



**FACULDADE DE ENFERMAGEM E MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**JEFFERSON DOS SANTOS**

**ADESÃO MASCULINA ÀS AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E  
ESTRATÉGIAS NO CONTEXTO RURAL**

João Pessoa – PB

2026

JEFFERSON DOS SANTOS

**ADESÃO MASCULINA ÀS AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E  
ESTRATÉGIAS NO CONTEXTO RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue à  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como  
exigência para obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientador: Prof. Paulo Emanuel Silva

João Pessoa – PB

2026

S235a

Santos, Jefferson dos

Adesão masculina as ações de saúde da família: desafios e estratégias no contexto rural / Jefferson dos Santos. – João Pessoa, 2026.

56f.; il.

Orientador: Prof.º M. Paulo Emanuel Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Saúde do Homem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. População Rural. 5. Promoção da Saúde. I. Título.

CDU: 614:61-055.1

JEFFERSON DOS SANTOS

**ADESÃO MASCULINA ÀS AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E  
ESTRATÉGIAS NO CONTEXTO RURAL**

Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), apresentado pelo aluno Jefferson dos Santos do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2026.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Paulo Emanuel Silva (ORIENTADOR)  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

---

Profa. Ma. Valdicleia da Silva Ferreira Torres (MEMBRO)  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

---

Profa. Ma. Salmana Rianne Pereira Alves (MEMBRO)  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

À Deus, por nunca me abandonar, por renovar minhas forças nos momentos difíceis e por tornar possível a realização deste sonho. À minha mãe, exemplo de amor, coragem e dedicação, que com sua luta e cuidado foi a maior inspiração da minha vida. Essa vitória também é sua. Dedico!

## AGRADECIMENTOS

Hoje meu coração transborda gratidão, emoção e felicidade. Concluir o curso de Enfermagem sempre foi um sonho que muitas vezes parecia distante, mas Deus, em sua infinita bondade e fidelidade, escreveu cada detalhe dessa vitória.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, porque sem Ele eu jamais teria chegado até aqui. Foi Ele quem me sustentou nos dias difíceis, quem enxugou minhas lágrimas em silêncio, quem renovou minhas forças quando pensei em desistir e quem mostrou que os sonhos d'Ele são maiores que qualquer dificuldade. Deus foi meu abrigo, minha direção e minha esperança.

Agradeço à mulher mais importante da minha vida: minha mãe. Meu orgulho, minha força, meu baluarte. Uma mulher simples, guerreira, batalhadora, que enfrentou a vida com coragem para criar seus filhos mesmo diante das dificuldades. Em meio a 12 irmãos, eu, Jefferson Santos, fui o único a conquistar uma graduação, e isso carrega muito do seu esforço, da sua luta e do seu amor. Se eu tive coragem para continuar, foi porque olhava para a senhora e via força. Via resistência. Via amor verdadeiro. Mãe, essa vitória é tão sua quanto minha. Tudo o que sou tem um pedaço da senhora.

Aos meus irmãos, meu eterno amor e gratidão. Em especial à minha irmã querida Jussicleia, que nunca soltou minha mão. Desde pequenos crescemos juntos, enfrentando dores, necessidades e dificuldades, mas sempre acreditando que Deus mudaria nossa história. E mudou. Porque Deus é fiel. Obrigado por cada abraço, cada conselho, cada palavra de força e por permanecer comigo em todos os momentos. Você faz parte dessa conquista.

Minha gratidão também ao meu orientador maravilhoso, Prof. Mestre Paulo Emanuel, por toda paciência, dedicação e ensinamentos durante essa caminhada acadêmica.

À minha banca amada e inspiradora, Prof. Mestre Salmana Rianne e Prof. Mestre Valdicleia da Silva, mulheres incríveis que admiro profundamente e que levarei como inspiração para minha vida profissional.

Agradeço também às professoras e professores Glaydes, Karen, Edna Samara, Amanda, Sandra, Adriana, Anderson, Suellen, Smalyanna, Eliane e Ilana, além de tantos outros mestres que tiveram o prazer de ensinar com amor, dedicação e excelência. Cada ensinamento, cada correção, cada incentivo contribuiu para formar não apenas um profissional, mas um ser humano melhor. Vocês deixaram marcas eternas na minha história. Vocês foram essenciais em muitos momentos e sempre serão lembradas com muito respeito, admiração e gratidão.

E como não agradecer aos meus amigos queridos? Luciana, Sonia, Valdiane, João Neto, Alicia, Sydney, Michele, Gilka, Jackeline e tantos outros que caminharam ao meu lado.

Obrigado por cada risada nos momentos difíceis, cada palavra de incentivo antes das provas, cada abraço quando o cansaço parecia vencer. Vocês foram luz na minha caminhada. Amigos verdadeiros são presentes de Deus, e eu tive a sorte de encontrar pessoas incríveis nessa jornada.

Hoje não termino apenas um curso. Hoje realizo o sonho daquele menino que passou por dificuldades, chorou escondido, enfrentou batalhas silenciosas, mas nunca deixou de acreditar que venceria.

A Enfermagem agora faz parte de quem eu sou. E prometo exercer essa profissão com amor, humanidade, respeito e dedicação, honrando cada pessoa que acreditou em mim até aqui.

O sonho virou realidade. Obrigado, Deus.

## RESUMO

A saúde do homem constitui campo relevante na Atenção Primária à Saúde, diante da baixa procura masculina por ações preventivas e acompanhamento contínuo. Este estudo objetivou analisar os fatores que influenciaram a adesão dos homens às ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família em comunidades rurais de Alhandra, Paraíba. Trata-se de pesquisa exploratória, quantiqualitativa, realizada com 87 homens residentes em comunidades rurais e 07 profissionais da ESF, totalizando 94 participantes. Os participantes foram abordados por meio de formulário semiestruturado, composto por questões fechadas e abertas, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 95913026.3.0000.5179, respeitando os preceitos éticos das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva, enquanto as respostas abertas foram interpretadas pela Análise de Conteúdo Temática, da qual emergiram quatro categorias: barreiras para adesão masculina à ESF; percepção sobre os serviços ofertados; participação em ações educativas; e estratégias para ampliar a participação masculina. Os resultados evidenciaram predominância de homens entre 40 e 49 anos (35,6%), casados ou em união estável (59,8%), com Ensino Fundamental completo (28,7%) e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (49,4%). Verificou-se que 44,8% procuravam a unidade apenas às vezes e 24,1% raramente, sendo as consultas médicas o serviço mais utilizado (55,2%). As principais barreiras foram falta de tempo (39,1%), horário de trabalho (28,7%) e distância da unidade (12,6%), associadas à vergonha, ao medo de descobrir doenças e à falta de interesse. Concluiu-se que a adesão masculina é influenciada por fatores ocupacionais, territoriais, culturais e organizacionais, exigindo ações permanentes, busca ativa, horários alternativos, atividades extramuros e apoio da gestão municipal.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; População Rural; Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

Men's health is a relevant field in Primary Health Care, considering the low male demand for preventive actions and continuous follow-up. This study aimed to analyze the factors that influenced men's adherence to actions developed by the Family Health Strategy in rural communities of Alhandra, Paraíba. This is an exploratory, quantitative-qualitative study conducted with 87 men living in rural communities and 7 Family Health Strategy professionals, totaling 94 participants. Participants were approached through a semi-structured form, composed of closed and open-ended questions, after approval by the Research Ethics Committee, under CAAE No. 95913026.3.0000.5179, in accordance with the ethical principles established by Resolutions No. 466/2012 and No. 510/2016 of the National Health Council. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while open-ended responses were interpreted through Thematic Content Analysis, from which four categories emerged: barriers to male adherence to the Family Health Strategy; perception of the services offered; participation in educational activities; and strategies to increase male participation. The results showed a predominance of men aged 40 to 49 years (35.6%), married or in a stable union (59.8%), with complete elementary education (28.7%) and family income between one and two minimum wages (49.4%). It was found that 44.8% sought care at the health unit only sometimes and 24.1% rarely, with medical consultations being the most used service (55.2%). The main barriers were lack of time (39.1%), work schedule (28.7%) and distance from the health unit (12.6%), associated with shame, fear of discovering diseases and lack of interest. It was concluded that male adherence is influenced by occupational, territorial, cultural and organizational factors, requiring permanent actions, active search, flexible hours, outreach activities and support from municipal management.

**Keywords:** Men's Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Rural Population; Health Promotion.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização sociodemográfica dos participantes masculinos — n = 87 .....	23
<b>Tabela 2</b> – Frequência de utilização dos serviços da ESF pelos participantes — n = 87 .....	26
<b>Tabela 3</b> – Principais dificuldades relatadas pelos participantes para acessar os serviços de saúde — n = 87.....	27
<b>Tabela 4</b> – Participação e percepção sobre o Novembro Azul — n = 87 .....	29
<b>Tabela 5</b> – Percepção dos profissionais da ESF sobre a adesão masculina — n = 07 .....	32

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Categorias e subcategorias da análise temática .....	35
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CAAE** – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem

**ESF** – **Estratégia Saúde da Família**

**FACENE** – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

**FAMENE** – Faculdade de Medicina Nova Esperança

**H<sub>0</sub>** – Hipótese Nula

**H<sub>1</sub>** – Hipótese Alternativa

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**PB** – Paraíba

**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**PNAISH** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

**PNS** – Pesquisa Nacional de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 HIPÓTESE</b> .....	<b>15</b>
1.3 JUSTIFICATIVA .....	16
<b>1.4 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
1.4.1 Objetivo Geral .....	16
1.4.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
2.1 CONSTRUÇÕES SOCIOCULTURAIS DA MASCULINIDADE E SEUS IMPACTOS NO COMPORTAMENTO DE CUIDADO .....	18
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	20
2.3 DETERMINANTES ESTRUTURAIS E DESIGUALDADES DE ACESSO DOS HOMENS À APS EM CONTEXTOS RURAIS.....	22
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
3.1 Tipo de pesquisa .....	25
3.2 Local da pesquisa.....	25
3.3 População e amostra .....	25
3.4 Instrumento de coleta de dados .....	26
3.5 Procedimentos para coleta de dados .....	27
3.6 Análise dos dados .....	27
3.7 Aspectos éticos .....	28
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>51</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	51
APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS .....	53

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde do homem tem se consolidado como um campo de atenção estratégica dentro das políticas públicas brasileiras, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, marcou um avanço importante ao reconhecer que as desigualdades de gênero influenciam o comportamento de busca por cuidados e os desfechos em saúde (Brasil, 2022). Ainda assim, passados mais de quinze anos de sua implementação, a baixa adesão masculina às ações de prevenção e promoção continua sendo um desafio para a ESF, principalmente nas regiões mais vulneráveis do país (Almeida *et al.*, 2024).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira foi estimada em aproximadamente 213,4 milhões de habitantes em 1.º de julho de 2025 (IBGE, 2025), sendo que as diferenças por gênero continuam evidentes: segundo dados difundidos pela PNAD Contínua, há cerca de 95 homens para cada 100 mulheres no país, o que indica menor proporção relativa da população masculina frente à feminina na composição demográfica atual (IBGE, 2025).

No Nordeste, essa tendência demográfica se mantém em parâmetros semelhantes ao nacional, mas com persistência de maiores índices de mortalidade masculina por causas evitáveis, como doenças cardiovasculares e agravos externos, que impactam de forma desigual os homens em relação às mulheres. No estado da Paraíba, cuja população foi estimada em cerca de 4,16 milhões de habitantes em 2025 (IBGE, 2025), observava-se no Censo Demográfico de 2022 que uma parcela significativa da população residia em áreas rurais, fator que se associa a dificuldades de acesso e continuidade do cuidado em saúde. Esses indicadores demonstram que vulnerabilidades territoriais, quando articuladas às desigualdades de gênero, continuam a produzir impactos diretos e diferenciados sobre a saúde masculina no Brasil.

