — à efetivação de um cuidado verdadeiramente integral, equânime e sensível às singularidades de gênero. Sugere-se, como agenda futura de pesquisa, o aprofundamento de estudos empíricos que investiguem, a partir da perspectiva dos próprios profissionais multiprofissionais, suas percepções sobre reconhecimento, valorização e condições concretas de trabalho no cuidado à saúde do homem.

## REFERÊNCIAS

- AQUINO, E. M. L. et al. Barreiras de acesso dos homens aos serviços de Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1345-1358, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores de saúde do homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.
- FERREIRA, J. R.; LIMA, A. P. Precarização do trabalho em saúde e seus impactos na atenção à população masculina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, e00234, 2022.
- GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- GOMES, R. et al. Paternidade e cuidado: sentidos atribuídos por homens usuários da Atenção Primária à Saúde. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190378, 2020.
- LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014.
- MALTA, D. C. et al. Mortalidade por causas externas entre homens no Brasil: tendências e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210012, 2021.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- SILVA, F. R.; OLIVEIRA, T. C. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem quinze anos depois: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 512-525, 2023.

Sarah da Silva Almeida | Ludymilla Ferreira Silva | Pablo de Souza Seródio | Jucelena Cezar Lima Neves | Ana Claudia Rosa  
Moreira | Georgia Lopes da Silva Poses | Bruno Marques da Silva | Enoghalliton de Abreu Arruda

SOUZA, K. V. et al. O trabalho multiprofissional na atenção à saúde do homem: entre a centralidade discursiva e a desvalorização prática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, e340012, 2024.