



UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGENF

AMILTON DOUGLAS FERREIRA DE ARAUJO

**SAÚDE DO HOMEM: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

RIO DE JANEIRO

2022

AMILTON DOUGLAS FERREIRA DE ARAUJO

SAÚDE DO HOMEM: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Biociências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: saúde, história e cultura: saberes em Enfermagem

Orientador: Prof.º Dr. Alexandre Sousa da Silva

Coorientadora: Prof.ª Dra. Adriana Lemos

RIO DE JANEIRO
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

A658 Araujo, Amilton Douglas Ferreira de
Saúde do homem: Perfil epidemiológico das
internações por condições sensíveis à Atenção Primária /
Amilton Douglas Ferreira de Araujo. -- Rio de
Janeiro, 2022.
82

Orientadora: Alexandre Sousa da Silva.
Coorientadora: Adriana Lemos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2022.

1. Saúde do Homem. 2. Indicadores de Qualidade
em Assistência à Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. hospitalização. I. Silva, Alexandre Sousa da,
orient. II. Lemos, Adriana, coorient. III. Título.

ARAUJO, AMILTON DOUGLAS FERREIRA DE. **SAÚDE DO HOMEM: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.** 2022. n.º de páginas 82. Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

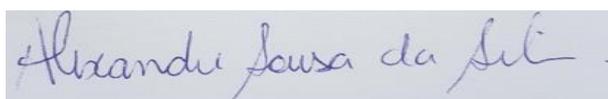
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: saúde, história e cultura: saberes em Enfermagem

Data da Apresentação 10/062022

BANCA EXAMINADORA:



Prof.º Dr. Alexandre Sousa da Silva
(Orientador)

Prof.º Dr. Davi da Silveira Barroso Alves
(1º Examinador Interno)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profª. Dra. Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp
(1ª Examinador Externo)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profª. Dra. Taís Verônica Cardoso Vernaglia
(Suplente interna)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profª. Dra. Claudia Regina Santos Ribeiro
(Suplente externa)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Dedico esta dissertação a minha ex-professora, e hoje minha amiga, a professora Msc. Araciana Moreno Fontes de Azevedo, que sempre foi luz na minha vida acadêmica, e vem me acompanhando, ajudando, em todo o meu processo de crescimento profissional. Espero um dia ser um docente como a senhora. Meu mais sincero OBRIGADO!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu força e fôlego de vida para conseguir chegar até aqui, mesmo com todas as adversidades que ocorreram nesses dois anos de mestrado.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem-PPGENF da UNIRIO, em especial a profa. Dra. Adriana Lemos que me acolheu e me deu a oportunidade de ingressar na UNIRIO e no grupo de pesquisa LEGS, que me trouxe uma nova visão de mundo e o quanto eu preciso melhorar para cuidar do meu próximo com mais amor e dedicação. Não sei como agradecer.

Sou grato ao professor Dr. Alexandre Silva, meu orientador, que me recebeu de braços abertos e com muita paciência e carinho me deu as ferramentas necessárias para que eu pudesse lapidar meu projeto de pesquisa e hoje torná-lo em uma dissertação, serei eternamente grato.

Não poderia de deixar de agradecer a prof. Dra. Juliane Ferreira da Silva, minha ex professora e hoje colega de trabalho, que vem acrescentando grandes conhecimentos a minha vida.

A toda a minha equipe da Estratégia de Saúde da Família, Autoepson Dinis de Carvalho, Rio Dourado, Casimiro de Abreu-RJ, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, ACS, Tânia, Thayla, Nathali e Guilherme, a minha recepcionista Cassiana e Andréia, que tem tornado a prática de cuidado com a população masculina uma realidade na minha vida profissional, vocês não sabem o quanto me sinto orgulhoso e feliz ao ver vocês fazendo a busca ativa e a marcação das consultas dos homens. Muito obrigado.

Obrigado Sidinei O. Pacheco, meu companheiro, que com muita paciência segurou as minhas mãos nos meus momentos de fraqueza e me puxou para cima quando eu não via mais solução, e juntos podemos chegar até aqui, e desejo que possamos ir mais longe.

A minha família é o pilar da vida, vocês são os meus pilares, eu amo vocês de todo o meu ser e sei que essa aliança feita por Deus jamais poderá ser rompida.

Aos meus amigos do grupo “Gráfico de Floresta” que juntos nos apoiamos para conseguirmos chegar até aqui. São tantos nomes ao qual eu devo gratidão que não caberia em todas as folhas do mundo, mas quero deixar registrado a todos que me cercam, me apoiam, acreditam em mim enquanto profissional de saúde, amigo, colega, filho, parceiro, aluno... meus mais puro e sincero muito obrigado.

“O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.”

Arthur Schopenhauer

ARAUJO, AMILTON DOUGLAS FERREIRA DE. Saúde do homem: Perfil epidemiológico das internações por condições sensíveis à Atenção Primária. 2022. n° de páginas 82. Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Orientador: Dr. Alexandre Sousa da Silva

Linha de Pesquisa: saúde, história e cultura: saberes em Enfermagem

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde, possui níveis hierarquizados de assistências que devem ser ofertados a população com integralidade, equidade e universalidade. Como porta de entrada aos cuidados e aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, preconiza-se que Atenção Primária a Saúde, seja a porta de entrada a estes cuidados e faça o acompanhamento em todos os níveis de assistência, por meio de articulações com outros setores, formando uma Rede de Atenção à Saúde. Diferentemente das mulheres, os homens procuram a atenção secundária (pronto-socorro, farmácias, hospitais, especialistas), como porta de entrada para o cuidado com a sua saúde, buscam o cuidado quando apresentam sintomas ou quando a doença está em estágio avançado, atendendo a sua necessidade momentânea. Para os homens não há a cultura da estimulação/realização do autocuidado, o que preveniria o surgimento de doenças e ou seus agravos. **Objetivo:** Investigar as doenças suscetíveis de prevenção pela Atenção Primária que levaram à internação da população masculina tendo como parâmetro as doenças descritas na resolução 221 de 2008, nos anos de 2010, 2014 e 2019. **Metodologia:** Produção de dois artigos científicos, artigo 1: uma revisão integrativa realizado nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature-CINAHAL* e Scopus. Artigo 2: estudo ecológico por meio da análise de dados da base DATASUS, apresentação dos mapas coropléticos realizados no programa R Studio, avaliando as doenças que mais causaram internações na população masculina nos anos 2010, 2014 e 2019 **Resultados:** O estudo de revisão integrativa foi composto por 12 artigos, sendo nove artigos da base de dados da BVS, um artigo da base de dados da CINAHAL e dois artigos da base de dados da Scopus totalizando 12 artigos para elaboração deste estudo. Artigo 2: grupo de doenças que mais tiveram internações no ano de 2010 identificou-se que o grupo 11, grupo 12 e grupo 13, em 2014 grupo 11, grupo 12 e o grupo 13 e em 2019 os grupos 11, grupo 12, e grupo 13. **Conclusão:** Artigo 01: A população masculina necessita de atenção e cuidados, e dentre um dos maiores desafios é fazer com que eles percebam isso, e se tornem agentes principais do autocuidado. Artigo 2: as doenças que mais causaram internações na população masculina foram as insuficiências cardíacas, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, não se obteve resultado sobre as doenças do Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos, houve 08 registros Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto. **Descritores:** Saúde do Homem; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Hospitalização

ARAÚJO, AMILTON DOUGLAS FERREIRA DE. Men's Health: Epidemiological profile of hospitalization for conditions sensitive to Primary Care. 2022. n° de páginas 82. Graduate Program in Nursing, Federal University of Estate Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil, 2022.

ABSTRACT

Introduction: The Unified Health System has hierarchical levels of assistance that must be offered to the population with integrality, equity and universality. As a gateway to the care and health services offered by the SUS, it is recommended that Primary Health Care be the gateway to this care and follow-up at all levels of assistance, through articulations with other sectors, forming a Health Care Network. Unlike women, men seek secondary care (emergency rooms, pharmacies, hospitals, specialists) as a gateway to care for their health, they seek care when they have symptoms or when the disease is in an advanced stage, your momentary need. For men, there is no culture of stimulation/performance of self-care, which would prevent the emergence of diseases and/or their aggravations. **Objective:** To investigate the diseases susceptible to prevention by Primary Care led to the hospitalization of the male population, having as a parameter the diseases described in resolution 221 of 2008, in the years 2010, 2014 and 2019. **Methodology:** production of two scientific articles, article 1: an integrative review carried out in the Virtual Health Library-BVS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature-CINAHAL and Scopus databases. Article 2: ecological study through the analysis of data from the DATASUS database, presentation of choropleth maps performed in the R Studio program, evaluating the diseases that most caused hospitalizations in the male population in the years 2010, 2014 and 2019. **Results:** the integrative review study consisted of 12 articles, nine articles from the VHL database, one article from the CINAHAL database and two articles from the Scopus database, totaling 12 articles for the preparation of this study. Article 2: group of diseases that had the most hospitalizations in 2010, it was identified that group 11, group 12 and group 13, in 2014 group 11, group 12 and group 13 and in 2019 groups 11, group 12, and group 13. **Conclusion:** article 01: The male population needs attention and care, and one of the biggest challenges is to make them realize this, and become the main agents of self-care. Article 2: the diseases that most caused hospitalizations in the male population were heart failure, cerebrovascular diseases, diabetes mellitus, no results were obtained on the diseases of Inflammatory Disease of the female pelvic organs, there were 08 records Diseases related to Prenatal and Childbirth. **Abstract:** Men's Health; Quality Indicators Health Care; Primary Health Care; Hospitalization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	01-	Fluxograma	PRISMA.	Adaptado	para	Revisão	
Integrativa.....							39

LISTA DE QUADROS

Quadro01- Percentual da população masculina por faixa etária.....	22
Quadro 02- Expectativa de vida no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2020.....	27
Quadro 03- Categorização estrutural dos artigos através do número do artigo/ano de publicação, título, autores, periódico, metodologia, conclusão, nível de evidência, Rio de Janeiro, 2020.....	40
Quadro 04- Descrição dos 19 grupos Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -Total ICSAP anos de 2010, 2014 e 2019, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.....	55
Tabela 02 -Total das ICSAP, por faixa etária, no ano de 2010, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.....	56
Tabela 03 -Total das ICSAP, por faixa etária, no ano de 2014, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.....	57
Tabela 04 -Total das ICSAP, por faixa etária, no ano de 2019, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.....	59

ANEXO

Quadro	01-	Doenças	Passíveis	de	Prevenção	pela	Atenção	Primária77
---------------	------------	---------	-----------	----	-----------	------	---------	----------	---------

APÊNDICE A

Quadro 01- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Centro-Sul Fluminense.....	79
Quadro 02- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Costa Verde.....	79
Quadro 03- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Baixadas Litorâneas.....	80
Quadro 04- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Médio Paraíba.....	80
Quadro 05- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Metropolitana.....	81
Quadro 06- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Noroeste Fluminense.....	81
Quadro 07- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Norte Fluminense.....	82
Quadro 08- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Serrana.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Atenção Básica-AP

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AINES-Anti-Inflamatório Não Esteroidais