O distanciamento dos homens dos serviços de atenção primária é multifatorial. Estudos indicam que concepções culturais associadas à masculinidade, a crença na invulnerabilidade e o receio de demonstrar fragilidade física ou emocional continuam a ser barreiras significativas à busca por atendimento (Soares, 2025; Coelho, Melo, 2018). Além disso, fatores estruturais como horários incompatíveis com a jornada laboral, escassez de ações voltadas especificamente ao público masculino e o predomínio de práticas curativistas na APS dificultam a adesão contínua (Silva Júnior *et al.*, 2024).

No contexto rural nordestino, essas dificuldades ganham contornos ainda mais complexos. A dispersão geográfica, as limitações no transporte público e a baixa oferta de

serviços especializados configuram barreiras concretas para o acesso da população masculina (Martinelli *et al.*, 2024).

Na Paraíba, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), mais de 70% dos municípios possuem até 20 mil habitantes, configurando um perfil territorial marcado por pequenas localidades que dependem intensamente da Atenção Primária à Saúde, especialmente da ESF. Embora a cobertura formal da atenção básica seja elevada no estado, a literatura recente e relatórios oficiais do Ministério da Saúde indicam que tal cobertura não se traduz automaticamente em efetividade do cuidado, sobretudo em territórios rurais e de baixa densidade populacional. Persistem dificuldades estruturais relacionadas à fixação de profissionais, rotatividade de equipes e oferta irregular de ações educativas direcionadas aos homens adultos, especialmente em áreas rurais dispersas.

No que se refere ao padrão de utilização dos serviços, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019), como mostra na última edição disponível apontou que 54,1% dos residentes da Região Nordeste declaravam a Unidade Básica de Saúde como local habitual de atendimento (IBGE, 2019). Entre homens residentes em áreas rurais, o percentual era inferior, evidenciando menor vinculação aos serviços de atenção primária.

Ainda que não haja edição mais recente da PNS até 2025, as estimativas populacionais atuais mantêm o cenário de predominância de ocupações informais e atividades laborais sazonais na Paraíba, fatores que seguem sendo apontados pela literatura como barreiras ao acesso regular aos serviços preventivos de saúde. Esse contexto reforça a hipótese de que fatores territoriais e ocupacionais continuam a produzir distanciamento progressivo dos homens em relação às práticas preventivas.

Estudo de Almeida *et al* (2024) realizado com equipes da ESF no interior nordestino destaca que muitos profissionais ainda carecem de formação específica para lidar com as demandas de saúde do homem, o que reduz a capacidade de abordagem integral e o vínculo entre usuário e serviço. Barros Melo *et al.* (2023) acrescentam que, mesmo em municípios com cobertura ampliada de ESF, a adesão masculina ao pré-natal do parceiro e a ações educativas é mínima, refletindo a dificuldade de adaptar as práticas de cuidado às realidades locais.

## 1.2 HIPÓTESE

**(H<sub>0</sub>):** Não há associação significativa entre o contexto rural, as características socioculturais e a adesão dos homens às ações da ESF.

**(H<sub>1</sub>):** Existe associação significativa entre o contexto rural, as características socioculturais e a

adesão dos homens às ações da ESF.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Iniciativas recentes do Ministério da Saúde indicam esforços para reestruturar a política de saúde do homem, com ênfase na equidade regional e na valorização de contextos culturais. O projeto “Saúde do Homem no SUS” tem priorizado municípios rurais e de pequeno porte, estimulando a criação de grupos de homens e campanhas itinerantes em feiras e associações comunitárias. Ainda assim, os dados mostram que os atendimentos individuais masculinos na APS representam apenas 26,1% do total, mesmo com crescimento no cadastramento nas equipes da ESF (Brasil, 2025).

Pesquisas desenvolvidas na Paraíba têm mostrado que as estratégias locais ainda são incipientes. Em municípios do Cariri e do Sertão, por exemplo, ações voltadas aos homens ocorrem principalmente durante campanhas pontuais, como o “*Novembro Azul*”, sem continuidade ou articulação intersetorial (Almeida *et al.*, 2024; Soares, 2025). A falta de políticas municipais específicas e a centralização das decisões em instâncias gestoras dificultam a institucionalização de práticas permanentes de promoção da saúde masculina.

Diante desse cenário, torna-se urgente compreender como os homens rurais da Paraíba se relacionam com os serviços de saúde, quais barreiras enfrentam e que estratégias podem favorecer sua adesão. Diante disto, este estudo justifica-se pela necessidade de produzir evidências científicas que subsidiem gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas na construção de ações mais efetivas e contextualizadas. Compreender as singularidades da adesão masculina às ações da ESF no contexto rural paraibano é essencial para fortalecer a equidade, ampliar o acesso e reduzir as desigualdades regionais na saúde do homem.

Diante do exposto, observa-se que a compreensão dos fatores que influenciam a relação dos homens com os serviços de atenção primária à saúde, especialmente em áreas rurais, torna-se fundamental para o fortalecimento das ações da ESF. Nesse sentido, surgiu a seguinte questão norteadora: *De que forma os fatores socioculturais, econômicos e estruturais interferem na adesão e participação dos homens nas ações promovidas pela ESF em comunidades rurais do município de Alhandra, localizado na região da Mata Paraibana, no Litoral Sul da Paraíba?*

### 1.4 OBJETIVOS

#### 1.4.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores que influenciam a adesão dos homens às ações desenvolvidas pela

ESF em comunidades rurais do Município de Alhandra, PB .

#### 1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos participantes, considerando variáveis como faixa etária, escolaridade, estado civil, renda e tipo de vínculo laboral;
- ✓ Examinar as percepções dos participantes acerca do acesso, da qualidade e da relevância dos serviços ofertados pela ESF;
- ✓ Identificar as principais barreiras e motivações relacionadas à adesão e à participação masculina nas ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela ESF.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONSTRUÇÕES SOCIOCULTURAIS DA MASCULINIDADE E SEUS IMPACTOS NO COMPORTAMENTO DE CUIDADO

A compreensão da masculinidade como construção sociocultural e histórica constitui elemento central para interpretar o distanciamento dos homens em relação aos serviços de saúde no Brasil. Estudos recentes evidenciam que a masculinidade hegemônica, marcada por valores como autossuficiência, resistência física, controle emocional e invulnerabilidade, influencia diretamente o comportamento de cuidado masculino, reduzindo a busca por serviços preventivos e acompanhamento contínuo na APS (Demeteri, 2022). Essa perspectiva também é discutida por Oliveira *et al.*, (2025), ao demonstrarem que muitos homens internalizam a ideia de que procurar serviços de saúde representa fragilidade ou incapacidade, o que impacta negativamente a adesão às ações da ESF.

As normas socioculturais que estruturam a identidade masculina produzem barreiras subjetivas ao autocuidado. Pesquisa desenvolvida por Silva *et al.*, (2025) identificou que homens usuários da atenção básica associam o adoecimento à perda de autoridade e produtividade, reforçando a resistência em buscar atendimento médico preventivo. De modo semelhante, Couto (2025) destaca que a relação entre profissionais da saúde e usuários masculinos é atravessada por expectativas de gênero que dificultam o diálogo sobre vulnerabilidades, especialmente quando envolvem saúde mental, sexualidade ou doenças crônicas.

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) revela avanços institucionais, mas também evidencia persistentes desafios culturais. Análise publicada sobre os 15 anos da política aponta que, apesar da ampliação do debate sobre saúde masculina no SUS, ainda há baixa incorporação efetiva de estratégias específicas para o público masculino na rotina das equipes da atenção primária (Brasil, 2025). Esse cenário é reforçado por Oliveira *et al.*, (2025), que identificaram ausência de planejamento sistemático voltado aos homens nas unidades de saúde da família pesquisadas.

No contexto regional, especialmente no Nordeste brasileiro, as barreiras culturais interagem com fatores estruturais e territoriais. Dados do IBGE (2022), provenientes do Censo Demográfico, indicam que parcela significativa da população nordestina reside em áreas rurais, onde distâncias geográficas e limitações de transporte impactam o acesso regular aos serviços de saúde. Essa realidade contribui para um padrão de procura tardia por atendimento, frequentemente motivado por quadros já agravados, conforme discutido por Silva *et al.*, (2025).

Além das dificuldades territoriais, estudos evidenciam que muitos homens percebem as unidades básicas como espaços historicamente direcionados a mulheres, crianças e idosos, o que gera sensação de não pertencimento. Couto (2025) analisa que essa percepção simbólica reforça o afastamento masculino dos serviços e enfraquece o vínculo longitudinal com a equipe de saúde. Tal distanciamento é intensificado quando não há estratégias específicas de acolhimento e comunicação voltadas às demandas masculinas (Oliveira *et al.*, 2025).

A interação entre fatores culturais e organizacionais explica, em grande medida, a baixa adesão masculina às ações preventivas. Silva *et al.*, (2025) destacam que jornadas de trabalho extensas, informalidade laboral e horários pouco flexíveis de atendimento dificultam a presença dos homens nas unidades durante o expediente regular. O Ministério da Saúde (2025) informa que, embora o número de atendimentos masculinos na Atenção Primária tenha crescido nos últimos anos, a frequência de consultas preventivas ainda é inferior à das mulheres, evidenciando persistência de desigualdades no cuidado.

Os impactos dessas construções socioculturais refletem-se nos indicadores epidemiológicos. Dados oficiais do Ministério da Saúde (2025) apontam maior mortalidade masculina por causas externas, doenças cardiovasculares e condições crônicas evitáveis, demonstrando que o distanciamento preventivo contribui para agravamento de quadros clínicos. Demeteri (2022) argumenta que essa realidade está diretamente relacionada à naturalização de comportamentos de risco e à baixa valorização do autocuidado na socialização masculina.

No âmbito institucional, a literatura brasileira também indica que profissionais da atenção primária nem sempre recebem formação específica para lidar com questões de gênero e masculinidades. Oliveira *et al.*, (2025) observam que a ausência de capacitação continuada sobre saúde do homem limita a criação de estratégias eficazes de vínculo e acolhimento. Da mesma forma, análise sobre a trajetória da PNAISH aponta que a política ainda enfrenta dificuldades de integração plena às práticas cotidianas das equipes da ESF (BRASIL, 2025).

Entretanto, experiências exitosas descritas na literatura apontam caminhos possíveis. Silva *et al.*, (2025) relatam que ações educativas territorializadas, grupos de homens e estratégias de comunicação comunitária têm potencial para ressignificar o cuidado como prática de responsabilidade e fortalecimento da autonomia. Oliveira *et al.*, (2025) também defendem a necessidade de reorganização do processo de trabalho das equipes, com horários ampliados e busca ativa masculina, como forma de reduzir barreiras de acesso.

Assim, as construções socioculturais da masculinidade devem ser compreendidas como dimensões dinâmicas, passíveis de transformação por meio de políticas públicas sensíveis ao gênero e práticas de cuidado baseadas na equidade. Conforme destaca Demeteri (2022),

reconhecer que a resistência masculina ao cuidado não é meramente individual, mas resultado de processos históricos e sociais, é condição essencial para fortalecer a integralidade da atenção. Nesse sentido, a consolidação da saúde do homem no SUS depende da articulação entre mudanças culturais, qualificação profissional e organização dos serviços, conforme apontam Brasil (2025) e Oliveira *et al.*, (2025).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

A instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), formalizada pela Portaria nº 1.944/2009 do Ministério da Saúde, representou um marco na incorporação da saúde masculina como eixo estratégico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A política foi concebida com o objetivo de promover a atenção integral aos homens de 20 a 59 anos, ampliando o acesso aos serviços, qualificando o acolhimento e enfrentando desigualdades de gênero historicamente naturalizadas no campo da saúde (Brasil, 2009; Ministério da Saúde, 2025). Todavia, transcorridos mais de quinze anos de sua implementação, estudos recentes indicam que sua consolidação permanece heterogênea no território nacional, com maior fragilidade nas regiões Norte e Nordeste (Barreto *et al.*, 2025; Medrado *et al.*, 2025).

Avaliação nacional conduzida por Barreto *et al.*, (2025) evidenciou que, embora a PNAISH seja reconhecida no plano normativo, sua operacionalização enfrenta entraves relacionados à baixa institucionalização, à ausência de planejamento local específico e à insuficiência de mecanismos de monitoramento. Em muitos municípios, a política não se encontra incorporada aos instrumentos formais de gestão, como planos municipais de saúde e programações anuais, o que compromete sua continuidade administrativa. De modo convergente, Medrado *et al.* (2025), ao analisarem a implementação da política em territórios amazônicos, identificaram fragilidade na articulação interfederativa e dependência excessiva da iniciativa de gestores locais, situação que torna as ações vulneráveis a mudanças político-administrativas.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, Silva e Alves (2024) demonstram que a execução da PNAISH permanece frequentemente restrita a iniciativas pontuais, com destaque para campanhas sazonais, como o “*Novembro Azul*”. A predominância desse modelo episódico reforça a fragmentação do cuidado e dificulta a construção de vínculo longitudinal com o público masculino. Tal constatação é corroborada por Lyra *et al.*, (2025), que, ao investigarem a implementação da política no estado do Rio de Janeiro, apontaram que a ausência de estratégias comunicacionais permanentes e de integração com as demais linhas de cuidado

reduz a efetividade das diretrizes propostas.

A partir da literatura recente, é possível sistematizar os principais desafios que incidem sobre a implementação da PNAISH, especialmente em contextos nordestinos, onde fatores socioeconômicos e territoriais intensificam vulnerabilidades. Tais entraves podem ser organizados em dimensões institucionais, estruturais, socioculturais e de gestão.

**Quadro 1** – Desafios e implicações da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no contexto nordestino

<b>Dimensão</b>	<b>Desafios Identificados</b>	<b>Consequências no Nordeste</b>	<b>Fontes</b>
<i>Institucional</i>	Ausência de planejamento municipal específico; baixa priorização orçamentária; descontinuidade administrativa	Ações intermitentes e dependência de iniciativas individuais	Barreto <i>et al.</i> (2025); Medrado <i>et al.</i> (2025)
<i>Estrutural</i>	Insuficiência de recursos humanos; barreiras geográficas; infraestrutura limitada na APS	Dificuldade de acesso e fragilidade da cobertura assistencial	Medrado <i>et al.</i> (2025); Silva; Alves (2024)
<i>Sociocultural</i>	Padrões hegemônicos de masculinidade; resistência ao cuidado preventivo	Procura tardia por serviços e agravamento de condições evitáveis	Couto; Dantas (2025); Lyra <i>et al.</i> (2025)
<i>Gestão e Monitoramento</i>	Fragilidade de indicadores específicos e avaliação sistemática	Invisibilidade das demandas masculinas na gestão local	Barreto <i>et al.</i> (2025)
<i>Atenção e Cuidado</i>	Predominância de campanhas temporárias	Fragmentação do cuidado e baixa longitudinalidade	Silva; Alves (2024); Ministério da Saúde (2025)

Fonte: Elaborado pela autora com base em Barreto *et al.* (2025).

A análise crítica da produção científica recente demonstra que os obstáculos à consolidação da PNAISH extrapolam a dimensão técnico-administrativa. Conforme destacam Barreto *et al.*, (2025), a ausência de mecanismos estruturados de avaliação e de financiamento contínuo fragiliza a política, mantendo-a em posição periférica na agenda local de saúde. Além disso, Medrado *et al.*, (2025) ressalta que, em territórios rurais e de difícil acesso, fatores como longas distâncias, transporte precário e horários incompatíveis com a jornada laboral masculina constituem barreiras concretas à utilização dos serviços.

No plano simbólico, Couto e Dantas (2025) demonstram que representações sociais associadas à virilidade, autonomia e negação da vulnerabilidade influenciam negativamente a

relação dos homens com o cuidado em saúde. A persistência da ideia de que o homem deve suportar a dor e evitar a exposição de fragilidades repercute na busca tardia por atendimento, sobretudo em ações preventivas. Para os autores, a superação desse cenário requer reformulação das práticas comunicacionais e fortalecimento de abordagens dialógicas que reconheçam a pluralidade das masculinidades.

Em perspectiva recente, o Ministério da Saúde (2025) anunciou atualização das diretrizes voltadas à saúde dos homens, com a publicação de novo caderno orientador para a Atenção Básica, incorporando princípios de interseccionalidade, diversidade racial e territorialidade. Tal iniciativa sinaliza tentativa de reposicionamento estratégico da política no âmbito federal, reafirmando a necessidade de integração com outras agendas, como saúde mental, prevenção de violências e promoção da saúde no trabalho.

A consolidação efetiva da PNAISH, portanto, depende de sua institucionalização como política de Estado, com financiamento regular, metas mensuráveis e integração aos instrumentos de planejamento e avaliação do SUS (Barreto *et al.*, 2025; Lyra *et al.*, 2025). Paralelamente, torna-se imprescindível investir na formação permanente das equipes da APS, capacitando-as para o acolhimento das múltiplas expressões de masculinidade, inclusive em contextos rurais, periféricos e tradicionais.

A participação social emerge, igualmente, como eixo estruturante para o fortalecimento da política. Experiências relatadas pelo Ministério da Saúde (2025) indicam que a inclusão de lideranças comunitárias e a promoção de espaços de diálogo ampliam o engajamento masculino e favorecem a aproximação com o SUS. Nesse sentido, a territorialização das ações, aliada à intersetorialidade e à educação permanente em saúde, configura estratégia central para reduzir iniquidades e promover o autocuidado como dimensão legítima da experiência masculina contemporânea.

### 2.3 DETERMINANTES ESTRUTURAIS E DESIGUALDADES DE ACESSO DOS HOMENS À APS EM CONTEXTOS RURAIS

A desigualdade no acesso dos homens aos serviços da APS em territórios rurais brasileiros decorre de um conjunto articulado de determinantes estruturais, socioeconômicos e culturais, que influenciam tanto a oferta quanto a demanda por cuidado. Estudos recentes no campo da Saúde Coletiva evidenciam que o padrão de procura tardia por serviços preventivos está diretamente relacionado à organização territorial da rede, às condições de trabalho e às construções sociais de masculinidade (Couto; Dantas, 2025; Barreto *et al.*, 2025). No estado da Paraíba, particularmente nas regiões da Zona da Mata e do Litoral Sul, a configuração produtiva

baseada em atividades agroindustriais e trabalho informal intensifica vulnerabilidades sociais que repercutem no acesso à ESF (IBGE, 2022).

Em municípios nordestinos com significativa presença de comunidades rurais, a dispersão populacional amplia os desafios logísticos e organizacionais da APS. Dados do IBGE (2022) indicam que parcela expressiva da população brasileira ainda reside em áreas rurais, o que demanda estratégias diferenciadas de acesso e organização territorial. Contudo, conforme argumentam Medrado *et al.*, (2025), em análises sobre a implementação de políticas públicas de saúde em territórios periféricos, a cobertura formal da ESF não assegura, por si só, acesso efetivo, sobretudo quando persistem barreiras geográficas, limitações operacionais e fragilidades na infraestrutura local.

Sob a dimensão estrutural, estudos recentes evidenciam que a insuficiência de recursos humanos, a oferta irregular de serviços especializados e a limitação da infraestrutura física das UBS rurais comprometem a resolutividade da APS (Silva; Alves, 2024). Em contextos rurais nordestinos, a sobrecarga das equipes e a inexistência de transporte público regular entre comunidades e sede municipal configuram obstáculos adicionais, impactando especialmente trabalhadores que dependem de deslocamentos diários para atividades agrícolas (Medrado *et al.*, 2025). Assim, mesmo quando há presença institucional do SUS, a distância territorial e a rigidez dos horários de atendimento reduzem a efetividade do acesso.

No plano econômico, a predominância do trabalho informal e sazonal entre homens do meio rural constitui determinante central da baixa adesão aos serviços preventivos. Barreto *et al.*, (2025) ressaltam que a lógica produtivista associada ao papel de provedor familiar influencia a priorização do trabalho em detrimento do autocuidado. Tal racionalidade econômica reforça a percepção de que a ausência laboral para consultas médicas implica perda de renda e risco à estabilidade doméstica. Em municípios cuja economia local é estruturada por atividades como agricultura, pesca artesanal e comércio informal, essa dinâmica contribui para a baixa frequência masculina em ações educativas e consultas de rotina.

A dimensão sociocultural, por sua vez, desempenha papel decisivo na construção das desigualdades de acesso. Couto e Dantas (2025), ao analisarem interações clínicas na APS, demonstram que padrões hegemônicos de masculinidade associados à força, resistência e autossuficiência interferem na construção do vínculo terapêutico e na adesão a práticas preventivas. A persistência da ideia de que “adoecer é sinal de fraqueza” contribui para a procura tardia por atendimento, sobretudo em comunidades rurais, onde tais valores se articulam a formas tradicionais de organização social (Lyra *et al.*, 2025). Esse cenário resulta na subutilização de serviços voltados à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Adicionalmente, a organização dos serviços da ESF ainda revela limitações quanto à adequação às especificidades do público masculino. Silva e Alves (2024) observam que a ausência de horários alternativos, estratégias comunicacionais direcionadas e capacitação específica sobre saúde do homem dificulta a construção de vínculos duradouros. Muitas ações permanecem concentradas em campanhas temáticas, como o “*Novembro Azul*”, promovidas pelo Ministério da Saúde (2025), que, embora relevantes, não substituem estratégias permanentes de cuidado longitudinal.

Experiências territoriais indicam, contudo, possibilidades de superação dessas barreiras. Medrado *et al.*, (2025) destaca que ações comunitárias, como visitas domiciliares ampliadas e rodas de diálogo mediadas por agentes comunitários de saúde, favorecem maior aproximação com homens que tradicionalmente não frequentam a UBS. A territorialização das práticas e o reconhecimento das dinâmicas locais permitem ressignificar o cuidado como parte integrante da vida comunitária, reduzindo a percepção de que o serviço de saúde é espaço exclusivamente feminino.

Outro determinante relevante refere-se à formação das equipes da APS. Barreto *et al.*, (2025) apontam que muitos profissionais relatam não ter recebido capacitação específica sobre a PNAISH, o que limita o desenvolvimento de abordagens pedagógicas sensíveis às masculinidades plurais. Essa lacuna formativa contribui para a reprodução de modelos assistenciais centrados na saúde materno-infantil, historicamente predominantes na APS, e pouco adaptados às demandas masculinas rurais.

Em síntese, os determinantes estruturais, econômicos e socioculturais interagem na produção de desigualdades de acesso dos homens à atenção primária em contextos rurais paraibanos. Barreiras geográficas, precariedade logística, informalidade laboral e padrões tradicionais de masculinidade configuram um quadro de exclusão que não se expressa apenas na ausência de serviços, mas na limitação concreta de sua utilização. Conforme argumentam Lyra *et al.*, (2025), a ampliação da adesão masculina requer reorganização territorial da oferta, qualificação permanente das equipes e estratégias intersetoriais que dialoguem com o cotidiano produtivo e simbólico dos homens do campo.

Compreender esses determinantes múltiplos constitui condição indispensável para o fortalecimento da ESF em municípios rurais do Nordeste brasileiro. A efetividade da APS dependerá de sua capacidade de articular infraestrutura adequada, práticas culturalmente sensíveis e estratégias de aproximação comunitária, promovendo o reconhecimento da saúde como dimensão legítima da vida cotidiana masculina e não como evento episódico ou obrigação externa (Couto; Dantas, 2025).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantiqualitativa, voltada à compreensão dos fatores que influenciaram a adesão e a participação dos homens nas ações promovidas pela Estratégia Saúde da Família em comunidades rurais do município de Alhandra-PB. A natureza exploratória justificou-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre um fenômeno ainda pouco estudado na realidade local, permitindo identificar percepções, barreiras e estratégias relacionadas à participação masculina nas ações de saúde.