APS-Atenção Primária à Saúde

AVC-Acidente Vascular Cerebral

BVS-Biblioteca Virtual em Saúde

CEP-Comitê de Ética e Pesquisa

CID-Classificação Internacional de Doenças

CINAHL-*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

COFEN-Conselho Federal de Enfermagem

DCNT-Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DeCS-Descritores em Ciência e Saúde

DM-Diabetes Mellitus

HAB-Habitantes

HAS-Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV-Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC-Insuficiência Cardíaca

ICSAP-Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IDHM-Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LGBTQIA+- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero e outros

IST-Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITU-Infecção do Trato Urinário

MS-Ministério da Saúde

OMS-Organização Mundial da Saúde

PIB-Produto Interno Bruto

Pico-População Interesse contexto

PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNI-Programa Nacional de Imunização

RAS-Rede de Atenção à Saúde

RJ-Rio de Janeiro

SAE-Sistematização da Assistência de Enfermagem

SRAG-Síndrome Respiratória Aguda Grave

SP-São Paulo

SUS-Sistema Único de Saúde

UNIRIO -Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UPA-Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Saúde do Homem, gênero, masculinidade e Atenção Primária a Saúde	19
1.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	22
2. PROBLEMATIZAÇÃO.....	24
3. JUSTIFICATIVA	28
4. OBJETO	29
5. OBJETIVOS	30
5.1 Geral	30
5.2 Específicos.....	30
6. ASPECTOS METODOLÓGICOS	30
6.1 Desenho do artigo 1	30
6.2 Desenho do artigo 2	31
7.0 RESULTADOS.....	33
7.1. Artigo 1.....	33
7.1.1 Introdução	33
7.1.2 Metodologia	36
7.1.3 Resultados.....	37
7.1.4 Discussão	43
7.1.5 Considerações Finais.....	47
7.1.6 Referências.....	49
7.2 Artigo 2: Saúde do homem: perfil epidemiológico das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	52
7.2.1 Introdução	52
7.2.2 Metodologia	53
7.2.3 Resultados.....	54
7.2.4 Discussões.....	60
7.2.5 Conclusão	63
7.2.6 Referência	65
8. DISCUSSÃO	69
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
10. REFERÊNCIAS.....	72
ANEXO 01	77

APÊNDICE A.....	79
-----------------	----

1. INTRODUÇÃO

1.1 Saúde do Homem, gênero, masculinidade e Atenção Primária a Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), possui níveis hierarquizados de assistências que devem ser ofertados a população com integralidade, equidade e universalidade. Como porta de entrada aos cuidados e aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, preconiza-se que Atenção Primária a Saúde (APS), seja a porta de entrada a estes cuidados e faça o acompanhamento em todos os níveis de assistência, por meio de articulações com outros setores, formando uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (COBÔ *et al.*, 2019).

Considera-se a APS como o primeiro nível de assistência ao cuidado, do RAS, a APS deve ofertar ao indivíduo e comunidade: promoção da saúde, prevenção de agravos, atendimento humanizado, coordenação do cuidado; atendendo a uma determinada população delimitada em territórios desde o momento do planejamento familiar até o processo de morte, e quando possível os cuidados paliativos (COBÔ *et al.*, 2019).

Entretanto, diferentemente das mulheres, os homens procuram a atenção secundária (pronto-socorro, farmácias, hospitais, especialistas), como porta de entrada para o cuidado com a sua saúde, buscam o cuidado quando apresentam sintomas ou quando a doença está em estágio avançado, atendendo a sua necessidade momentânea. Para os homens não há acultura da estimulação/realização do autocuidado, o que preveniria o surgimento de doenças e ou seus agravos (ALVES *et al.*, 2020; BRASIL, 2009a; DÁZIO *et al.*, 2016, PAULA *et al.*, 2021, SOUSA *et al.*, 2020; VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Fatores socioculturais e institucionais representam os motivos mais citados, pelos pesquisadores, para a cultura da procura por uma assistência tardia. Essas questões vêm associadas à hipermasculinidade implantada socialmente em que o homem é “soberano e invulnerável”, exercendo poder sobre a mulher e os considerados mais “fracos” (BRASIL, 2009a; PAULA *et al.*, 2021, SOUSA; JÚNIOR *et al.*, 2020; VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Há uma centralização no homem na função de provedor e patriarca, e tudo que fere esse “poder” coloca sua masculinidade em dúvida, ferindo seu ego. Dessa forma estar doente significa para grande parte dos homens “admitir fraqueza e feminização” (BRASIL, 2009a; SCHRAIBER *et al.* 2011; PAULA *et al.*, 2021, SOUSA; JÚNIOR *et al.*, 2020; VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Colocando a mulher no papel de reprodutora e cuidadora do lar, trazendo a desigualdade de gênero na sociedade e saúde, enquanto na saúde a mulher tem maior representatividades e demandas, nas questões sociais há uma redução das representações, já a população masculina ocorre o inverso (SCHRAIBER *et al.*, 2011).

Esta forma de comportamento dos homens em relação às mulheres está relacionada ao que se chama de gênero que pode ser definida como:

...organização social da diferença sexual. O que não significa que gênero reflita ou implemente diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres, mas sim que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e no tempo, já que nada no corpo (...) determina univocamente como a divisão social será estabelecida. (SCOTT, 1994, p. 13).

O gênero é ainda um elemento formador das relações sociais, apoiado nas diferenças percebidas entre os sexos; a segunda, como uma forma primeira de significar as relações de poder (SCOTT, 1995, p 86)

A sociedade ainda usa a questão de gênero para construção e definição social e por meio dele (do gênero), construir significados e experiências, designando funções ao feminino e ao masculino como forma de caracterização social, política, “...política constrói o gênero e o gênero constrói a política.”, Scott, (1994, p. 89), econômica, construindo o significado da relação de poder (SCOTT, 1994).

Nesta forma hierarquizada entre homens e mulheres, se insere a masculinidade que também construída socialmente e entendida como hegemônica. Connell (2005), a define como aquela que legitima a posição dominante dos homens na sociedade e subalterniza as mulheres e também parcela de homens considerados inferiores, como os homossexuais por exemplo.

Quase uma década após sua publicação sobre masculinidade hegemônica, Connell e Messerschmidt (2013), discutiram essa questão da hegemonia, ou seja, uma masculinidade única, apontaram a ideia de múltiplas masculinidades hegemônicas convivendo em um mesmo contexto histórico e social, a masculinidade de um homem branco ou negro, cis ou trans, hétero ou homo e até mesmo casado ou solteiro.

A masculinidade ainda é algo enraizado na população de modo geral, que mesmo com os movimentos feministas e a busca por igualdades sociais, parece difícil de ser mudada. Expressões como: “seja homem”, “homem não chora”, “não seja mulherzinha”, “isso é coisa de menina (o)”, “você tem que falar mais grosso” (com a voz mais grave), são formas de lapidação de gênero e sexualidade. Frases essas que são ouvidas desde a infância (e repetidas na fase adulta), e vão tomando proporções e expressões cada vez mais rudes no decorrer do

crescimento e amadurecimento, tornado o homem introspectivo emocionalmente e formando pensamento de invulnerabilidade (SCHRAIBER *et al.*, 2011; BRIT *et al.*, 2016; SANTOS, 2020, SOUSA *et al.*, 2020).

Em decorrência a isso, podem procurar meios de libertação/expressão através do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, como forma de sociabilidade, autoaceitação, fonte de escape causadas pelas pressões sociais, o que pode levar a agressões, autoagressão e atividades que colocam sua vida e a saúde em risco (BRITO *et al.*, 2016, DÁZIO *et al.*, 2016, PAULA *et al.*, 2021).

Segundo Vasconcelos; Prestes; Ribeiro *et al.*, (2019), a unidade básica de saúde e ambientes de cuidados aos usuários de modo geral, também contribuem indiretamente e diretamente para a não adesão e pouca procura da população masculina.

Trata-se de ambientes, na sua maioria, feminizados, com grandes quantidades de profissionais do sexo feminino. E ainda, a demora na marcação das consultas, longo período de espera para atendimento, o horário de funcionamento das unidades serem compatíveis com os horários laborais, o que gera impaciência destes homens (BRITO *et al.*, 2016, PAULA; *et al.*, 2021, SOUSA *et al.*, 2020).

Por isso veremos que, se homens e mulheres são também, perante a saúde, sujeitos desiguais, desde o valor do adoecer às atribuições de cuidado de si e de outros, o atendimento a mulheres e homens na atenção primária reitera as desigualdades. Esse atendimento reproduz, em diversos sentidos, as relações sociais mais gerais, desde a forma com que são tomadas as necessidades de saúde de homens e mulheres na assistência cotidiana, bem como são elaboradas suas propostas terapêuticas (SCHRAIBER *et al.*, 2011, p. 32).

Os informes espalhados pela unidade são, em geral, voltados para os cuidados com a mulher, com a criança, o adolescente e o idoso (propagandas como aleitamento materno, saúde da mulher, saúde do idoso, Vírus da Imunodeficiência Humana, (HIV), criança e adolescentes), o que pode dar à impressão do não pertencimento do homem a unidade de saúde (BRITO *et al.*, 2016, SOUSA *et al.*, 2020; VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Há um grande desconhecimento das necessidades dos homens, centralizando o cuidado no órgão sexual masculino; não havendo uma preocupação e estimulação do homem como protagonista do autocuidado e de ações voltadas para ele (BRITO *et al.*, 2016; PAULA; *et al.*, 2021; VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Mediante tais fatos precisa-se discutir e implantar políticas e programas que apurem a população masculina e sua heterogeneidade para melhorar a qualidade de vida da população masculina e da comunidade, conforme as singularidades de cada fase da vida.

1.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Diante dos fatos e de dados nacionais e internacionais referentes aos riscos à saúde da população masculina, o Ministério da Saúde (MS), implantou em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) por meio da portaria 1.944/09 (BRASIL, 2009a).

O objetivo da política são as melhorias e ampliação do acesso da população masculina, reduzindo as taxas de morbimortalidade, já as diretrizes da política destaca-se a integralidade; organização dos serviços públicos de saúde; implementação hierarquizada; priorização da atenção básica; reorganização das ações de saúde; integração da execução da PNAISH às demais políticas, programas e estratégias do MS (BRASIL, 2009a).

O público alvo do PNAISH são homens com a idade entre 20 a 59 anos, ou seja, cerca de 52 milhões, 27% da população brasileira, naquele ano. Antes dos 20 anos o homem está inserido no programa de saúde da criança/adolescentes, após os 59 anos, na saúde do idoso, o que justifica esse grupo etário (BRASIL,2009a).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população brasileira em 2018 foi estimada em 208.494.900, a população masculina representa 47,82% com um total de 101.971.173 indivíduos, com uma representatividade por faixa etária masculina descrita no quadro 01.

Quadro 01- Percentual da população masculina por faixa etária

Faixa Etária	Brasil	Rio de Janeiro
20-24	4,18%	3,91%
25-29	4,08%	3,79%
30-34	4,10%	3,85%
35-39	3,91%	3,82%
40-44	3,46%	3,99%
45-49	3,07%	3,14%
50-54	2,82%	2,99%
55-59	2,43%	2,71%

Fonte: BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2017a. BRASIL.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a criar uma política específica para a população masculina e o segundo do continente americano, a Irlanda foi o primeiro país do mundo a adotar esse projeto (BRITO *et al.*, 2016).