A abordagem quantitativa foi utilizada para organizar e descrever os dados obtidos por meio dos formulários aplicados, possibilitando mensurar a frequência e a distribuição de variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e à utilização dos serviços. Já a abordagem qualitativa permitiu compreender os significados atribuídos pelos participantes às suas experiências e percepções sobre os serviços de saúde. Segundo Minayo (2022), essa combinação possibilita uma análise mais abrangente, integrando dimensões objetivas e subjetivas do fenômeno estudado.

#### 3.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na zona rural do município de Alhandra, localizado na mesorregião da Mata Paraibana, no Litoral Sul do estado da Paraíba, integrante da Região Metropolitana de João Pessoa. A pesquisa teve como cenário específico uma Unidade Básica de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família, responsável pela assistência à população residente em comunidades rurais territorialmente dispersas.

A área caracteriza-se por significativa presença de atividades agrícolas, além de distâncias consideráveis entre as comunidades e a unidade de saúde, fatores que podem interferir na organização da demanda, no acesso aos serviços e na continuidade do cuidado. A assistência local é estruturada prioritariamente por meio da ESF, que constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde no território.

#### 3.3 População e amostra

A população-alvo da pesquisa foi composta por homens residentes em comunidades rurais de Alhandra-PB e por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família que

atuavam nessas localidades.

A amostra foi do tipo intencional. Considerando que existiam 132 famílias cadastradas na área onde a pesquisa foi realizada e que, entre essas famílias, havia um quantitativo de 112 homens, foi realizado o cálculo amostral por meio do aplicativo BioEstatística. Para esse cálculo, adotou-se margem de erro de 5% e nível de confiança de 90%, obtendo-se uma amostra de 87 homens.

Dessa forma, participaram da pesquisa 87 homens, selecionados conforme os critérios de inclusão estabelecidos: ter idade igual ou superior a 18 anos, residir nas comunidades rurais selecionadas, estar cadastrado nas equipes da ESF e aceitar participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto à amostra dos profissionais, foram incluídos todos os profissionais disponíveis, por se tratar de um quantitativo reduzido. Assim, participaram da pesquisa 07 profissionais, sendo 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e 03 agentes comunitários de saúde, todos atuantes há pelo menos seis meses nas unidades rurais do município e que aceitaram participar mediante assinatura do TCLE.

Foram excluídos homens e profissionais que estiveram ausentes da área de abrangência da unidade durante o período da coleta de dados, bem como aqueles que não demonstraram disponibilidade ou interesse em participar.

A amostragem contemplou usuários vinculados à Unidade Básica de Saúde da zona rural, buscando assegurar diversidade de perfis sociodemográficos e ocupacionais, de modo a favorecer a consistência e a representatividade das respostas obtidas.

### 3.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de formulário semiestruturado, elaborado com base em estudos prévios sobre a temática da saúde do homem e adaptado ao contexto da ESF em áreas rurais.

O formulário foi composto por perguntas fechadas e abertas, abrangendo três eixos principais:

1. Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos participantes;
2. Percepções sobre o acesso, a qualidade e a relevância dos serviços de saúde;
3. Barreiras e motivações relacionadas à adesão e participação nas ações da ESF.

Antes da aplicação definitiva, foi realizada uma etapa piloto com um pequeno grupo de participantes, a fim de verificar a clareza, a pertinência e a adequação das perguntas ao contexto local.

### 3.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), sob CAAE nº 96020326.1.0000.5179, e após autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Alhandra.

As visitas às comunidades foram agendadas previamente, com apoio dos agentes comunitários de saúde. A aplicação dos formulários ocorreu em espaços reservados das Unidades de Saúde da Família ou em locais comunitários de fácil acesso, garantindo conforto e privacidade aos participantes.

Cada aplicação teve duração média de 20 a 30 minutos e foi conduzida de forma respeitosa e acolhedora, observando os princípios éticos e de confidencialidade.

Os dados coletados foram armazenados de forma segura e permanecerão sob a guarda do pesquisador responsável por um período mínimo de cinco anos, conforme as normas éticas vigentes.

### 3.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas, médias e porcentagens. As informações foram organizadas em planilhas eletrônicas, favorecendo a visualização dos padrões encontrados.

As respostas às perguntas abertas foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática, conforme proposta de Bardin (2016), envolvendo três etapas:

- Pré-análise, com leitura flutuante dos relatos;
- Exploração do material, identificando categorias e subcategorias temáticas;
- Tratamento dos resultados e interpretação, articulando os achados empíricos à

literatura científica atual sobre saúde do homem e Atenção Primária.

Essa estratégia permitiu integrar as dimensões estatísticas e interpretativas do fenômeno, favorecendo uma compreensão mais ampla da realidade estudada. Além disso, possibilitou a identificação de padrões recorrentes, convergências e divergências nos discursos dos participantes, contribuindo para maior consistência analítica.

### 3.7 Aspectos éticos

O estudo obedeceu aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, bem como à Resolução COFEN nº 564/2017 (COFEN, 2017), que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e reforça a importância do respeito, da dignidade, da integridade e da confidencialidade dos participantes.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), sob CAAE nº 96020326.1.0000.5179 e sob parecer: 8.285.032.

Os objetivos e procedimentos da pesquisa foram devidamente esclarecidos a todos os participantes, assegurando o direito à recusa, à desistência a qualquer momento, sem prejuízo, e à garantia do anonimato. A participação ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerou-se que o risco envolvido foi mínimo, uma vez que não houve intervenções clínicas, limitando-se o estudo à aplicação de formulários. Entre os benefícios esperados, destacou-se a contribuição para o fortalecimento das ações voltadas à saúde do homem em comunidades rurais, oferecendo subsídios para o aprimoramento das estratégias de acesso, acolhimento e fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 87 homens residentes em comunidades rurais do município de Alhandra-PB e 07 profissionais da Estratégia Saúde da Família, totalizando 94 participantes. Os dados foram obtidos por meio de formulários compostos por questões fechadas e abertas, contemplando aspectos sociodemográficos, acesso e utilização dos serviços de saúde, participação em ações educativas, percepções sobre a assistência prestada pela ESF e barreiras relacionadas à adesão masculina às práticas de promoção e prevenção em saúde.

A organização dos resultados seguiu os objetivos propostos na pesquisa, buscando inicialmente caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos participantes; em seguida, examinar suas percepções sobre o acesso, a qualidade e a relevância dos serviços ofertados pela ESF; e, por fim, identificar as principais barreiras e motivações relacionadas à participação masculina nas ações de saúde desenvolvidas no contexto rural.

Considerando a abordagem quantiqualitativa, os dados quantitativos foram apresentados por meio de frequências absolutas e relativas, enquanto as respostas abertas foram interpretadas a partir da Análise de Conteúdo Temática, permitindo a identificação de categorias, subcategorias e núcleos de sentido relacionados à adesão masculina aos serviços da Atenção Primária à Saúde. A metodologia da pesquisa foi definida como exploratória e quantiqualitativa, voltada à compreensão dos fatores que influenciam a adesão dos homens às ações promovidas pela ESF em comunidades rurais de Alhandra-PB.

### *4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes masculinos*

A caracterização sociodemográfica dos participantes permitiu compreender o perfil dos homens investigados e sua relação com a procura pelos serviços de saúde. De acordo com a Tabela 1, observou-se predominância de homens na faixa etária de 40 a 49 anos, correspondendo a 35,6% da amostra, seguida pela faixa de 30 a 39 anos, com 24,1%. Esse dado demonstra que a maior parte dos participantes se encontra em idade economicamente ativa, o que pode influenciar diretamente sua disponibilidade para frequentar a unidade de saúde, especialmente em razão das atividades laborais desenvolvidas no meio rural.

Em relação ao estado civil, predominou o grupo de homens casados ou em união estável, representando 59,8% dos participantes. Esse achado sugere que grande parte dos entrevistados possui responsabilidades familiares e econômicas, o que pode reforçar a priorização do trabalho e da manutenção da renda em detrimento do cuidado preventivo com a própria saúde.

Quanto à escolaridade, verificou-se maior concentração entre aqueles com Ensino Fundamental completo, correspondendo a 28,7%, e Ensino Fundamental incompleto, com 27,6%. Apenas 4,6% dos participantes possuíam Ensino Superior. Esse resultado indica um perfil educacional marcado por baixa escolarização, condição que pode interferir na compreensão das ações preventivas, na busca por informações em saúde e na valorização do acompanhamento contínuo pela ESF.

No que se refere à renda familiar mensal, a maior parte dos participantes informou possuir renda entre 1 e 2 salários mínimos, representando 49,4% da amostra, enquanto 31,0% relataram renda de até 1 salário mínimo. Tais dados evidenciam condições socioeconômicas limitadas, comuns em comunidades rurais, que podem repercutir no acesso aos serviços de saúde, principalmente quando associados à distância geográfica, ao transporte e à necessidade de conciliar o atendimento com a jornada de trabalho.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos participantes masculinos — n = 62

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
18–29 anos	11	12,6
30–39 anos	21	24,1
40–49 anos	31	35,6
50–59 anos	16	18,4
60 anos ou mais	08	9,2
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	20	23,0
Casado/União estável	52	59,8
Separado	10	11,5
Viúvo	05	5,7
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	07	8,0
Ensino Fundamental incompleto	24	27,6
Ensino Fundamental completo	25	28,7
Ensino Médio incompleto	11	12,6
Ensino Médio completo	16	18,4
Ensino Superior	04	4,6

<b>Renda familiar mensal</b>		
<b>Até 1 salário mínimo</b>	27	31,0
<b>1–2 salários mínimos</b>	43	49,4
<b>2–3 salários mínimos</b>	13	14,9
<b>Acima de 3 salários mínimos</b>	04	4,6

**Fonte:** Dados da pesquisa, João Pessoa-PB, Brasil, 2026.

Os resultados apresentados na Tabela 1 evidenciam que o perfil dos homens participantes está diretamente relacionado às características sociais e territoriais do contexto rural pesquisado, marcado por predominância de homens em idade produtiva, baixa escolaridade, renda familiar limitada e forte vinculação ao trabalho. Esses achados dialogam com Martinelli *et al.*, (2024), ao destacarem que a organização dos sistemas locais de saúde em municípios rurais envolve desafios relacionados à distribuição territorial dos serviços, ao deslocamento da população e à capacidade de resposta das equipes diante das necessidades locais. Assim, a predominância de participantes em idade economicamente ativa contribui para compreender como a rotina laboral pode interferir na disponibilidade dos homens para procurar a unidade de saúde.

A baixa escolaridade e a renda familiar limitada observadas nesta pesquisa também se aproximam das discussões de Oliveira *et al.*, (2026), que apontam que o acesso dos homens aos serviços da Atenção Primária ainda é atravessado por barreiras sociais, organizacionais e relacionais, incluindo dificuldades de vínculo, incompatibilidade de horários e menor adesão às ações preventivas. Nesse sentido, condições como menor escolarização, baixa renda, distância geográfica e necessidade de conciliar o atendimento com a jornada de trabalho podem limitar tanto a busca por informações em saúde quanto a adesão a práticas preventivas e de acompanhamento contínuo.

Além disso, Soares e Pereira (2025) discutem que a adesão masculina aos serviços de saúde na Atenção Primária é influenciada por fatores culturais, sociais e laborais, os quais contribuem para que muitos homens priorizem o trabalho e procurem atendimento apenas diante de sintomas ou agravos já instalados. Essa realidade se aproxima dos achados deste estudo, uma vez que o perfil sociodemográfico dos participantes revela homens inseridos em contexto rural, com responsabilidades familiares e econômicas que podem dificultar a procura regular pelos serviços da ESF.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem também reconhece a necessidade de compreender a realidade singular masculina, considerando fatores de risco,

vulnerabilidades e aspectos socioculturais que influenciam o processo saúde-doença (Brasil, 2022). De modo complementar, Brandão *et al.*, (2025) destacam que, apesar dos avanços da PNAISH, ainda persistem desafios para sua efetivação na Atenção Primária, especialmente quanto à ampliação do acesso e à adequação das ações às diferentes realidades dos homens brasileiros. Dessa forma, os achados desta pesquisa confirmam que a adesão masculina às ações da ESF não deve ser analisada apenas como escolha individual, mas como resultado de condições sociais, econômicas, culturais, territoriais e organizacionais que envolvem a vida dos homens residentes em comunidades rurais.

#### 4.2 Acesso e utilização dos serviços da Estratégia Saúde da Família

Em relação à frequência de procura pela Unidade de Saúde da Família, conforme apresentado na Tabela 2, verificou-se que a maioria dos participantes afirmou buscar atendimento apenas “às vezes”, correspondendo a 44,8% da amostra. Além disso, 24,1% relataram procurar a unidade raramente, enquanto 17,2% afirmaram buscar atendimento frequentemente e 6,9% sempre. Esses dados indicam uma adesão irregular dos homens aos serviços da ESF, sugerindo que a procura ocorre, muitas vezes, de forma pontual e motivada por demandas imediatas.

Quanto aos serviços mais utilizados, as consultas médicas foram mencionadas por 55,2% dos participantes, seguidas pelos atendimentos de enfermagem, com 17,2%, e pela realização de exames, com 9,2%. A baixa utilização de serviços como vacinação, odontologia e ações educativas aponta para uma tendência de procura centrada no modelo curativo, em que o homem busca atendimento principalmente quando apresenta sintomas ou necessidades específicas.

**Tabela 2** – Frequência de utilização dos serviços da ESF pelos participantes — n = 87

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Frequência de procura pelos serviços</b>		
<b>Nunca</b>	<b>06</b>	<b>6,9</b>
<b>Raramente</b>	<b>21</b>	<b>24,1</b>
<b>Às vezes</b>	<b>39</b>	<b>44,8</b>
<b>Frequentemente</b>	<b>15</b>	<b>17,2</b>
<b>Sempre</b>	<b>06</b>	<b>6,9</b>
<b>Serviços mais utilizados</b>		
<b>Consultas médicas</b>	<b>48</b>	<b>55,2</b>

<b>Enfermagem</b>	<b>15</b>	<b>17,2</b>
<b>Odontologia</b>	<b>07</b>	<b>8,0</b>
<b>Vacinação</b>	<b>06</b>	<b>6,9</b>
<b>Exames</b>	<b>08</b>	<b>9,2</b>
<b>Outros</b>	<b>03</b>	<b>3,4</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, João Pessoa-PB, Brasil, 2026.

Os resultados apresentados na Tabela 2 evidenciam que, embora a Estratégia Saúde da Família seja uma das principais portas de entrada da Atenção Primária à Saúde, a presença masculina nos serviços ainda ocorre de forma limitada e irregular. Esse achado corrobora Oliveira *et al.*, (2026), ao afirmarem que o acesso dos homens aos serviços da Atenção Primária ainda é marcado por baixa procura, descontinuidade do cuidado e dificuldades de vínculo com as equipes de saúde.

A predominância das consultas médicas como serviço mais utilizado também reforça a permanência de um modelo assistencial centrado na resolução de queixas imediatas. Esse resultado se aproxima da discussão de Soares e Pereira (2025), que apontam que muitos homens tendem a buscar os serviços de saúde apenas quando apresentam sintomas ou quando já existe algum agravo instalado, mantendo uma relação tardia com o cuidado. Dessa forma, os dados desta pesquisa indicam que a procura masculina pela ESF ainda está mais associada ao tratamento de problemas já existentes do que à prevenção de doenças e à promoção da saúde.

Coelho e Melo (2018) também destacam que a assistência ao homem na Estratégia Saúde da Família ainda apresenta fragilidades, sobretudo pela baixa participação masculina em ações preventivas e educativas. Nesse sentido, a reduzida utilização de serviços como vacinação, odontologia e ações educativas observada nesta pesquisa reforça a necessidade de ampliar estratégias que aproximem os homens das práticas de cuidado contínuo.

Além disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem reconhece que os homens acessam menos os serviços de saúde, especialmente os de caráter preventivo, e orienta a reorganização das ações da Atenção Primária para favorecer o acolhimento, a integralidade e a ampliação do acesso masculino aos serviços do SUS (Brasil, 2022). Assim, os achados da Tabela 2 corroboram a literatura ao demonstrarem que a adesão masculina à ESF ainda é irregular e predominantemente curativa.

A análise das dificuldades relatadas pelos participantes reforça essa compreensão. Conforme apresentado na Tabela 3, a principal barreira mencionada foi a falta de tempo,

indicada por 39,1% dos homens, seguida pelo horário de trabalho, com 28,7%. Também foram citadas a distância da unidade, a vergonha, o medo de descobrir doenças e a falta de interesse.

**Tabela 3** – Principais dificuldades relatadas pelos participantes para acessar os serviços de saúde — n = 87

<b>Dificuldades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Falta de tempo</b>	34	39,1
<b>Horário de trabalho</b>	25	28,7
<b>Distância</b>	11	12,6
<b>Vergonha</b>	07	8,0
<b>Medo de descobrir doença</b>	06	6,9
<b>Falta de interesse</b>	04	4,6

**Fonte:** Dados da pesquisa, João Pessoa-PB, Brasil, 2026.

A partir dos dados contidos na Tabela 3, percebe-se que as barreiras organizacionais e laborais exercem forte influência na adesão masculina aos serviços da ESF. A falta de tempo e o horário de trabalho, apontados como principais dificuldades pelos participantes, corroboram Oliveira *et al.*, (2026), que identificaram a incompatibilidade entre a jornada laboral masculina e o horário de funcionamento das unidades como um dos principais obstáculos para o acesso dos homens à Atenção Primária.

No contexto rural, essas dificuldades podem ser ainda mais expressivas, pois muitos homens dependem de longas jornadas de trabalho, deslocamentos e atividades produtivas que dificultam a ida à unidade de saúde em horário comercial. Martinelli *et al.*, (2024) destacam que a organização dos sistemas locais de saúde em municípios rurais envolve desafios relacionados à distribuição territorial dos serviços, ao deslocamento da população e à capacidade de resposta das equipes diante das necessidades locais. Dessa forma, a distância da unidade, citada por 12,6% dos participantes, deve ser compreendida como uma barreira territorial importante para a adesão masculina.

Além das barreiras laborais e territoriais, os participantes também relataram vergonha, medo de descobrir doenças e falta de interesse. Esses achados dialogam com Demeteri (2022), ao discutir que a masculinidade pode influenciar negativamente o autocuidado, uma vez que muitos homens associam a busca por atendimento à fragilidade ou à exposição de vulnerabilidades. De modo semelhante, Santos *et al.*, (2024) apontam que os profissionais da Atenção Primária enfrentam desafios relacionados aos determinantes socioculturais do processo

saúde-doença masculino, incluindo resistência ao cuidado preventivo e baixa procura espontânea pelos serviços.

Assim, os achados desta pesquisa indicam que a baixa adesão masculina não decorre apenas de desinteresse individual, mas de um conjunto de fatores ocupacionais, territoriais, culturais e organizacionais. Nesse sentido, as estratégias de ampliação do acesso devem considerar horários alternativos, ações extramuros, busca ativa, atividades educativas em espaços comunitários e maior aproximação da ESF com os locais de trabalho e convivência dos homens, conforme também defendem Brandão *et al.*, (2025) ao ressaltarem os desafios persistentes para a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Atenção Primária.

#### 4.3 Participação nas ações educativas e no Novembro Azul

No que se refere à participação em campanhas ou ações educativas, conforme apresentado na Tabela 4, observou-se que o Novembro Azul aparece como a principal atividade de saúde do homem reconhecida pelos participantes. Dos 87 homens entrevistados, 55 participantes, correspondentes a 63,2%, afirmaram já ter participado de ações relacionadas à campanha. Outros 28,7% relataram nunca ter participado e 8,0% não lembravam.

Quando questionados sobre o conhecimento acerca do objetivo da campanha, 66,7% afirmaram saber sua finalidade, enquanto 25,3% disseram já ter ouvido falar, mas não sabiam exatamente do que se tratava. Apenas 8,0% informaram não conhecer a campanha. Esses resultados demonstram que o Novembro Azul possui alcance significativo entre os homens pesquisados, ainda que nem todos compreendam plenamente sua proposta.

**Tabela 4** – Participação e percepção sobre o Novembro Azul — n = 87

Variáveis	n	%
<b>Participação em ações do Novembro Azul</b>		
<b>Já participou</b>	55	63,2
<b>Nunca participou</b>	25	28,7
<b>Não lembra</b>	07	8,0
<b>Conhecimento sobre o objetivo da campanha</b>		
<b>Conhece o objetivo da campanha</b>	58	66,7
<b>Já ouviu falar, mas não sabe exatamente</b>	22	25,3
<b>Não conhece</b>	07	8,0
<b>Incentivo para procurar atendimento</b>		

<b>Sim</b>	52	59,8
<b>Parcialmente</b>	22	25,3
<b>Não incentivaram</b>	13	14,9

**Fonte:** Dados da pesquisa, João Pessoa-PB, Brasil, 2026.

Observou-se ainda que 59,8% dos homens afirmaram que as ações do Novembro Azul os incentivaram a procurar atendimento ou realizar exames preventivos, enquanto 25,3% responderam que foram parcialmente incentivados. Esse dado demonstra que campanhas pontuais possuem potencial de mobilização, principalmente quando abordam temas sensíveis à saúde masculina, como a prevenção do câncer de próstata.

Esse resultado corrobora Borges *et al.*, (2026), ao destacarem que as ações governamentais voltadas à saúde do homem na Atenção Primária contribuem para ampliar a visibilidade da temática e estimular práticas de promoção da saúde. No entanto, os autores também apontam que ainda existem desafios para transformar essas ações em processos permanentes de cuidado, o que se aproxima dos achados desta pesquisa, uma vez que o Novembro Azul aparece como a principal estratégia reconhecida pelos participantes.

Apesar da relevância da campanha, os resultados indicam que a saúde do homem não deve ficar restrita ao mês de novembro. A concentração das ações nesse período pode limitar a continuidade do cuidado e enfraquecer o vínculo entre os homens e a equipe da ESF ao longo do ano. Nesse sentido, Brandão *et al.*, (2025) afirmam que, embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem represente avanços importantes, ainda persistem desafios relacionados à sua efetivação no cotidiano dos serviços, especialmente quanto à continuidade das ações e à integração da saúde masculina à rotina da Atenção Primária.

De forma semelhante, Barreto *et al.*, (2025) apontam que, após 15 anos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, ainda há oportunidades de fortalecimento relacionadas à ampliação do acesso, à qualificação das práticas profissionais e à consolidação de ações permanentes voltadas à população masculina. Assim, os achados desta pesquisa confirmam que o Novembro Azul deve ser entendido como uma porta de entrada para a sensibilização masculina, mas não como a única estratégia de atenção à saúde do homem.

Nas respostas abertas, emergiram temas considerados importantes pelos participantes para serem trabalhados pela ESF, como prevenção do câncer de próstata, infecções sexualmente transmissíveis, hipertensão arterial, diabetes, saúde mental, alcoolismo, tabagismo e saúde do trabalhador. Esses temas revelam que os homens reconhecem demandas amplas de cuidado,

que ultrapassam a dimensão urológica e envolvem aspectos físicos, emocionais, sociais e ocupacionais.

Esse achado dialoga com Brasil (2022), ao estabelecer que a atenção integral à saúde do homem deve considerar as diferentes dimensões do processo saúde-doença masculino, não se limitando à prevenção do câncer de próstata. A política orienta que as ações sejam organizadas de forma integral, considerando fatores de risco, vulnerabilidades e necessidades específicas da população masculina.

Além disso, Barros Melo *et al.*, (2023), ao discutirem possibilidades e limites do pré-natal do homem em um município do Nordeste brasileiro, reforçam que a participação masculina nas ações de saúde pode ser ampliada quando os serviços utilizam estratégias educativas, acolhedoras e direcionadas às realidades locais. Embora o foco do estudo desses autores seja o pré-natal do homem, seus achados contribuem para compreender que a inclusão dos homens em diferentes ações da Atenção Primária depende da forma como os serviços planejam, divulgam e conduzem essas atividades.