A enfermagem tem papel fundamental na captação da população para educação em saúde e a promoção do autocuidado, os profissionais de enfermagem da Atenção Primária possuem mais autonomia quanto à rotina do estabelecimento de saúde e familiarização com o indivíduo e comunidade, criando vínculos e afetividade (PAULA *et al.*, 2021).

Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utilizam toda estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo família e comunidade (BRASIL,2009d).

Conforme a Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 0544/2017 o Enfermeiro tem total autonomia para realizar a consulta de enfermagem, realizando o diagnóstico, prognóstico e prescrição de enfermagem objetivando a promoção, prevenção, reabilitação do indivíduo/comunidade, com acolhimento humanizado, atendendo com equidade, integralidade e universalidade, em todas as suas necessidades (BRASIL, 1993; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Ainda há desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o PNAISH ou dificuldade para abordagem e captação, tanto, pela enfermagem quanto pela equipe multiprofissional; o quantitativo de médicos para atendimento por vezes é insuficiente para atender a demanda e as consultas de enfermagem para o homem ainda são menores (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Porém, pesquisadores de vários setores veem ao longo do tempo pesquisando sobre as diferenças e contextos que retratam as vulnerabilidades dos homens e essas discussões permite a formulação de políticas públicas e de saúde, esse olhar tem procurado trazer o homem como sujeito que precisa de cuidado (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Esse é um assunto que ainda precisa ser incluído nas questões sociais masculinas, sujeito que precisa e pode ofertar cuidado, pois quando se fala de cuidado com o corpo e com o outro, essa responsabilidade, vista pela sociedade, ainda é uma questão imposta a mulher, reforçando a diferenciação de gênero coloca homens e mulheres em pilares diferentes quando, por exemplo, se fala de saúde, a identidade de gênero como forma de vulnerabilidade (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Uma forma de tornar a política uma prática corriqueira na APS pode-se usar momentos como o planejamento familiar, pré-natal do parceiro para captar esse homem e introduzi-lo na percepção da importância da prevenção, orientações, acolhimento humanizado, oferta por serviços disponíveis na APS ou a RAS, mesmo que na maioria das vezes quando o homem procura a APS ele é pontual a suas demandas (PARAUTA *et al.*, 2019).

Faz-se necessária uma ampliação da oferta de serviços à população masculina, mesmo que esses sejam pontuais na procura da APS, o profissional de saúde necessita de um olhar mais amplo sobre as demandas, não se limitando somente ao que está sendo queixado pelo usuário demandas (PARAUTA *et al.*, 2019).

Observa-se ao realizar a leitura dos estudos que dentre os principais serviços ofertados ao homem são os testes rápidos para detecção das infecções sexualmente transmissíveis, rastreamento ao câncer de próstata, disfunção erétil ou ligados ao planejamento familiar, quando demonstram vontade de realizar a vasectomia demandas (PARAUTA *et al.*, 2019).

2. PROBLEMATIZAÇÃO

Em 2018 a expectativa de vida da mulher era de 79,8 anos enquanto os homens de 72,74 anos, observa-se que o homem tem uma expectativa de vida 7,6 anos a menos que as mulheres, essa diminuição da expectativa está relacionada à grande demanda de cuidados com o homem, onde este tem maior taxa de morbidades e mortalidades (BRASIL, 2018b).

No ano de 2015 houve mais de 4 milhões de internações (excluindo as relacionadas ao parto e puerpério), com uma taxa de 3.911 homens internados para cada 100 mil habitantes, e 3.619 mulheres para cada 100 mil habitantes, dentre a faixa etária de 20 a 59 anos (BRASIL, 2018b).

Carneiro; Adjuto; Alves (2019), descrevem que, um estudo realizado nos Estados Unidos os homens são mais susceptíveis a desenvolver doenças crônicas quando comparados as mulheres, mostrando que as questões sociais, comportamentais e gênero são fatores contribuintes para a vulnerabilidade masculina. Fato também observado e apontado pelo MS, conforme dados a baixo, em que descreve as principais causas de internações da população masculina, entre os anos de 2009 a 2015, por exemplo, antes da criação da PNAISH, sendo elas:

1º colocado: lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (CID S00-S98);

2º colocado: as doenças do aparelho digestivo (CIDK00-K93) e

3º colocado: as doenças do aparelho circulatório (CID I00-I99). Os índices das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) também vêm aumentando com o decorrer dos anos (BRASIL, 2018b).

Demandando mais tempo de cuidados de média e alta complexidade, e tempo de permanência maior que as mulheres, por agravos a saúde que poderiam ser prevenidos pela APS, se os homens realizem a prevenção (CARNEIRO *et al.*, 2019).

No ano de 2017 foram concedidos 1.791.509 auxílios-doença; para habitantes das áreas urbanas. Destes, a população masculina recebeu 900.299 e a população feminina 891.210 auxílios. Na área rural os números de benefícios foram no total 196.660, os homens receberam 96.684, enquanto as mulheres receberam 99.976 (BRASIL, 2017b, p. 96).

Segundo o Ministério da Saúde (2018), a violência está ligada aos fatores sociais, ambientais, econômicos, biológicos e psicológicos e a população masculina é mais vulnerável a se envolver em agressões do que a feminina, seja como autor ou vítima. Além disso, as agressões sofridas pelos homens levam a um maior tempo de permanência hospitalar, o que gera uma grande demanda e custos para o SUS.

O consumo de álcool e outras drogas (lícitas e/ou ilícitas), é mais frequente no público masculino, podendo ser desencadeadores para a violência, de uso de armas de fogo, suicídio/homicídio. Entre as vítimas de armas de fogo a maioria são afrodescendentes, com baixo poder aquisitivo, pouca escolaridade e moradores da periferia. As internações por causas externas no ano de 2007 custaram aos cofres públicos o valor de R\$239.927.842,06 reais, impactando negativamente não somente as vidas desses homens e seus familiares, mas também o SUS (BRASIL, 2008b, DÁZIO *et al.*, 2016; PAULA *et al.*, 2021, RIBEIRO *et al.*, 2022).

Mesmo não sendo o foco do estudo, e não e ser passível de prevenção pela APS, mas tem relevância aos dados epidemiológicos masculinos, destacamos as causas externas como ponto de reflexão. Um estudo realizado no Estado da Bahia, comparando as mortes por causas externas entre homens e mulheres, descrevem que os homens representam, mais uma vez, as maiores taxas de óbitos por essa causa, com uma taxa de 37,3%, de mortes para a faixa etária de 20 a 29 anos, a população parda representa 77% dos óbitos, dados estes pesquisados entre os anos de 2015 a 2019, em relação aos tipos de óbitos a agressão ficou em primeiro lugar (52%), em segundo lugar acidente envolvendo o transporte (20%), em terceiro

lugar causa indeterminada (13%), em quarto lugar as quedas (6%), quinto lugar lesões auto provocada (5%) e afogamento (4%) (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Um estudo realizado em Cuiabá-MT para investigar mortalidade da população masculina dentre a faixa etária de 20 a 59 anos observou que homens pardos, solteiros e que possuíam de quatro a sete anos de estudos representaram a maior taxa de óbitos no ano de 2012. A maioria das mortes ocorreram por causas externas, sendo o homicídio a causa principal. Dentre outras causas, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas representaram 84,9% das mortalidades (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Apesar da implantação da política no âmbito nacional, diferentemente das políticas e programas implantados, os profissionais de saúde não receberam treinamento sobre a política de saúde do homem, com pouca divulgação sobre o tema, pouco desconhecimento sobre a PNAISH, o que impacta na sua efetividade desta política e na divulgação e inserção desse homem no rol de cuidados de Atenção Primária (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Outra realidade que tem colocado a saúde de toda população em risco e que revela a relação de gênero nos indicadores de morbimortalidade é o surgimento de uma pandemia, que segundo o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus, incluiu a doença no grupo das: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARG), o classificando como SARS-COV2, sendo o seu acrônimo COVID-19 (GOMES *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Que no início da pandemia, na China, nos primeiros casos de hospitalização por covid-19 foram 138 pacientes, 75 eram homens (54% dos casos). As comorbidades (diabetes, hipertensão, obesidade), são fatores de risco para as complicações das doenças e estão relacionadas aos maiores riscos de óbitos (GOMES *et al.*, 2020).

Os autores Pereira; Sales; Júnior (2020), em um estudo realizado no Estado da Paraíba-PB, descreveram que 64,52% dos casos de covid-19, até então 60/93 casos, eram homens, que apresentavam as mesmas comorbidades dos pacientes chineses.

No Estado de São Paulo (SP), um estudo realizado por Souza; Buss; Candido *et al.* (2020), demonstra que houve 67.180 casos de Covid-19 destes 38.654 eram homens, houve 24.519 mortes sendo 14.498 homens, dados estes coletados no início da pandemia.

Diante do exposto, percebe-se grandes impactos na expectativa de vida da população conforme demonstra o quadro 02.

Quadro 02- Expectativa de vida no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2020

Ano	Brasil		Rio de Janeiro	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
2010	70,21	77,60	70,28	77,96
2018	72,74	79,80	73,34	79,96
2022	73,74	80,67	74,56	80,79
2060	77,90	84,23	79,39	84,98

Fonte: BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2008c.

Conhecer o perfil e as causas que levaram a internação masculina ajuda no aprimoramento do PNAISH e na criação de programas e políticas voltadas para esta população, conforme sua demanda, sendo esse um dos intuitos deste estudo.

A APS tem papel fundamental para mudar esse contexto, e dentro da APS a equipe de enfermagem tem papel de destaque como agentes propagadores de saúde, sendo a APS a porta de entrada para o SUS (PAULA *et al.*, 2021).

Como forma de avaliar a APS na tentativa de buscar melhorias nos indicadores de saúde e na redução da morbimortalidade da população, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, levando em consideração os benefícios e as vantagens que a Atenção Primária tem na vida do indivíduo e da comunidade e por meio de ações de saúde, tem usado como referencial a lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), anexo 1, para avaliar o desempenho da Atenção Primária nas prevenções de doenças por ela evitáveis (BRASIL, 2008a).

O MS listou as doenças conforme o perfil demográfico nacional. Lista que poderá ser utilizada para medida indireta da efetivação da Atenção Primária/hospitalar no país (nível municipal, estadual e federal). As doenças foram classificadas conforme a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, CID-10¹ (BRASIL,2008a).

Fazer com que esse homem se sinta adepto aos serviços primários, e sejam usuários integrante da APS é um dos grandes desafios dos profissionais de Saúde, já que a população masculina não tem por cultura usar a APS como porta de entrada ao SUS, passando a maior parte do tempo usando os serviços secundários e terciários como porta de entrada para os cuidados a saúde, que na maioria das vezes, deseja sanar somente o problema presente, não percebendo que a saúde engloba questões que vão além da momentânea e ou as ligadas ao órgão sexual (SCHRAIBER *et al.*, 2011; CARNEIRO *et al.*, 2019).

¹ Em 2019 na Assembleia Mundial de Saúde foi realizado a atualização do CID-10, entrando em vigor em janeiro de 2022 o CID-11, porém como a portaria nº 221 de 2008 ainda não foi atualizada (usando a nova versão como parâmetro), manteve-se no desenvolvimento dessa dissertação a versão do CID-10.

Promover e ampliar o acesso da população masculina é um dos grandes pilares da PNAISH, mas também um desafio para na realidade da APS, para que haja a oferta de cuidados e acesso são necessárias ofertas de serviços específicos para a população masculina, melhora na comunicação profissional X paciente e disseminação de informações sobre a saúde do homem (BARBOZA; ROCHA, 2010)

3. JUSTIFICATIVA

Diante da demanda e necessidades da população masculina esse estudo tem como justificativa corroborando com a diretriz do SUS e também com a PANISH ao qual relata que cabe ao município:

Coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado (BRASIL, 2009).

Desta maneira o estudo almeja contribuir para a linha de pesquisa Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, PPGENF, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), bem como para os grupos de pesquisa do Diretório CNPQ: Grupo de Apoio Estatístico (GAE) e Laboratório de estudos em gênero, saúde e direitos sexuais e reprodutivos (LEGS), para o ensino com propostas de discussão sobre o tema nas disciplinas que abordem saúde do homem, para extensão com atividades com os homens usuários e ainda educação permanente com profissionais de saúde e gestores com proposições de medidas mais inclusivas conforme a demanda da população masculina dentro de suas necessidades individuais e locais regionais.

Almeja-se por meio deste estudo possa levantar o debate sobre a saúde do homem e fornecer subsídios para estudos futuros que buscam identificar as necessidades da população masculina conforme seu perfil epidemiológico e demográfico na tentativa de melhoria da assistência para enfermagem e os demais profissionais de saúde.

Anseia-se que esse trabalho traga uma reflexão sobre a saúde da população masculina e o papel da Atenção Primária na melhoria da qualidade de vida da população, e consigam acolher a população masculina com dignidade, humanização e inclusão nos planejamentos dos cuidados individuais e comunidade. Implantando o PNAISH nas agendas locais e com uma visão holística sobre esse público.

Destaca-se também a necessidade de discutir e acolher a população homossexual, que precisa de políticas mais inclusivas e que faça parte da rotina de cuidado dos profissionais de saúde de todas as áreas, sem discriminação e que ouçam esse público, que precisa de voz, e visibilidade social e de cuidados de saúde conforme sua necessidade.

Para atender e acolher essa população é preciso entender que a construção e definição do gênero, do e para indivíduo, vão além do sexo biológico, que muitas das vezes vêm com imposições e atitudes sociais, padrões de como ser masculino e feminino. A identidade de gênero se dá como a pessoa se identifica consigo, com o outro, trazendo para si valores, ideologias, convicções e referências, que vão se moldando com o passar dos anos (ROSA *et al.*, 2017).

Ao sair desses padrões, heteronormativos, o indivíduo sofre discriminações, ataques físicos, psicológicos, emocionais, financeiros e privações dos seus direitos. Vale ressaltar que o Brasil está no ranking mundial dos países que mais mata a população trans² (ROSA *et al.*, 2017).

As questões sobre gênero vêm sendo realizada ao longo do tempo, ainda se verifica que há resistência por parte da sociedade em aceitar a diferenciação de gênero e sua fluidez. Parte da sociedade insiste na perspectiva da anatomia, caracterizado pela presença de órgãos genitais biológicos para definição do sexo, que perpassa por imposições sociais, políticas e ideológicas, determinando a heteronormatividade como “normal” (GUIMARÃES *et al.*, 2020, SOUSA *et al.*, 2020).

Todo indivíduo que não se encaixa no perfil masculino e feminino, com base no sexo biológico, tem seus direitos excluídos, são discriminados, sofrem violência, e carecem de políticas mais inclusivas e que atendam a suas particularidades, visto que o SUS tem entre suas diretrizes a equidade e integralidade, e todos têm o direito ao atendimento humanizado e universal (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

4. OBJETO

As doenças que levaram à internação da população masculina dentro da faixa etária de 20 a 59 anos, que são passíveis de prevenção pela Atenção Primária, nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

²O acrônimo trans deriva da palavra transexual, que designa pessoas cuja identidade de gênero é diferente ao sexo biológico ao nascimento (ROSA *et al.*, 2017).

5. OBJETIVOS

5.1 Geral

Investigar as doenças suscetíveis de prevenção pela Atenção Primária que levaram à internação da população masculina tendo como parâmetro as doenças descritas na resolução 221 de 2008, nos anos de 2010, 2014 e 2019.

5.2 Específicos

1. Realizar um levantamento na literatura nacional e internacional acerca da Atenção Primária à Saúde na prevenção da hospitalização da população masculina.
2. Analisar as causas das internações da população masculina de 20 a 59 anos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada para construção desse estudo e a produção de dois artigos científicos, será para o primeiro artigo uma revisão integrativa. E para o segundo artigo análise de dados da base DATASUS, formando assim um estudo ecológico.

6.1 Desenho do artigo 1: Revisão Integrativa: O Papel da Atenção Básica nas reduções das hospitalizações por condições sensíveis de prevenção na saúde do homem

Como método de pesquisa optou-se pelo estudo de revisão integrativa que é um método de pesquisa científica que busca reunir o máximo de conteúdo sobre determinado tema para fundamentar a prática e cuidados de enfermagem (SOARES *et al.*, 2014). A revisão integrativa é composta pelas seguintes fases:

- 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora;
- 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura;
- 3ª Fase: coleta de dados;
- 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos;
- 5ª Fase: discussão dos resultados e;
- 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa.

Por meio da revisão integrativa procuraremos condensar estudos publicados nas principais bases de dados capazes de responder ao questionamento que vem causando inquietude nos autores.

Para elaboração da pergunta norteadora usamos o método PICO que é um acrônimo para P: população; I: interesse; co: contexto, (SANTOS *et al.*, 2007).

No processo de elaboração da pergunta norteadora o acrônimo passa a representar P: população masculina; I: Atenção Primária à Saúde na prevenção de agravos por condições sensíveis de prevenção; co: Hospitalização.

Sendo assim, foi formulada a pergunta norteadora: Qual a importância da Atenção Primária à Saúde na prevenção da hospitalização da população masculina?

Após a formulação da pergunta norteadora foi feito o levantamento dos descritores que mais se enquadram a questão, para isso efetuou-se a busca no site Descritores em Ciência e Saúde (DeCS), os descritores que mais se enquadram na temática: Saúde do Homem (inglês *Men's Health* e espanhol *Salud del Hombre*), Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde (inglês *Quality Indicators Health Care* e espanhol *indicadores de Calidad de la Atención de Salud*), Atenção Primária à Saúde (inglês *Primary Health Care* e espanhol *Atención Primaria de Salud*) e Hospitalização/Internação hospitalar (inglês *Hospitalization* e espanhol *Hospitalización*) (BRASIL, 2017).

A busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus, realizou-se o cruzamento dos descritores utilizando o *booleano AND*. No site da BVS foi utilizado o uso do *booleano AND* e *OR*.

O cruzamento dos descritores ocorreu da seguinte maneira: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde *AND* Atenção Primária à Saúde *AND* Hospitalização *OR* internação hospitalar *AND* saúde do homem.

6.2 Desenho do artigo 2: Saúde do homem: perfil epidemiológico das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

À análise dados secundários consiste na leitura e interpretação de informações, saúde e doença, das populações disponíveis em meio eletrônico, com acesso aberto e/ou restrito referente ao atendimento realizado em uma unidade de saúde (SOUTO *et al.*, 2011).

E a pesquisa ecológica que analisa a condição de saúde às vezes doença, exposição, e se há relação entre elas, de uma população em uma área geográfica definida, não sendo possível analisar no nível individual, mas sim de forma coletiva. Procurando identificar como as questões ambientais podem influenciar na saúde da população (LIMA-COSTA *et al.*, 2003).

6.3 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada com os dados das internações do Estado do Rio de Janeiro, que tem área territorial 11.200,329 km², com uma população equivalente a 6.747.815 pessoas, a densidade demográfica de 5.265,82 habitantes (hab) por km², o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,799, Produto Interno Bruto (PIB), per capita, é de 54.426,08 (Brasil, 2020).

O Estado é dividido em oito regiões totalizando 92 municípios, descritos no apêndice A, juntamente com a sua população masculina.

6.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados na base de dados do Departamento de Informática do SUS-DATASUS, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, que consiste em um sistema de informações do Ministério da Saúde que, dentre outros dados, dispõe de informações das Autorizações de Internação Hospitalar-AIH, oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS das unidades de saúde públicas ou particulares vinculadas ao SUS, no site do Governo do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, no período agosto a dezembro de 2021. Disponível no link:

http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sihsus/tf_aih_aprov_intern.def.

Na base de dados do DATASUS foram usados os filtros: Linha: município de residência; Coluna: faixa etária; Medida: internações de homens; Período: 2010; 2014 e 2019; Ano de Processamento: 2010, 2014 e 2019; Faixa Etária: 20-59 anos; Diagnóstico: Causas Sensíveis Atenção Primária-Grupo: pesquisado os grupos de doenças separadamente.

6.5 Critérios de Inclusão e Exclusão:

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de homens com idade entre 20 e 59 anos.

Foram considerados 19 grupos de doenças, a saber: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; Gastroenterites Infecciosas e complicações; Anemia; Deficiências Nutricionais; Infecções de ouvido, nariz e garganta; Pneumonias bacterianas; Asma; Doenças pulmonares; Hipertensão; Angina; Insuficiência Cardíaca; Doenças Cerebrovasculares; Diabetes mellitus; Epilepsias; Infecção no Rim e Trato Urinário; Infecção da pele e tecido subcutâneo; Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal; Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto.

Com relação ao recorte temporal foram considerados dados dos anos de 2010, 2014 e 2019. Sendo 2010 um ano após a criação da PNAISH, cinco anos posterior, 2014, e 2019 dez anos após a criação da política.

7.0 RESULTADOS

7.1. Artigo 1: Revisão Integrativa: O Papel da Atenção Básica nas reduções das hospitalizações por condições sensíveis de prevenção na saúde do homem

7.1.1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1978, por ocasião da 1ª Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, apresentou estratégias para promover saúde para população mais pobre, dentre as estratégias a Atenção Primária à Saúde, APS, que no Brasil titulouse de Atenção Básica, AB, para o desenvolvimento deste trabalho usaremos o termo APS (LAVRAS, 2011).

A APS é um programa usado em todo o mundo, atendendo a população mais vulnerável, socioeconomicamente, com as demandas locais e suas particularidades, com uso de tecnologias leves, e integrada a outros setores, promovendo um melhor bem-estar físico, mental e social, mudando a percepção de um cuidado hospitalocêntrico (LAVRAS, 2011; PINTO JUNIOR *et al.*, 2018).

Dentre as maiores dificuldades da efetividade da APS estão as desigualdades municipais, que enfrentam diferentes perfis populacionais, circunstâncias geográficas, condições de saúde, situações financeiras, captação e descentralização dos recursos. E ainda o descrédito por partes dos políticos sobre a importância das políticas públicas de saúde e os

programas da APS, investindo cada vez menos, causando seu desmonte, mesmo que esta já tenha provado seu valor e importância na promoção da igualdade para a população brasileira e mundial (LAVRAS, 2011; PINTO JUNIOR *et al.*, 2018).

A implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, em 1990, foi e é um grande avanço na história do país, proporcionando acesso a toda população aos serviços de saúde. A APS, implantada no Brasil em 1994, tem como propósito o acolhimento, prevenção e promoção da saúde, cuidado continuado, sendo ela, preferencialmente, a porta de entrada do indivíduo e a comunidade no SUS, os cuidados ofertados pela APS tem a capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde da população (LAVRAS, 2011).