Entre as sugestões apresentadas pelos participantes, destacaram-se a realização de palestras em locais de trabalho, atendimento em horários alternativos, maior divulgação das ações, visitas às comunidades, rodas de conversa e acolhimento mais direcionado ao público masculino. Essas propostas se aproximam das recomendações de Oliveira *et al.*, (2026), que apontam a necessidade de reorganização dos serviços de Atenção Primária para superar barreiras de acesso e ampliar a participação dos homens nas ações de saúde.

Portanto, os dados da Tabela 4 indicam que o Novembro Azul possui importância educativa e mobilizadora, mas sua efetividade depende da continuidade das ações durante todo o ano. A saúde do homem precisa ser incorporada ao planejamento permanente da ESF, por meio de ações educativas, busca ativa, atividades extramuros, horários alternativos e estratégias que contemplem as múltiplas necessidades masculinas no contexto rural.

#### *4.4 Percepções dos participantes sobre o atendimento e a qualidade dos serviços da ESF*

As percepções dos participantes sobre o atendimento ofertado pela Estratégia Saúde da Família foram identificadas a partir das respostas abertas dos homens entrevistados, permitindo compreender aspectos relacionados ao vínculo, ao acolhimento e à forma como os serviços são percebidos pela população masculina rural. De modo geral, os relatos evidenciaram que os participantes reconhecem a importância da ESF para a comunidade, sobretudo por representar o serviço de saúde mais próximo e acessível para a população.

Apesar desse reconhecimento, parte dos participantes apontou que as ações desenvolvidas na unidade parecem ser mais direcionadas às mulheres, crianças e idosos. Essa percepção pode estar relacionada à maior presença desses grupos nos serviços de Atenção Primária e à organização histórica das práticas assistenciais, tradicionalmente associadas ao pré-natal, à puericultura, à vacinação infantil e ao acompanhamento de doenças crônicas. Embora esse achado tenha emergido das respostas abertas, ele indica a necessidade de tornar as ações de saúde do homem mais visíveis, frequentes e específicas no cotidiano da ESF.

Essa percepção pode ser observada no relato a seguir:

*“[...] A gente vê mais atendimento para mulher, criança e idoso. Para homem mesmo quase não tem muita coisa, só quando é campanha [S.8]”*

A fala do participante demonstra que, embora a unidade seja reconhecida como importante para a comunidade, ainda existe a percepção de que as ações voltadas aos homens são menos frequentes ou menos visíveis no cotidiano da ESF. Esse achado corrobora Coelho e Melo (2018), ao destacarem que a assistência ao homem na Estratégia Saúde da Família ainda apresenta fragilidades, especialmente pela baixa presença masculina nas unidades e pela dificuldade dos serviços em desenvolver ações contínuas e direcionadas a esse público.

De modo semelhante, Silva e Alves (2024) afirmam que a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Atenção Primária ainda enfrenta desafios relacionados à organização dos serviços, à baixa procura masculina e à necessidade de estratégias mais efetivas de acolhimento e vinculação. Assim, a percepção dos participantes reforça que a saúde do homem precisa ocupar espaço mais permanente nas ações da ESF, não se restringindo a campanhas pontuais.

A qualidade do atendimento também foi associada, pelos participantes, ao acolhimento, ao respeito, à escuta e à forma como os profissionais conduzem o cuidado. Assim, o vínculo entre usuário e equipe aparece como elemento essencial para favorecer a adesão masculina às ações de saúde. Quando os homens se sentem acolhidos, respeitados e compreendidos em suas necessidades, a tendência de aproximação com o serviço pode ser fortalecida.

Essa avaliação positiva do atendimento aparece no seguinte relato:

*“[...] Quando a gente vai, o atendimento é bom. As meninas explicam, chamam para fazer exame, medem pressão e orientam. O problema é que nem sempre dá tempo de ir.” [S.15]*

O relato evidencia que o atendimento prestado pela equipe é percebido de forma positiva, especialmente quanto à orientação e ao acolhimento. Entretanto, também demonstra que a boa qualidade do atendimento não garante, por si só, a adesão contínua dos homens, pois barreiras como falta de tempo, trabalho e dificuldade de comparecimento continuam interferindo na procura pelos serviços.

Esse achado dialoga com Couto e Dantas (2025), que discutem a importância da comunicação entre profissionais e usuários homens no contexto da Atenção Primária, destacando que a produção do cuidado depende não apenas da oferta de serviços, mas também da construção de relações de confiança, escuta e reconhecimento das necessidades masculinas. Do mesmo modo, Couto (2025) ressalta que o cuidado aos homens na APS deve considerar as masculinidades, os modos de vida e as barreiras simbólicas que interferem na procura por atendimento.

Além disso, Almeida *et al.*, (2024) apontam que o conhecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a política de atenção à saúde masculina é fundamental para qualificar as práticas assistenciais e ampliar a capacidade dos profissionais de reconhecer as demandas específicas desse público. Nesse sentido, a percepção dos participantes reforça que não basta a existência formal da política, sendo necessário que suas diretrizes sejam incorporadas ao cotidiano da equipe, por meio de ações educativas, acolhimento qualificado e estratégias de aproximação com os homens.

Dessa forma, os achados desta seção indicam que a percepção positiva sobre o atendimento não garante, isoladamente, maior adesão masculina aos serviços. É necessário que a ESF fortaleça práticas de acolhimento que considerem as especificidades do público masculino rural, evitando abordagens moralizantes ou distantes da realidade local. Muitos homens enfrentam jornadas extensas de trabalho, dificuldades de deslocamento, receios relacionados ao diagnóstico e barreiras culturais que dificultam a procura espontânea pelos serviços. Portanto, tornar as ações masculinas mais visíveis, contínuas e territorializadas pode contribuir para reduzir a ideia de que a unidade de saúde é um espaço predominantemente feminino e ampliar o vínculo dos homens com a Atenção Primária.

#### *4.5 Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a adesão masculina*

A segunda etapa da pesquisa contou com a participação de 07 profissionais da ESF, incluindo médico, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Conforme descrito na metodologia, a amostra profissional incluiu todos os profissionais

disponíveis, considerando o quantitativo reduzido da equipe atuante nas unidades rurais pesquisadas.

Os resultados demonstraram que 57,1% dos profissionais afirmaram que a equipe realiza ações específicas voltadas à saúde do homem, enquanto 28,6% responderam que essas ações ocorrem apenas às vezes e 14,3% afirmaram que não ocorrem. Esse dado indica que, embora existam iniciativas direcionadas ao público masculino, elas ainda não se apresentam de forma plenamente consolidada na rotina dos serviços.

Outro dado relevante refere-se à concentração das ações no período do Novembro Azul. Segundo os profissionais, 71,4% das ações voltadas à saúde do homem ocorrem principalmente em novembro, enquanto apenas 28,6% permanecem ao longo do ano. Esse resultado confirma a percepção de que o cuidado masculino ainda é trabalhado de maneira sazonal, com maior intensidade durante campanhas específicas.

**Tabela 5** – Percepção dos profissionais da ESF sobre a adesão masculina — n = 07

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ações específicas para saúde do homem</b>		
<b>Sim</b>	04	57,1
<b>Às vezes</b>	02	28,6
<b>Não</b>	01	14,3
<b>Continuidade das ações</b>		
<b>Ações concentradas no Novembro Azul</b>	05	71,4
<b>Permanecem durante o ano</b>	02	28,6
<b>Percepção dos profissionais</b>		
<b>Principal dificuldade: horário de trabalho</b>	05	71,4
<b>Consideram o interesse masculino moderado ou baixo</b>	06	85,7
<b>Consideram a PNAISH relevante</b>	07	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, João Pessoa-PB, Brasil, 2026.

Na avaliação dos profissionais, a principal dificuldade para atrair os homens às atividades da ESF foi o horário de trabalho, mencionado por 71,4% dos participantes. Além disso, 85,7% classificou o interesse masculino pelos serviços como moderado ou baixo. Esses dados se aproximam das respostas apresentadas pelos próprios homens, confirmando que a rotina laboral representa um obstáculo central para a participação masculina.

Esse achado corrobora Oliveira *et al.*, (2026), ao apontarem que o acesso dos homens aos serviços da Atenção Primária ainda é limitado por fatores como incompatibilidade entre o horário de funcionamento das unidades e a jornada de trabalho, baixa procura espontânea e dificuldades de vínculo com as equipes. Assim, os dados desta pesquisa reforçam que a adesão masculina não depende apenas da vontade individual dos usuários, mas também da forma como os serviços se organizam para acolher esse público.

A concentração das ações no Novembro Azul, relatada por 71,4% dos profissionais, também confirma a existência de uma prática ainda sazonal no cuidado à saúde do homem. Borges *et al.*, (2026) destacam que as ações governamentais voltadas à saúde masculina na Atenção Primária contribuem para ampliar a visibilidade do tema, mas ainda enfrentam desafios relacionados à continuidade, ao planejamento e à consolidação de práticas permanentes de promoção da saúde. Dessa forma, os resultados desta pesquisa indicam que o Novembro Azul, embora relevante, não deve ser a única estratégia de aproximação entre os homens e os serviços da ESF.

Outro aspecto relevante é que 100,0% dos profissionais consideraram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem relevante para a prática cotidiana da equipe. No entanto, apesar desse reconhecimento, os dados sugerem que ainda há fragilidades na implementação contínua das ações voltadas ao público masculino. Esse resultado se aproxima da análise de Almeida *et al.*, (2024), que identificaram que o conhecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a política de atenção à saúde masculina é fundamental para sua efetivação, mas nem sempre se traduz automaticamente em práticas sistemáticas e permanentes no cotidiano dos serviços.

Brandão *et al.*, (2025) também afirmam que, após 15 anos da PNAISH, houve avanços importantes na visibilidade da saúde do homem no Brasil, porém ainda persistem desafios para sua consolidação na Atenção Primária, especialmente quanto à integralidade do cuidado, à ampliação do acesso e à continuidade das ações. De forma semelhante, Barreto *et al.*, (2025) destacam que a política apresenta potencialidades, mas ainda exige maior articulação entre gestão, profissionais e serviços para que suas diretrizes sejam efetivamente incorporadas às práticas de saúde.

Os profissionais também destacaram a necessidade de maior apoio da gestão municipal, capacitações específicas, ampliação das ações educativas, flexibilização de horários e desenvolvimento de atividades extramuros. Essas estratégias estão em consonância com Brasil (2022), ao orientar que a atenção integral à saúde do homem deve ser organizada de forma a

considerar suas vulnerabilidades, seus contextos de vida e suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Além disso, Santos *et al.*, (2024) apontam que os profissionais da Atenção Primária enfrentam desafios relacionados aos determinantes do processo saúde-doença masculino, incluindo aspectos culturais, sociais e organizacionais que interferem na adesão dos homens ao cuidado. Nesse sentido, a flexibilização de horários, a busca ativa e as ações fora da unidade podem contribuir para aproximar os homens dos serviços e fortalecer o cuidado preventivo.

Portanto, os dados apresentados na Tabela 5 demonstram que, embora os profissionais reconheçam a relevância da PNAISH e realizem algumas ações voltadas à saúde do homem, ainda há fragilidades na continuidade, no planejamento e na institucionalização dessas práticas. A ampliação da adesão masculina à ESF exige apoio da gestão municipal, capacitação das equipes, ações educativas permanentes, horários alternativos, atividades extramuros e estratégias de busca ativa que considerem a realidade laboral, territorial e cultural dos homens das comunidades rurais.

#### 4.6 Categorias temáticas emergentes da análise qualitativa

A partir da análise das respostas abertas dos homens e dos profissionais da ESF, emergiram categorias e subcategorias relacionadas às barreiras, percepções e estratégias para fortalecimento da adesão masculina às ações de saúde.

**Quadro 1** – Categorias e subcategorias da análise temática

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
<b><i>Barreiras para adesão masculina à ESF</i></b>	Trabalho e falta de tempo; distância da unidade; vergonha e medo	Horário de trabalho; deslocamento; masculinidade; receio do diagnóstico
<b><i>Percepção sobre os serviços ofertados</i></b>	Atendimento profissional; acolhimento; relevância das ações	Qualidade do atendimento; vínculo; confiança; prevenção
<b><i>Participação em ações educativas</i></b>	Novembro Azul; palestras; campanhas preventivas	Câncer de próstata; exames; autocuidado; informação
<b><i>Estratégias para ampliar a participação masculina</i></b>	Horários flexíveis; ações extramuros; busca ativa; educação em saúde	Atendimento noturno; visitas comunitárias; atividades em locais de trabalho; apoio da gestão

**Fonte:** Dados da pesquisa, João Pessoa-PB, Brasil, 2026.

A primeira categoria, denominada “Barreiras para adesão masculina à ESF”, surgiu a partir dos relatos dos participantes ao mencionarem as dificuldades enfrentadas para

comparecer à Unidade de Saúde da Família. Entre os aspectos mais citados, destacaram-se a falta de tempo, o horário de trabalho e a distância entre a residência e a unidade de saúde, fatores que dificultam a presença dos homens nas ações de promoção e prevenção.

Esses achados demonstram que a baixa adesão masculina não está relacionada apenas à ausência de interesse, mas também às condições de vida e trabalho presentes no contexto rural. Muitos homens exercem atividades laborais que exigem longas jornadas, o que torna difícil conciliar o cuidado em saúde com as responsabilidades profissionais e familiares. Tal realidade pode ser observada no relato a seguir:

*“[...] Eu quase não vou ao posto porque trabalho cedo e quando volto já está fechado. Às vezes a gente até precisa, mas deixa para depois por causa do serviço.” [S.1]*

O relato demonstra que a baixa procura pelos serviços não deve ser interpretada apenas como desinteresse, mas como resultado da incompatibilidade entre a organização da rotina masculina e o funcionamento da unidade. Essa compreensão dialoga com Oliveira *et al.*, (2026), ao apontarem que o acesso dos homens à Atenção Primária é dificultado por fatores organizacionais, laborais e relacionais, especialmente quando os serviços não se adaptam às necessidades desse público.

Além das barreiras ligadas ao trabalho, alguns participantes associaram a pouca procura por atendimento ao medo do diagnóstico e à resistência em reconhecer necessidades de cuidado. Essa dimensão subjetiva aparece no relato a seguir:

*“[...] Homem demora mais a procurar médico. Às vezes sente alguma coisa, mas fica esperando melhorar sozinho. Tem também aquele medo de fazer exame e descobrir uma doença.” [S.7]*

Essa fala evidencia que a adesão masculina também é atravessada por representações sociais sobre masculinidade, autocuidado e vulnerabilidade. Demeteri (2022) discute que muitos homens tendem a associar a busca por atendimento à fragilidade, o que pode retardar a procura pelos serviços e favorecer o agravamento de condições de saúde. Assim, a análise qualitativa confirma que as barreiras à adesão são múltiplas e envolvem aspectos sociais, culturais e organizacionais.

A segunda categoria, “Percepção sobre os serviços ofertados”, evidenciou que os participantes reconhecem a importância da ESF e avaliam positivamente o atendimento quando conseguem acessar a unidade. Essa percepção reforça que o vínculo com a equipe existe, mas ainda precisa ser fortalecido por ações mais contínuas e direcionadas ao público masculino.

*“[...] Quando a gente vai, o atendimento é bom. As meninas explicam, chamam para fazer exame, medem pressão e orientam. O problema é que nem sempre dá tempo de ir.” [S.15]*

Esse relato mostra que o acolhimento profissional é valorizado pelos usuários, porém não elimina, isoladamente, as barreiras de acesso. Couto e Dantas (2025) destacam que a produção do cuidado na Atenção Primária depende da comunicação, da escuta e da construção de confiança entre profissionais e homens usuários. Dessa forma, a qualidade do atendimento deve estar articulada a estratégias que facilitem a presença masculina nos serviços.

A terceira categoria, “Participação em ações educativas”, revelou que as campanhas e palestras são percebidas como importantes para ampliar o conhecimento dos homens sobre prevenção e autocuidado. O Novembro Azul apareceu como uma ação reconhecida pelos participantes, porém os relatos indicam que a educação em saúde precisa ocorrer de maneira mais frequente.

*“[...] No Novembro Azul a gente escuta mais falar sobre prevenção. Eu participei uma vez de uma palestra e achei importante, porque muita coisa a gente não sabe direito.” [S.32]*

A fala evidencia o potencial educativo das campanhas, mas também aponta para a necessidade de continuidade das ações. Borges *et al.*, (2026) ressaltam que as iniciativas voltadas à saúde do homem na Atenção Primária contribuem para ampliar a visibilidade da temática, mas ainda enfrentam desafios para se consolidarem como práticas permanentes de promoção da saúde. Assim, a análise qualitativa reforça que campanhas pontuais devem ser articuladas a uma agenda contínua de cuidado.

A quarta categoria, “Estratégias para ampliar a participação masculina”, reuniu sugestões dos usuários e profissionais para tornar os serviços mais acessíveis à população masculina rural. Entre as propostas, destacaram-se horários alternativos, ações nas comunidades, busca ativa e atividades em locais de trabalho ou espaços de convivência.

*“[...] Para trazer mais homens para a unidade, seria importante fazer ações em horários diferentes, ir até as comunidades e trabalhar mais a saúde do homem durante o ano todo, não só no Novembro Azul.” [P.3]*

O relato do profissional demonstra que a ampliação da adesão masculina exige reorganização das práticas da ESF e maior aproximação com a realidade territorial. Brandão *et al.*, (2025) afirmam que, apesar dos avanços da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, ainda persistem desafios para sua efetivação na Atenção Primária, especialmente

no que se refere à continuidade das ações, ao planejamento das equipes e à articulação com a gestão.

Dessa forma, as categorias temáticas evidenciam que a adesão masculina às ações da ESF não depende de um único fator, mas da interação entre condições de trabalho, acesso territorial, percepções culturais, acolhimento profissional e organização dos serviços. A análise qualitativa, portanto, complementa os resultados quantitativos ao demonstrar que a ampliação da participação dos homens exige estratégias permanentes, territorializadas e compatíveis com a realidade das comunidades rurais de Alhandra-PB.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, permite-se afirmar que a adesão dos homens às ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família em comunidades rurais do município de Alhandra-PB é influenciada por múltiplos fatores, envolvendo aspectos sociodemográficos, ocupacionais, culturais, territoriais e organizacionais. Os achados demonstraram que a maioria dos participantes estava em idade economicamente ativa, possuía baixa ou média escolaridade, renda familiar limitada e vínculo com atividades laborais que dificultam a procura regular pelos serviços de saúde. Nesse contexto, a falta de tempo, o horário de trabalho e a distância entre as comunidades e a unidade de saúde foram identificados como barreiras importantes para a participação masculina nas ações de promoção e prevenção.

Observou-se também que os homens procuram a ESF de forma esporádica, principalmente para consultas médicas e atendimento de demandas imediatas, evidenciando que o cuidado preventivo ainda não está plenamente incorporado à rotina masculina. Embora muitos participantes reconheçam a importância do atendimento ofertado pela equipe e avaliem positivamente o acolhimento dos profissionais, persistem fatores culturais, como vergonha, medo de descobrir doenças e resistência em buscar assistência antes do adoecimento. As ações do Novembro Azul apareceram como estratégia relevante para sensibilizar os homens, porém os resultados indicam que sua concentração em um período específico do ano limita a continuidade do cuidado.

Como limitação da pesquisa, destaca-se o fato de o estudo ter sido realizado em uma realidade específica, envolvendo comunidades rurais vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde do município de Alhandra-PB, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos. Além disso, a disponibilidade dos participantes durante o período da coleta de dados e a rotina laboral dos homens podem ter interferido no acesso a alguns sujeitos da pesquisa. Ainda assim, os dados obtidos permitiram compreender aspectos relevantes sobre a adesão masculina às ações da ESF e podem contribuir para o planejamento de estratégias mais adequadas à realidade rural investigada.

Dessa forma, conclui-se que o fortalecimento da adesão masculina às ações da ESF exige estratégias permanentes, planejadas e adaptadas à realidade rural de Alhandra-PB. É necessário ampliar horários de atendimento, desenvolver ações extramuros, realizar busca ativa, promover educação em saúde ao longo de todo o ano e fortalecer o apoio da gestão municipal às equipes da Atenção Primária. Assim, a saúde do homem deve ser compreendida como uma

dimensão contínua do cuidado, capaz de promover prevenção, vínculo, acolhimento e melhoria da qualidade de vida da população masculina nas comunidades rurais.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R.; QUEIROZ, M. A.; SOUZA E SOUZA, L. P.; SOUZA, A. A. M.; SILVA, J. R.; FIGUEIREDO, M. F. Conhecimento de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 33, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/dwKKCHGmvrvKDVcKfH3fcSC/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Revisão e atualização por Ana A. Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRETO, N. M. P. V. et al. 15 years of the National Policy for Comprehensive Men's Health Care in Brazil: perception of strengths and opportunities. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-12, 2025.
- BARROS MELO, R. R. do R. et al. Possibilidades e limites do pré-natal do homem em um município do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2261-2271, 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2023.v28n8/2261-2271/pt/>. Acesso em: 27 set. 2025.
- BORGES, C. C. L. et al. Saúde do homem na Atenção Primária: análise das ações governamentais brasileiras no âmbito da Promoção da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e360113, 2026. DOI: 10.1590/S0103-73312026360113pt.
- BRANDÃO, C. C. et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: 15 anos de importantes avanços e persistentes desafios. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, supl. 1, e250258, 2025. DOI: 10.1590/interface.250258.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde fortalece ações para ampliar o cuidado à saúde dos homens**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 nov. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/novembro/ministerio-da-saude-fortalece-acoes-para-ampliar-o-cuidado-a-saude-dos-homens>. Acesso em: 5 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf). Acesso em: 1 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 ago. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do homem: crescimento no cadastramento e baixa adesão ao atendimento individual evidenciam desigualdades regionais na Atenção**

**Primária à Saúde.** Fiocruz Notícias, 2025. Disponível em: <https://formacaovigisaude.fiocruz.br/node/268>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do homem: diretrizes e ações estratégicas atualizadas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 28 fev. 2026.

COELHO, S. F. C.; MELO, R. A. de. Assistência ao homem na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 40, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1231>. Acesso em: 25 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 nov. 2017.

COUTO, M. T. Em um contexto exitoso de Atenção Primária à Saúde se produz cuidado? Reflexões sobre homens e masculinidades na APS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, supl. 1, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 28 fev. 2026.

COUTO, M. T.; DANTAS, G. C. Is care produced in a successful Primary Health Care setting? Discussing doctor-male patient relationships and communication in Florianópolis, SC, Brazil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, 2025.

DEMETERI, M. A. **A masculinidade e o autocuidado dos homens usuários do SUS: uma revisão integrativa.** 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2022. Disponível em: <https://bdm.ufpa.br>. Acesso em: 28 fev. 2026.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: resultados gerais da Paraíba.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/>. Acesso em: 2 out. 2025.

IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com referência em 1º de julho de 2025.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2025.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde, percepção e uso de serviços.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica>. Acesso em: 3 out. 2025.

LYRA, J. et al. Implementation of men’s health policy in the state of Rio de Janeiro, Brazil: challenges and prospects. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, 2025.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTINELLI, E. A. et al. Organização dos sistemas locais de saúde em municípios rurais (Brasil, 2021–2022). **Cadernos de Saúde Pública**, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zYVYZqBBG8w3XqTh8NNVqJj/>. Acesso em: 2 out. 2025.