Como forma de avaliar as ações e impactos da APS na saúde da população, pesquisadores e estudiosos vêm buscando ferramentas para avaliar o desempenho da APS na qualidade de vida da comunidade, visando isso, foi implantado pelo Ministério da Saúde, MS, a portaria nº 221 de 2008, com a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, ICSAP, que vem em encontro com a listagem de outros países e OMS, e ajustada para as necessidades da população brasileira, com base no Código Internacional de Doenças-CID, CID-10, composta por 19 grupos de doenças (BRASIL, 2008; PINTO JUNIOR *et al.*, 2018).

A listagem descreve doenças e agravos que se diagnosticado precocemente, tratado em tempo oportuno, ou evitados, diminuem as hospitalizações, ocorrendo apenas nos casos mais graves; um dos primeiros estudos sobre o tema, realizados no Estados Unidos, 1990, observaram que a ampliação dos serviços básicos de saúde foi capaz de conseguir tais feitos (PINTO JUNIOR *et al.*, 2018).

Na rotina da APS a maior demanda de atendimento ao público são direcionadas às mulheres, e situações por elas demandadas (exemplo os programas voltados a saúde da mulher como preventivos, câncer de mama e colo de útero, pré-natal, aleitamento materno, agendamento de consultas para os integrantes da família, dentre outros), e os programas voltados aos cuidados com a saúde da criança/adolescente e saúde do idoso, são poucos os momentos em que o homem aparece como protagonista para os cuidados primários (MIRANDA *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2022).

Questões históricas e sociais levam o homem a não demonstrar fraqueza, sensibilidade, empatia, já que essas características são ditas como femininas, e um homem expressá-las pode ter a masculinidade questionada (BRITO *et al.*, 2016; MIRANDA; *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2022).

Outros fatores que influenciam para o afastamento do homem aos cuidados primários são o nível de escolaridade, raça, condições financeiras, faixa etária, estado civil, consumo alimentares, dentre outros, quanto mais baixas forem esses indicadores mais chances esse homem tem de não procurar uma assistência preventiva e ou de executá-la de forma oportuna e efetiva (SOUSA *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2022).

Aspectos organizacionais também influenciam nesse afastamento, pouco conhecimento e despreparo dos profissionais para atender ao público masculino, falta de incentivo dos gestores para treinamento e divulgação de ações voltadas para o homem e sua heterogeneidade, os aspectos físicos da unidade com poucas propagandas voltadas para o homem, os profissionais da unidade são na maioria feminina o que pode deixar o homem com vergonha de se expor, o horário de funcionamento que são compatíveis com o horário laboral, dentre outros (MIRANDA *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2022).

Mediante a falta de protagonismo da população masculina no autocuidado, as altas taxas de morbimortalidade o MS criou em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-PNAISH, ofertando a população masculina de 20 a 59 anos um novo olhar sobre suas condições de saúde, oportunizando cuidados primário e que este faça parte da rotina da APS (BRITO *et al.*, 2016; MIRANDA *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2022).

A política trata de eixos temáticos como acesso aos serviços de forma hierarquizada em todos os níveis de assistência, acolhimento humanizado, entrada ao serviço de saúde preferencialmente pela AP, promoção da saúde e prevenção de agravos voltados para a saúde do homem, saúde sexual e reprodutiva, imunização, capacitação da equipe de saúde, paternidade e cuidado (BRASIL, 2008).

Dentro do eixo da política, paternidade e cuidado, durante o pré-natal da gestante, momento em que a família fica sensibilizada, como forma de captação e acolhimento da população masculina criou-se, em 2016, o programa Pré-natal do Parceiro, que visa conscientizar o parceiro introduzindo-o nos objetivos previstos pela política (BRASIL, 2016).

Sendo possível ofertar serviços de atendimento odontológicos, testes rápidos para o rastreio das infecções sexualmente transmissíveis, aferição da pressão arterial e solicitação dos exames, informações que serão descritas na caderneta da gestante como forma de fazer com que esse homem se sinta ainda mais envolvido durante a gestação, saindo do binômio de cuidados mãe-bebê (BRASIL, 2016).

Mas apesar da implantação da política ter ocorrido há mais de 10 anos, ainda há um desconhecimento dos profissionais sobre o assunto, o que gera a falta de oferta de serviços e

cuidados para a população masculina. Sendo assim, este estudo tem como objetivo descrever a importância da Atenção Primária na prevenção das internações da população masculina e coletiva.

7.1.2 Metodologia

Como método de pesquisa optou-se pelo estudo de revisão integrativa que é um método de pesquisa científica que busca reunir o máximo de conteúdo sobre determinado tema para fundamentar a prática e cuidados de enfermagem (SOARES *et al.*, 2014). A revisão integrativa é composta pelas seguintes fases:

- 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora;
- 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura;
- 3ª Fase: coleta de dados;
- 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos;
- 5ª Fase: discussão dos resultados e;
- 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa.

Por meio da revisão integrativa procuraremos identificar estudos publicados nas principais bases de dados capazes de responder ao questionamento que vem causando inquietude nos autores.

Para elaboração da pergunta norteadora usamos o método PICO que é um acrônimo para P: população; I: interesse; co: contexto, (KARINO *et al.*, 2007).

No processo de elaboração da pergunta norteadora o acrônimo passa a representar P: população masculina; I: Atenção Primária à Saúde na prevenção de agravos por condições sensíveis de prevenção; co: Hospitalização.

Sendo assim, foi formulada a pergunta norteadora: Qual a importância da Atenção Primária à Saúde na prevenção da hospitalização da população masculina?

Após a formulação da pergunta norteadora foi feito o levantamento dos descritores que mais se enquadram a questão, para isso efetuou-se a busca no site Descritores em Ciência e Saúde (DeCS), os descritores que mais se enquadram na temática: Saúde do Homem (inglês *Men's Health* e espanhol *Salud del Hombre*), Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde (inglês *Quality Indicators Health Care* e espanhol *indicadores de Calidad de la Atención de Salud*), Atenção Primária à Saúde (inglês *Primary Health Care* e espanhol *Atención Primaria de Salud*) e Hospitalização/Internação hospitalar (inglês *Hospitalization* e espanhol *Hospitalización*) (BRASIL, 2017).

A busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus, realizou-se o cruzamento dos descritores utilizando o *booleano AND*. No site da BVS foi utilizado o uso do *booleano NAD* e *OR*.

Na tentativa de ampliar o escopo de busca usamos o *booleano OR* para os sinônimos Atenção Primária à Saúde *OR* Estratégia de Saúde da Família *OR* Atenção Básica, porém não se obteve estudos suficiente; o mesmo ocorreu ao usarmos os sinônimos e o *booleano OR* para Saúde do Homem *OR* População Masculina *OR* Homem *OR* Homens.

Desta forma o cruzamento dos descritores ocorreu da seguinte maneira: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde *AND* Atenção Primária à Saúde *AND* Hospitalização *OR* internação hospitalar *AND* saúde do homem.

Após a seleção dos descritores foram elaborados os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão são publicações dentro do recorte temporal dos últimos cinco anos (2015- 2020), em formato de artigo, teses, dissertações, na língua portuguesa, inglesa e espanhola, as publicações dos trabalhos disponíveis na íntegra para leitura, que abordassem sobre o papel da Atenção Primária na prevenção da internação da população masculina (ou que este fizesse parte do grupo estudado).

Os critérios de exclusão são publicações que não descrevem as internações que são passíveis de prevenção pela Atenção Primária, conforme descrita na resolução portaria nº 221, e artigos que estudaram somente o público feminino/crianças (BRASIL, 2008).

Procedeu-se a leitura dos títulos dos estudos, resumos, seus descritores e selecionamos aqueles que mais se enquadram na temática. O fluxograma Prisma demonstra o processo de seleção realizada de acordo com as bases de dados pré-definidas e os critérios de inclusão e exclusão.

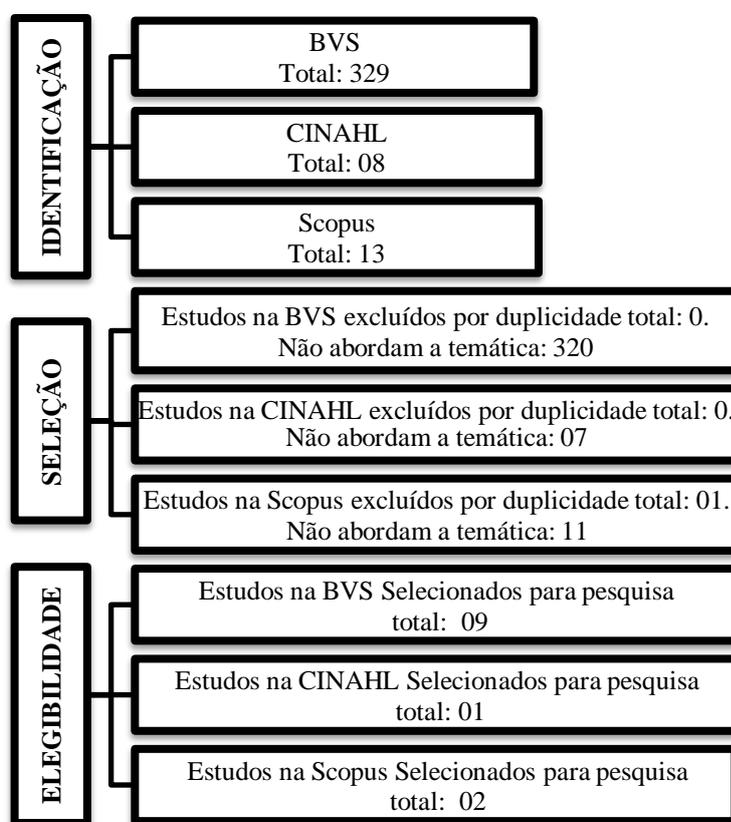
Para análise dos níveis de evidências seguimos os seguintes parâmetros: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas (SOUZA *et al.*, 2010).

7.1.3 Resultados:

A revisão integrativa foi composta por 12 artigos, sendo nove artigos da base de dados da BVS, um artigo da base de dados da CINAHL e dois artigos da base de dados da Scopus totalizando 12 artigos para elaboração deste estudo.

O processo de seleção dos estudos nas bases de dados supracitadas seguiu-se os passos do Fluxograma Prisma, Identificação: amostra total dos estudos ao realizar o cruzamento dos descritores; Seleção: amostra dos estudos que foram excluídos após os critérios de inclusão e exclusão, e os que apareceram em duplicidade; Elegibilidade: estudos que foram selecionados para esta pesquisa (Figura 01).

Figura 01-Fluxograma PRISMA. Adaptado para Revisão Integrativa.



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Como forma de organização dos estudos, estes receberão a letra “A” de artigo seguida de um número ordinal crescente, exemplo A1.

Para a categorização dos artigos produziu-se o quadro com os dados: do número do artigo/ano de publicação, título, autores, periódico, conclusão, metodologia, nível de evidência. Demonstrada no quadro 03.

Quanto aos estudos selecionados, os artigos publicados em inglês correspondem a 75% (nove), português 17% (dois), e espanhol 8% (um).