MEDRADO, B. et al. Analysis of the implementation of the national policy for men's health care in the Amazon territory. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, 2025.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; ALVARENGA, E. C.; LIMA, M. L. C. Análise da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em território amazônico. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, supl. 1, e240372, 2025. DOI: 10.1590/interface.240372.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 16. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

OLIVEIRA, L. C. F. de; LEAL, J. A. L.; SOUZA, M. C. de; OLIVEIRA, M. F. F. de; JESUS, A. L. N. Acesso dos homens aos serviços de saúde da atenção primária: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, p. 4260, 2026. DOI: 10.5712/rbmfc20(47)4260.

OLIVEIRA, L. C. F. et al. Acesso dos homens aos serviços de saúde da atenção primária: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, 2025. Disponível em: <https://rbmfc.org.br>. Acesso em: 28 fev. 2026.

SANTOS, W. S. S. dos et al. Men's health in primary care: challenges faced by nurses regarding the determinants of the health-disease process. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 2, e3959, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.2-062.

SILVA JÚNIOR, F. et al. Assistência ao homem na Atenção Primária à Saúde: uma avaliação do atributo acesso. **ResearchGate**, 2024. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/386882778\\_Assistencia\\_ao\\_homem\\_na\\_Atencao\\_Primary\\_a\\_Saude\\_uma\\_avaliacao\\_do\\_atributo\\_acesso](https://www.researchgate.net/publication/386882778_Assistencia_ao_homem_na_Atencao_Primary_a_Saude_uma_avaliacao_do_atributo_acesso). Acesso em: 1 out. 2025.

SILVA, B. F.; ALVES, G. S. Desafios e perspectivas na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Atenção Primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. especial, p. 1-15, 2024.

SOARES, A. Challenges for men's adherence to health services in Brazil. **Diversitas Journal**, 2025. Disponível em: [https://diversitasjournal.com.br/diversitas\\_journal/article/download/2915/2772](https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/download/2915/2772). Acesso em: 4 out. 2025.

SOARES, S. Q.; PEREIRA, W. M. B. Desafios para adesão do homem aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde. **Diversitas Journal**, Santana do Ipanema, v. 10, n. 1, p. 16-29, jan./mar. 2025. DOI: 10.48017/dj.v10i1.2915. Disponível em: [https://diversitasjournal.com.br/diversitas\\_journal/article/view/2915](https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/2915). Acesso em: 14 maio 2026.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Eu, Jefferson dos Santos, discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), venho, por meio deste termo, convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “ADESÃO MASCULINA ÀS AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO CONTEXTO RURAL”, desenvolvida sob a orientação do Prof. Paulo Emanuel Silva.

O estudo tem como objetivo geral analisar os fatores que influenciam a adesão dos homens às ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em comunidades rurais do município de Alhandra-PB. De forma mais específica, pretende-se identificar as barreiras socioculturais, econômicas e estruturais que dificultam a adesão dos homens, compreender suas percepções e experiências, analisar as estratégias utilizadas pelas equipes da ESF e avaliar como esses fatores interferem na efetividade das ações voltadas à saúde masculina.

A participação consiste em responder a um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas sobre aspectos sociodemográficos, percepções sobre o atendimento e barreiras relacionadas à participação nas ações de saúde. A aplicação ocorrerá em local reservado, na própria unidade de saúde ou em outro ambiente comunitário de fácil acesso, e terá duração média de 20 a 30 minutos.

Por se tratar de um estudo observacional, de caráter exploratório e sem qualquer intervenção clínica, os riscos envolvidos são classificados como mínimos, limitando-se à possibilidade de eventual desconforto ou constrangimento ao responder perguntas relacionadas às experiências pessoais e à utilização dos serviços de saúde. Para minimizar tais riscos, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado, garantindo privacidade, sigilo e anonimato, sem identificação nominal dos participantes em nenhuma etapa da pesquisa ou na divulgação dos resultados, sendo assegurado ainda o direito de recusa ou desistência a qualquer momento, sem prejuízo. Quanto aos benefícios, embora não haja vantagem direta imediata aos participantes, espera-se que os achados contribuam para ampliar a compreensão sobre os fatores que influenciam a adesão dos homens rurais às ações da Estratégia Saúde da Família, oferecendo subsídios técnicos para o aprimoramento das práticas assistenciais e para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde do homem no contexto da Atenção Primária à Saúde.

É importante destacar que sua participação é totalmente voluntária. Caso decida não participar ou queira desistir a qualquer momento, não haverá qualquer prejuízo ou penalidade. Todas as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e acadêmicos, conforme as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem.

As informações obtidas ficarão armazenadas sob responsabilidade do pesquisador, em local seguro, por um período de cinco anos, sendo posteriormente descartadas de forma adequada. Os resultados poderão ser apresentados em eventos e publicações científicas, sempre preservando o sigilo e a identidade dos participantes.

Para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável:

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, justificativas, riscos e benefícios desta pesquisa, e que concordo livremente em participar, ciente dos meus direitos e garantias. Autorizo o uso das informações fornecidas para fins científicos e a divulgação dos resultados em publicações e eventos acadêmicos.

Por fim, fui informado(a) de que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), conforme as normas éticas vigentes no país.

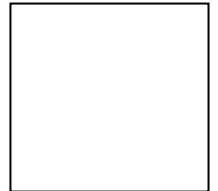
João Pessoa, \_\_/\_\_/2026

---

Assinatura do Pesquisador responsável ou do Pesquisador Participante

---

Assinatura do participante da Pesquisa



APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

**ADESÃO MASCULINA ÀS AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO CONTEXTO RURAL**

**I. Dados sociodemográficos**

1. **Idade:**  
 18–29 anos    30–39    40–49    50–59    60 anos ou mais
2. **Estado civil:**  
 Solteiro    Casado/União estável    Separado    Viúvo
3. **Escolaridade:**  
 Não alfabetizado  
 Ensino Fundamental incompleto  
 Ensino Fundamental completo  
 Ensino Médio incompleto  
 Ensino Médio completo  
 Ensino Superior
4. **Renda familiar mensal aproximada:**  
 Até 1 salário mínimo  
 1–2 salários mínimos  
 2–3 salários mínimos  
 Acima de 3 salários mínimos

**II. Acesso e utilização dos serviços de saúde**

5. **Com que frequência o senhor procura atendimento na Unidade de Saúde da Família?**  
 Nunca    Raramente    Às vezes    Frequentemente    Sempre
6. **Quais serviços o senhor mais utiliza na ESF?**  
 Consultas médicas  
 Enfermagem  
 Odontologia  
 Vacinação  
 Exames  
 Outros: \_\_\_\_\_
7. **O horário de funcionamento da unidade facilita sua participação nas ações de saúde?**  
 Sim    Parcialmente    Não  
 → Se respondeu “Não”, explique: \_\_\_\_\_
8. **O senhor já participou de campanhas ou grupos de educação em saúde promovidos pela ESF?**  
 Sim    Não  
 → Se sim, quais? \_\_\_\_\_
9. **O senhor já participou de alguma ação do Novembro Azul na Unidade de Saúde?**  
 Sim    Não  
 Não lembro
10. **O senhor sabe qual é o objetivo da campanha Novembro Azul?**  
 Sim    Já ouvi falar, mas não sei exatamente  
 Não conheço
11. **As ações do Novembro Azul incentivaram o senhor a procurar atendimento ou realizar exames preventivos?**  
 Sim  
 Parcialmente  
 Não  
 → Explique: \_\_\_\_\_
12. **Quais dificuldades o senhor encontra para procurar os serviços de saúde?**

- Falta de tempo
- Distância
- Horário de trabalho
- Vergonha
- Medo de descobrir doença
- Falta de interesse
- Outros: \_\_\_\_\_

### III. Percepções e atitudes

13. **Na sua opinião, os profissionais da ESF atendem bem os homens da comunidade?**  
 Sim  Parcialmente  Não  
 → Justifique: \_\_\_\_\_
14. **O senhor acredita que os serviços de saúde são voltados igualmente para homens e mulheres?**  
 Sim  Parcialmente  Não  
 → Explique: \_\_\_\_\_
15. **Quais temas de saúde o senhor considera mais importantes para serem abordados pela equipe da ESF?**

---



---



---

16. **O que poderia ser feito para aumentar a participação dos homens nas ações de saúde?**

---



---



---

17. **Deixe um comentário ou sugestão sobre como melhorar o atendimento e o acolhimento masculino na sua comunidade:**

---



---



---

### Agradecemos pela sua colaboração!

Sua participação é essencial para fortalecer as ações de saúde voltadas aos homens nas comunidades rurais.

## FORMULÁRIO PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### I. Identificação profissional

1. **Categoria profissional:**
- Médico(a)
  - Enfermeiro(a)
  - Técnico(a) de Enfermagem
  - Cirurgião(ã)-Dentista
  - Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

- Técnico(a) em Saúde Bucal (TSB)
  - Agente Comunitário(a) de Saúde (ACS)
  - Agente de Combate às Endemias (ACE)
  - Assistente Social
  - Psicólogo(a)
  - Fisioterapeuta
  - Nutricionista
  - Farmacêutico(a)
  - Educador(a) Físico(a)
  - Outro: \_\_\_\_\_
- 2.
3. **Tempo de atuação na ESF:**  
 Menos de 1 ano    1–3 anos    4–6 anos    Acima de 6 anos
4. **Comunidade(s) em que atua:**
4. **Participou de capacitação sobre saúde do homem?**  
 Sim    Não  
 → Se sim, especifique o tipo e o ano: \_\_\_\_\_

## II. Organização e ações de saúde

5. **A equipe realiza ações específicas voltadas para a saúde do homem?**  
 Sim    Às vezes    Não  
 → Se sim, descreva quais: \_\_\_\_\_
6. **A equipe desenvolve ações específicas durante a campanha Novembro Azul?**  
 Sim    Às vezes    Não  
 → Se sim, quais atividades são realizadas? \_\_\_\_\_
7. **Em sua avaliação, as ações do Novembro Azul contribuem para aumentar a participação masculina na unidade?**  
 Sim    Parcialmente    Não  
 → Justifique: \_\_\_\_\_
8. **As ações voltadas à saúde do homem permanecem ao longo do ano ou concentram-se no período do Novembro Azul?**  
 Permanecem ao longo do ano  
 Ocorrem principalmente em novembro  
 Ocorrem apenas eventualmente
9. **Quais são as principais dificuldades enfrentadas para atrair homens às atividades da ESF?**  
 Falta de tempo  
 Falta de interesse  
 Horário de trabalho  
 Cultura local  
 Outros: \_\_\_\_\_
10. **Em sua opinião, o horário e o formato das ações favorecem a presença dos homens?**  
 Sim    Parcialmente    Não  
 → Justifique: \_\_\_\_\_
11. **Há apoio da gestão municipal ou coordenação da Atenção Básica para as ações voltadas ao público masculino?**  
 Sim    Parcialmente    Não  
 → Explique: \_\_\_\_\_

## III. Percepções e experiências

12. **Como o(a) senhor(a) avalia o interesse dos homens pelos serviços oferecidos pela unidade?**  
( ) Alto ( ) Moderado ( ) Baixo ( ) Muito baixo
13. **Quais fatores o(a) senhor(a) considera determinantes para a baixa adesão dos homens às ações de saúde?**

---

---

---

14. **Na sua vivência, há diferenças entre a forma como homens e mulheres buscam atendimento?**  
( ) Sim ( ) Não  
→ Se sim, explique: \_\_\_\_\_
15. **Quais estratégias poderiam ser implementadas para melhorar o engajamento masculino nas ações da ESF?**

---

---

---

16. **Como o(a) senhor(a) percebe a importância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na prática cotidiana da equipe?**  
( ) Muito relevante ( ) Relevante ( ) Pouco relevante ( ) Irrelevante  
→ Justifique sua resposta: \_\_\_\_\_
17. **Em sua opinião, quais seriam as principais mudanças necessárias para aumentar a presença dos homens nas Unidades de Saúde da Família?**

---

---

---

18. **Deseja deixar alguma sugestão ou comentário final sobre o tema?**

---

---

---

**Agradecemos pela sua contribuição!**

Sua participação é fundamental para compreender e fortalecer as práticas voltadas à saúde do homem no contexto da Atenção Primária à Saúde.