Os estudos encontrados por ano de publicação 2020 (dois), 2019 (dois), 2018 (dois), 2017 (seis), os estudos internacionais (dez) foram os que mais encontramos sobre o tema, os artigos nacionais (dois) tiveram uma baixa publicação sobre o assunto, o que nos leva a reflexão da importância desse tipo de pesquisa para que possamos identificar as principais demandas da nossa população e reforçar o papel da Atenção Primária para que haja mais investimentos neste programa que vem promovendo acessibilidade, promoção da saúde e prevenção de agravos, apesar da queda de investimento.

Quadro 03- Categorização estrutural dos artigos através do número do artigo/ano de publicação, título, autores, periódico, conclusão, metodologia, nível de evidência, Rio de Janeiro, 2021.

Nº do artigo/Ano	Título	Autores	Periódico	Conclusão	Metodologia	Nível de Evidência
A01/2020	<i>Quality improvement in primary care to prevent hospitalisations and improve Effectiveness and efficiency of care for people Living with coronary heart disease (QUEL): protocol for a 24-month cluster randomised controlled trial in primary care</i>	Redfern, J.; <i>et al.</i>	BMC family practice	A APS vem constantemente procurando novas ferramentas para melhorar qualidade de vida do usuário, seja pelo método “convencional” de consultas, ou em uso de novas estratégias. E como forma de ampliar o acesso e conseguir reduzir as internações, ao realizar a leitura do artigo identificamos que o uso da tecnologia pode ser uma ferramenta inovadora, onde será ofertado uma rede colaborativa, sites, disponibilizando um plano de gerenciamento de doenças crônicas. Hoje cada vez mais pessoas tem acesso à internet, podendo ser uma nova estratégia de orientar o usuário dar seguimento as orientações e condutas ofertadas na consulta.	Ensaio clínico randomizado controlado	Nível 1
A02/2019	<i>A multifaceted primary care practice-based intervention to reduce ED visits and hospitalization for complex medical patients: A mixed methods study</i>	O'Brien, T.; <i>et al.</i>	Plos one	Observa-se que há vários fatores que influenciam na prevenção ou redução das hospitalizações, como condições socioeconômicas do paciente, apoio a APS por uma equipe multiprofissional, exemplo o Núcleo de Apoio a Família-NASF, conhecimento e tempo de formação do profissional de saúde. O que necessita de vários estudos para que haja um melhor apontamento para o processo de redução/prevenção das internações e avaliação da qualidade da APS.	Série de tempo interrompido e entrevistas qualitativas	Nível 4
A03/2018	<i>Association between quality domains and health care spending across physician networks</i>	Rahman, F.; <i>et al.</i>	Plos one	Os investimentos financeiros nos cuidados primários trazem grandes impactos positivos no processo de trabalho e na qualidade de vida do paciente. Mas há o que se discutir onde investir, como investir e onde reduzir os custos sem que isso impacte negativamente no serviço prestado. Como exemplo os pacientes ruralistas que tem maiores dificuldades de acesso e restrição de materiais, ocorrendo mais chances de internações.	Estudo de coorte observacional retrospectivo	Nível 2
A04/2017	Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014	Pazó, R. G.; <i>et al.</i>	Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade	Quanto maior a cobertura da APS melhores serão os resultados na prevenção das internações, a APS tem sido uma importante ferramenta na melhoria da qualidade de vida, e nas reduções dos agravos, com oferta de cuidados direcionados a públicos específicos e a população geral.	estudo ecológico	Nível 03

A05/2017	<i>The quality of primary care provided by nurse practitioners to vulnerable Medicare beneficiaries</i>	Desroches, C. M.; <i>et al.</i>	Nursing Outlook	Os profissionais de enfermagem apresentam melhores desempenhos com um olhar mais holístico ao paciente, usa tecnologias leves, tem uma melhor comunicação com o paciente. Sendo uma figura importante na APS e no gerenciamento dos cuidados e recursos.	Estudo ecológico de série temporal	Nível 03
A06/2017	<i>ACSC Indicator: testing reliability for hypertension.</i>	Walker, R. L.; <i>et al.</i>	MC medical informatics and decision making	O uso da ICSAP como ferramenta para avaliação da qualidade APS apresenta fragilidade no método, visto que vários fatores debilitam esse método; como o nível de conhecimento do paciente, aceitação do diagnóstico, diagnóstico precoce, acompanhamento regular, dentre outros, que merecem atenção no processo de avaliação da APS e pesquisas futuras para evitar uma descredibilização da APS.	Estudo de coorte retrospectivo	Nível 2
A07/2017	Atendimentos por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma unidade de pronto-atendimento: proposta de comunicação para coordenação do cuidado	Lima, A. C. M. G. D.	Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo	O usuário demanda de muitos cuidados a cada fase da vida, e para atender a essas necessidades, precisa-se de uma rede fortalecida, unificada e integrada, a interação desses setores, que muitas tem uma comunicação falha, impactar diretamente e indiretamente nos cuidados ofertados a população. Exemplo APS e a rede hospitalar, onde há uma dicotomia dessas responsabilidades, sem uma continuação do cuidado.	Estudo de caso controle	Nível 02
A08/2017	<i>Análisis de la influencia del proceso asistencial de la atención primaria de salud sobre la ocurrencia de hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca</i>	Del Saz Moreno, V.; <i>et al.</i>	Atención primaria	A qualidade dos serviços dos profissionais da APS é um fator importante para a prevenção das ICSAP, o que demanda uma atualização constante dos programas, protocolos e diretrizes voltados para os cuidados primários. Observa-se ao realizar a leitura desse estudo que a qualidade dos cuidados ofertados aos usuários influencia na prevenção da insuficiência cardíaca; o que é um dos cuidados fundamentais da APS no programa de Hiperdia (hipertensão e diabetes), que faz parte da rotina entre os serviços ofertados na APS.	estudo transversal, descritivo, exploratório e retrospectivo, com abordagem quantitativa	Nível 4
A09/2019	<i>New approaches to measuring the comprehensiveness of primary care physicians</i>	O'Malley, A. S.; <i>et al.</i>	Health services research	A ampliação da APS, a colaboração do RAS, é importante para a redução das hospitalizações, porém a qualidade do cuidado e da assistência também é um indicador a ser pesquisado. Observa-se que a enfermagem tem um papel de destaque e forte influência, sendo um profissional de grande relevância nas reduções dos custos dos atendimentos e na redução das hospitalizações.	Estudo de coorte de base populacional	Nível 02
A10/2017	<i>Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte,</i>	Schilling, C. M.; <i>et al.</i>	Health policy and planning	O uso da ICSAP pode ser usado como medida para avaliação da efetividade da APS, mas outras questões devem ser levadas em considerações, fato observado em outros estudos, o que endossa a necessidade de uma pesquisa qualitativa	estudo observacional retrospectivo de casos e	Nível 2

	<i>Brazil</i>			sobre a qualidade do cuidado ofertado e como esses podem influenciar nas reduções das hospitalizações.	controles	
A11/2020	<i>Cumulative social disadvantage and hospitalisations due to ambulatory care-sensitive conditions in Finland in 2011 2013: A register study</i>	Lumme, S.; <i>et al.</i>	BMJ open	Quanto maior a vulnerabilidade social, baixa escolaridade, morar sozinho, condições econômicas colocam o usuário da APS com mais chances de internações. A APS deve procurar atender esses pacientes com equidade para diminuir essa maior vulnerabilidade e dar ao usuário mais chances de uma vida com dignidade.	estudo ecológico utilizou dados secundários	Nível 03
A12/2018	<i>Assessment of health care, hospital admissions, and mortality by ethnicity: population-based cohort study of health-system performance in Scotland</i>	Katikireddi, S. V.; <i>et al.</i>	The Lancet Public Health	Além de influenciar na redução das hospitalizações a APS foi capaz também de influenciar nas mortes, sendo também passíveis de prevenção, seja por cuidados eficazes ou aqueles ligados a saúde pública.	Estudo de coorte de base populacional	Nível 2

Fonte: Autor, 2021.

As revistas aos quais os estudos foram publicados BMC family practice (um), PloS one (dois), Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (um), Nursing Outlook (um), MC medical informatics and decision making (um), Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo (um), Atención Primaria (um), Health services research (um), Health policy and planning (um), BMJ open (um) e The Lancet Public Health (um).

Referente a metodologia aplicada nos estudos selecionados o estudo randomizado controlado 01, caso controle 01, qualitativo 02, estudos de coorte 04, e os ecológicos 04 estudos.

Os níveis de evidências dos estudos apresentados pelos estudos são: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados (01); Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental (06); Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais (03); Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa (02); Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência (0); Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas (0).

7.1.4 Discussão:

A promoção da saúde, prevenção de agravos são um dos pontos cruciais preconizados pelos gestores da saúde, que devem ser realizados por todos os níveis de atendimento, mas primordialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS), que deve atender com equidade, integralidade e universalidade. E para isso foram criados instrumentos de avaliação da qualidade do serviço prestado pela APS (PAZÓ *et al.*, 2017; WALKER *et al.*, 2017; KATIKIREDDI *et al.*, 2018; O'MALLEY *et al.*, 2019; LUMME *et al.*, 2020).

Dentre as ferramentas de avaliação da qualidade do cuidado os gestores usam/ou podem usar como medida as ICSAP, onde descreve grupos de doenças passíveis de prevenção pela Atenção Primária, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), ou seja, quanto maior for à busca por unidades de emergência e internações dos usuários, menos eficaz terá sido a APS (PAZÓ *et al.*, 2017; LIMA, 2017; WALKER *et al.*, 2017; DEL SAZ MORENO *et al.*, 2017; SCHILLING *et al.*, 2017; KATIKIREDDI *et al.*, 2018; RAHMANS *et al.*, 2018; O'MALLEY *et al.*, 2019; LUMME *et al.*, 2020).

Com o envelhecimento da população, tende a aumentar a prevalência de portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o que pode levar ao atendimento das unidades de emergência e a hospitalização, deste modo os profissionais de cuidados primários

têm procurado novos dispositivos de assistência mediante aos novos desafios e necessidades (LIMA, 2017; O'BRIEN *et al.*, 2019; REDFERN *et al.*, 2020).

As DCNT contribuem para o surgimento de complicações ou desencadear outras doenças, por exemplo, doenças cardíacas e circulatórias, complicações causadas pela hiperglicemia no paciente com Diabetes Mellitus, DM, sendo importante o acompanhamento e monitorização dos casos, e esses cuidados fazem parte da rotina na APS, como por exemplo o programa de Hiperdia (atendimento aos pacientes portadores de hipertensão e ou diabetes) (DEL SAZ MORENO *et al.*, 2017; WALKER *et al.*, 2017; RAHMANS *et al.*, 2018).

Segundo Lima (2017) as doenças cardiovasculares representaram 20% das mortes entre homens e mulheres menores de 30 anos no Brasil, o acidente vascular cerebral (AVC) representa o maior impacto na saúde pública em todo o mundo nas taxas de óbitos, e os sobreviventes do AVC sofrem com os impactos sobre a qualidade de vida e rotina, como a mudança da renda familiar, questões sociais, percepções da autoimagem, por conviverem com limitações físicas e/ou neurológicas.

No Canadá, conforme Del Saz Moreno *et al.* (2017), Walker *et al.* (2017) e Redfern *et al.* (2020), a hipertensão tem uma prevalência de 20% da população e consome 10% dos gastos públicos, e é a doença que mais acomete a população mundial.

No Brasil, um estudo feito no estado Espírito Santo entre 2000 e 2014 ocorreram 2.444.174 internações, destas 640.187 eram ICSAP, representando 26,33% do total de internações, causando custos aos cofres públicos com alto consumo de tecnologias e gastos com internações por causas que podem ser preventivas ou minimizadas pela APS, mas que também sofrem interferências pelas condições socioeconômicas, nível de escolaridade do paciente, e que este siga as orientações prestadas pela equipe (PAZÓ *et al.*, 2017).

Fato também observado por Lima (2017), em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em São Paulo, Brasil, sobre as ICSAP, ao classificar os pacientes que buscavam atendimento na unidade, por meio do protocolo de Manchester (que avalia os casos de gravidade do paciente, representado por cores, sendo a vermelha para os pacientes mais graves e a azul para os menos graves, mas nesta UPA foi incluída a cor branca na escala), observou que 8,8% dos atendimentos foram classificados com a cor azul e branca, ou seja, esses pacientes poderiam ser atendidos em uma APS já que suas demandas não são de cuidados de emergência, por exemplo, curativo e passagem de sondas.

Percebe-se em todos os estudos que a APS tem grande impacto na longevidade da população (atendendo o indivíduo desde o planejamento familiar, ao processo de nascimento, crescimento, jovem, adulto, envelhecimento e morte), no gerenciamento das políticas públicas

de saúde, nos cuidados de qualidade, na gestão dos recursos humanos e atuando também nos recursos financeiros, já que impacta diretamente na prevenção de doenças, hospitalizações, gerando menor consumo de altas tecnologias no diagnóstico e tratamento das doenças (LIMA, 2017; WALKER *et al.*, 2017; RAHMANS *et al.*, 2018).

E como forma de melhorar na qualidade de vida da população e diminuir os gastos hospitalares, nos Estados Unidos, aumentou o seu investimento nos atendimentos dos usuários da AP e incluiu uma equipe multidisciplinar, os estadunidenses também podem contar com um canal virtual de atendimento, onde os usuários entram em contato com a equipe para o esclarecimento das dúvidas e condutas a serem tomadas conforme sua necessidade (O'BRIEN *et al.*, 2019).

Por meio do canal virtual, como medida de orientações os pacientes, eram explicados sobre as doenças que faziam acompanhamento, os serviços disponíveis, o atendimento domiciliar, eram orientados por telefone por uma enfermeira/médico, especialista/farmacêutico/coordenador de cuidado comunitário; o atendimento era de sete horas por dia (O'BRIEN *et al.*, 2019).

No Brasil o apoio a equipe da APS dá-se por meio da Rede de Assistência a Saúde (RAS), e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a participação da equipes multidisciplinar e a interlocução entre as unidades de saúde são importantes para o atendimento com qualidade, e é preconizada pelo SUS, essa união e interação na prestação do cuidado, permite a formulação, implementação e execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que inclui a participação do usuário na criação de um atendimento mais adequado as condições desse usuário e este participa nas decisões tomadas, gerando corresponsabilização pela sua saúde (LIMA, 2017).

Outro ponto a ser abordado são os cuidados após a alta hospitalar, que também é uma demanda da APS, somente um estudo trouxe o tema para a discussão, realizada em Ontário, Canadá, que avaliou um grupo de pacientes que tiveram atendimento por um médico de Atenção Primária sete dias após a alta hospitalar e um grupo que teve atendimento 30 dias após a internação, observou-se que o atendimento precoce, até sete dias após a alta, melhora a promoção da saúde intradomiciliar, reduz as chances de complicações, prevenir as iatrogenias, promove a comunicação da equipe multiprofissional, o que endossa a importância RAS (KATIKIREDDI *et al.*, 2018; RAHMANS *et al.*, 2018).

O acompanhamento após alta hospitalar diminuem as readmissões nos hospitais e os acompanhamentos, em tempo hábil, após internações diminuíram os gastos com medicamentos e procuras por unidades de emergência e hospitalização no período de 30 dias

após internação o que também reduz os custos e gastos nas unidades hospitalares (WALKER *et al.*, 2017; RAHMANS *et al.*, 2018; O'MALLEY *et al.*, 2019).

Sobre a qualidade dos cuidados ofertados a população os autores Desroches *et al.*, (2017), avaliaram os custos e a qualidade dos serviços à população que utilizam o serviço Medicaid (serviço de saúde pública para cidadãos de baixa renda dos Estados Unidos), e identificaram que os usuários que eram acompanhados pelos enfermeiros frequentaram menos o serviço de emergência/internações quando comparado pela equipe médica.

Este fato está relacionado aos cuidados prestados pelos enfermeiros, visto que durante a consulta o processo de coleta de dados, histórico do paciente, é mais demorado, é mais detalhado, o que ajuda no diagnóstico mais preciso, ou excluir os possíveis condicionantes das doenças, além de diminuir os pedidos de exames para diagnósticos, devido essa prática os profissionais de enfermagem geram menos custo (no Brasil essa ferramenta é intitulada como Processo de Enfermagem, e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, SAE) (DESROCHES *et al.*, 2017).

Para um atendimento em tempo hábil, cuidados contínuos, diminuição no tempo de espera, e execução das ações em saúde é necessária que o usuário tenha próximo a sua residência uma unidade de saúde, o que necessita de ampliação da APS. Destaca-se que os locais onde há maior cobertura da Atenção Primária, observa-se melhorias nos fatores socioeconômicos, igualdade entre as raças, melhores condições de moradia, aumento da taxa de emprego, diminuição da desigualdade social; e uma população com maior grau de escolaridade (ensino médio), reduzem as chances de ICSAP (LIMA, 2017; PAZÓ *et al.*, 2017; SCHILLING *et al.* 2017; LUMME *et al.* 2020).

Investir na Atenção Primária à Saúde com base nos indicadores de saúde e das internações é um método que tem mostrado resultados positivos na redução de internações futuras e na prevenção de surgimento de novas doenças e agravos. Essa modalidade de financiamento e investimento tem sido usada por gestores internacionais como medida preventiva e na formulação de novas políticas de saúde (WALKER *et al.*, 2017; LIMA, 2017).

Além do investimento na APS há a necessidade de criação e implantação de um sistema de informação, exemplo o prontuário eletrônico, que permita às unidades de saúde realizar uma comunicação direta entre si, como preconizada na RAS, para dar continuidade ao tratamento e cuidado ao usuário (LIMA, 2017).

Em situações em que o paciente encontra-se em situação de agudização da doença, esta procura uma unidade de emergência para atender a sua necessidade, lá é tratada a sua

condição de risco de vida e logo após a alta médica vai para casa. Neste contexto não há uma continuação do seu cuidado, ou quando o paciente é acompanhado pela APS e necessita de um atendimento de emergência a unidade que o recebe não sabe seu histórico de saúde, o que poderia ajudar na prescrição do tratamento, o que reforça o uso do prontuário eletrônico ou mecanismos de comunicação para que essas informações estejam disponíveis aos profissionais (LIMA, 2017).

7.1.5 Considerações Finais

A população masculina necessita de atenção e cuidados, e dentre um dos maiores desafios é fazer com que eles percebam isso, e se tornem agentes principais do autocuidado. Porém, para que isso ocorra, precisa-se mudar as normas de gênero, o que será impossível a curto prazo.

Essa pesquisa traz o tema à tona com o intuito de instigar o debate no meio social, acadêmico e profissional, de como podemos mudar essa realidade? Como melhorar a qualidade de vida da população masculina? Como a Atenção Primária pode mudar esse contexto?

São muitas perguntas a serem respondidas, em estudos posteriores, que visam a melhoria do cuidado e o fortalecimento da Atenção Primária como promotor da equidade, universalidade e integralidade na saúde do homem e comunidade.

Há a necessidade de mais estudos que falem sobre o papel da Atenção Primária na redução das hospitalizações nos níveis locais e nacionais para que as políticas e programas possam acolher e entender a população brasileira, principalmente a população masculina que precisa de mais visibilidade pela Atenção Primária, sendo essa uma das limitações do estudo.

A enfermagem tem um papel importante na prevenção das internações e na vida do indivíduo e comunidade, conforme apresentado neste estudo, sendo necessário mais investimentos em aprimoramento, capacitação e descentralização do cuidado para que os profissionais ofereçam um SUS de qualidade e igualitário.

Nesta pesquisa foi possível apresentar os estudos nacionais e internacionais que descrevem a importância da Atenção Primária na prevenção das hospitalizações passíveis de prevenção da população masculina e coletiva, alcançando o objetivo desta pesquisa, entretendo ainda é preciso maiores investigações sobre o papel da AP na vida da população masculina, principalmente, as pesquisa nacionais que trará dados sobre aspectos da população

brasileira, auxiliando na criação de políticas e programas mais inclusivos e que atendam a população mais êxito.

7.1.6 Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008**. Ministério da Saúde, Brasília-DF. 2008. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.

_____. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. (2020). Ed. Rev. e Ampl. São Paulo:

BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2008. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem>

_____. MNISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2016. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-do-pre-natal-do-parceiro-para-profissionais-de-saude/>

BRITO, A. K. DE O. L. *et al.* Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. **ReOnFacema**. Maranhão-MA, v. 2, n. 2, p. 191-195, 2016.

Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/73/47>.

DEL SAZ MORENO, V.; *et al.* Análisis de la influencia del proceso asistencial de la atención primaria de salud sobre la ocurrencia de hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. **Atención Primaria**, v. 48, n. 2, p. 102-109, 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.013>

DESROCHES, C. M.; *et al.* The quality of primary care provided by nurse practitioners to vulnerable Medicare beneficiaries. **Nursing Outlook**, v.65, n. 6, p. 679-688, 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.007>

KATIKIREDDI, S. V.; *et al.* Assessment of health care, hospital admissions, and mortality by ethnicity: population-based cohort study of health-system performance in Scotland. **The Lancet Public Health**, v. 3, n. 5, p. e226-e236, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30068-9)

[2667\(18\)30068-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30068-9)

KARINO, M. E. *et al.* Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 5, p. 011-015, 2012. Disponível em: DOI:

<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v11i5.17048>.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>

LIMA, A. C. M. G. D. **Atendimentos por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma unidade de pronto-atendimento: proposta de comunicação para coordenação do cuidado**. 2017 (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo). 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.11606/D.7.2018.tde-24092018-165449>

LUMME, S.; *et al.* Cumulative social disadvantage and hospitalisations due to ambulatory care-sensitive conditions in Finland in 2011– 2013: a register study. **BMJ open**, v. 10, n. 8, p. e038338, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038338>

MIRANDA, J. F. *et al.* O homem na busca dos serviços de atenção primária em saúde na cidade de Imperatriz-MA. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e56011124946, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24946>

O'BRIEN, T; *et al.* A multifaceted primary care practice-based intervention to reduce ED visits and hospitalization for complex medical patients: A mixed methods study. **PloS one**, v.14, n. 1, e0209241, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0209241>

O'MALLEY, A. S.; *et al.* New approaches to measuring the comprehensiveness of primary care physicians. **Health services research**, v. 54, n. 2, p. 356-366, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.13101>

PAZÓ, R.G.; *et al.* Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro-RJ, v. 12, n. 39, p.1-12, 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1546](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546)

PINTO JUNIOR, E. P.; *et al.* Effect of the Family Health Strategy on hospitalizations for primary care sensitive conditions in infants in Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, e00133816, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133816>

RAHMAN, F.; *et al.* Association between quality domains and health care spending across physician networks. **Plos one**, v. 13, n. 4, e0195222, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195222>

REDFERN, J., HAFIZ; *et al.* Quality improvement in primary care to prevent hospitalisations and improve Effectiveness and efficiency of care for people Living with coronary heart disease (QUEL): protocol for a 24-month cluster randomized controlled trial in primary care. **BMC family practice**, v. 21, n.1, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01105-0>

RIDE, J.; *et al.* Do care plans and annual reviews of physical health influence unplanned hospital utilization for people with serious mental illness? Analysis of linked longitudinal primary and secondary health care records in England. **BMJ open**, v. 8 n.11, e023135, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023135>

SCHILLING, C. M.; *et al.* Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health policy and planning**, v. 32, n. 10, p. 1368-1374, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx103>

SOARES, C. B.; *et al.* Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>

SOUSA, M. B. C.; *et al.* Cultura do contentamento e resistência masculina: perspectivas da atenção básica à saúde em Augustinópolis/TO. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 16, p. 456-471, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2953>.

SOUZA, L. V. DA S.; *et al.* Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Mato Grosso. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e5311225354, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25354>

SOUZA, M. T. D., *et al.* Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein** (São Paulo), v. 8, p. 102-106, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

WALKER, R. L.; *et al.* ACSC Indicator: testing reliability for hypertension. **BMC medical informatics and decision making**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0487-4>

7.2 Artigo 2: Saúde do homem: perfil epidemiológico das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

7.2.1 Introdução

Em 2018 a população masculina representava 47,82% da população brasileira, cerca 101.971.173 homens de 208.494.900 milhões de brasileiros, conforme divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2017).

Observa-se que a expectativa de vida da população masculina é menor quando comparada com a feminina, em 2018 a expectativa de vida masculina era de 72,74 anos, para 79,80 anos das mulheres, com previsão de que em 2060 o tempo de vida do homem chegue a 77,90 anos, quando comparado com a mulher, que será 84,23 anos, dados esse estimados para a população brasileira (BRASIL, 2020, SOUSA; JÚNIOR; RODRIGUES, 2020).

Já a população do Estado do Rio de Janeiro a expectativa de vida em 2018 era de 73,34 anos para os homens, e as mulheres tinham em média 79,96 anos, em 2060 há uma projeção que os homens cheguem a 79,39 e as mulheres 84,98 anos (BRASIL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, MS, houve 3.911 homens e 3.619 mulheres internadas para cada 100 mil habitantes com a idade entre 20 e 59 anos, com um total de 4 milhões de internações, excluídos os casos ligados ao parto e puerpério (BRASIL, 2018).

A redução da expectativa de vida gera grande impacto na economia do país, perpassando pelos setores de previdência, trabalho, renda, acesso a serviços de saúde com consumo de tecnologias mais caras, durante o período de internação hospitalar, atendimento especializado, tratamento de doenças em estágios mais avançados (BRASIL, 2018; JÚNIOR; RODRIGUES, 2020).

Há vários fatores que influenciam na diminuição da expectativa de vida do homem, mas algumas delas são passíveis de prevenção se houver cuidados primários para esse público, com investimento em programas de incentivo e aperfeiçoamento que visem a promoção da saúde e corresponsabilidade com a saúde masculina (SOUSA; JÚNIOR; RODRIGUES, 2020).

Culturalmente os homens são pouco incentivados a se preocuparem com a própria saúde e poucas são as ações de estímulo ao protagonismo do autocuidado, além disso, a assistência da saúde masculina é bastante centrada no órgão sexual (BRITO; SILVA; FEITOSA *et al.*, 2016; PAULA; VADOR; BARBOSA, 2021; VASCONCELOS; PRESTES; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Em decorrência das necessidades masculinas o MS implantou em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) por meio da portaria 1.944/09, o objetivo do programa é a melhoria e ampliação do acesso da população masculina, sendo o público alvo a faixa etária de 20 a 59 anos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2008; SOUSA; JÚNIOR; RODRIGUES, 2020; VASCONCELOS; PRESTES; RIBEIRO *et al.*, 2019).

A política trata de eixos temáticos voltados para a saúde do homem, com acesso os serviços básicos por meio da Atenção Primária à Saúde, e que esta seja a porta de entrada, e os cuidados complementares a ela (secundários e terciários), investigação e tratamento das doenças e agravos que acometem os homens, cuidados ligados a paternidade, vida sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009; BRASIL, 2008; SOUSA; JÚNIOR; RODRIGUES, 2020; VASCONCELOS; PRESTES; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Como forma de contribuir para os cuidados com a população masculina em acordo com os princípios e diretrizes da PNAISH, esse estudo tem como objetivo analisar as causas das internações da população masculina de 20 a 59 anos que levaram à internação nos municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

7.2.2 Metodologia

O cenário do estudo será Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, que tem uma área territorial 11.200,329 km², com uma população equivalente a 6.747.815 pessoas, a densidade demográfica de 5.265,82 habitantes (hab) por km², o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,799, Produto Interno Bruto (PIB), per capita, é de 54.426,08, o estado é dividido em oito regiões, totalizando 92 municípios (Brasil, 2020).

Os dados sobre as internações foram coletados na base de dados do Departamento de Informática do SUS-DATASUS, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, vinculado ao Ministério da Saúde que dispõe de informações das Autorizações de Internação Hospitalar-AIH, oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS das unidades de saúde públicas ou particulares vinculadas ao SUS, a coleta de dados ocorreram entre agosto a dezembro de 2021.

Na base de dados do DATASUS foram usados os filtros: Linha: município de residência; Coluna: faixa etária; Medida: internações de homens; Período: 2010; 2014 e 2019; Ano de Processamento: 2010, 2014 e 2019; Faixa Etária: 20-59 anos; Diagnóstico: Causas Sensíveis Atenção Primária-Grupo: pesquisado os grupos de doenças separadamente.

O critério de inclusão será as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), conforme previsto na Portaria do Ministério da Saúde nº 221 de 17 de abril de 2008, as doenças são classificadas em grupos e cada grupo engloba determinadas doenças, porém para esse estudo serão usados os grupos de doenças conforme o quadro 04.

Os anos pesquisados foram: 2010 um ano depois da criação da PNAISH, cinco anos posterior, 2014, e 2019 dez anos após a criação da política.

Quadro 04- Descrição dos 19 grupos Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

GRUPO	DIAGNÓSTICO
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações
3	Anemia
4	Deficiências Nutricionais
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta
6	Pneumonias bacterianas
7	Asma
8	Doenças pulmonares
9	Hipertensão
10	Angina
11	Insuficiência Cardíaca
12	Doenças Cerebrovasculares
13	Diabetes mellitus
14	Epilepsias
15	Infecção no Rim e Trato Urinário
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
18	Úlcera gastrointestinal
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto

FONTE: BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008a.

A tabela foi construída pela perspectiva binária de gênero, masculino e feminino, conforme retratado acima, os grupos 17 e 19 são descritos como doenças femininas, mas estes não serão excluídos do estudo, pois são doenças que podem acometer a população transexual masculina. Deste modo o grupo 17 será descrito como Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos da população transexual, a fim de contribuir para a criação de políticas públicas e sócias atendendo a toda a população masculina, respeitando sua sexualidade, sexo e gênero.

7.2.3 Resultados

Nota-se uma diminuição das internações com o decorrer dos anos, o declínio das internações entre 2010-2014 foi de 8.283 casos, o que representa uma queda de 32%, já entre 2010-2019 a redução foi de 8.977 casos, uma redução de 35%, demonstrando uma queda significativa, conforme a tabela 01.

Tabela 01-Total ICSAP anos de 2010, 2014 e 2019, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

GRUPO	TOTAL POR ANO			%		
	2010	2014	2019	2010 X 2014	2010 X 2019	2014 X 2019
1	1516	1028	1397	-32%	-8%	36%
2	1031	492	292	-52%	-72%	-41%
3	106	59	48	-44%	-55%	-19%
4	1603	737	324	-54%	-80%	-56%
5	85	107	105	26%	24%	-2%
6	767	637	846	-17%	10%	33%
7	1183	353	42	-70%	-96%	-88%
8	2178	725	228	-67%	-90%	-69%
9	1341	701	767	-48%	-43%	9%
10	1374	1126	1144	-18%	-17%	2%
11	4617	3300	1992	-29%	-57%	-40%
12	2528	2301	2770	-9%	10%	20%
13	2411	1708	1850	-29%	-23%	8%
14	712	608	679	-15%	-5%	12%
15	1304	977	1081	-25%	-17%	11%
16	1893	1632	2263	-14%	20%	39%
17	-	-	-	0%	0%	0%
18	850	727	696	-14%	-18%	-4%
19	04	02	02	-50%	-50%	0%
	25.503	17.220	16.526	-	-	-

FONTE: Autor, 2022.

As internações entre 2010 e 2014, para grupo 06, houve uma redução de 130 casos (-17%), já entre 2014 e 2019, um aumento de 209 (33%), o grupo 12 entre 2010 e 2014 houve uma redução de 227 casos (-9%), entre 2014 e 2019 um aumento de 469 casos (20%), e no grupo 16 entre, 2010 e 2014 uma redução de 261 (-14%) e entre 2014 a 2019 um aumento de 631 (39%).

Ao confrontarmos os anos de 2014 com 2019 as doenças que tiveram aumento foram grupo 01 (36%), grupo 09 (9%), grupo 10 (2%), grupo 12 (20%), grupo 13 (8%), grupo 14 (12%), grupo 15 (11%), grupo 16 (39%), as demais doenças apresentaram redução no número de internações.

Na comparação entre os anos de 2010 e 2019 as doenças que apresentaram aumento foram grupo 05 (26%), grupo 06 (10%), grupo 12 (10%) e o grupo 16 (20%), os demais grupos apresentaram uma redução significativa.

As doenças que mais tiveram quedas entre os anos de 2010-2019 foram as gastrointestinais (73%); deficiências nutricionais (80%); asma (96%); doenças pulmonares

(90%); hipertensão (43%); insuficiência cardíaca (57%). Em nenhum dos anos estudados foram realizados registros de internações por doença inflamatória dos órgãos pélvicos masculinos, houveram poucos registros das doenças relacionadas ao pré-natal e parto, oito casos.

Tabela 02-Total das ICSAP, por faixa etária, no ano de 2010, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

GRUPO	Faixa Etária																Total de Internações	%
	20 a		25 a		30 a		35 a		40 a		45 a		50 a		55 a			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	143	9,4%	203	13,4%	181	11,9%	179	11,8%	166	10,9%	237	15,6%	216	14,2%	191	12,6%	1.516	6%
2	111	10,8%	113	11,0%	111	10,8%	111	10,8%	145	14,1%	147	14,3%	148	14,4%	145	14,1%	1.031	4%
3	5	4,7%	5	4,7%	17	16,0%	5	4,7%	18	17,0%	14	13,2%	20	18,9%	22	20,8%	106	0,4%
4	45	2,8%	58	3,6%	94	5,9%	137	8,5%	206	12,9%	296	18,5%	411	25,6%	356	22,2%	1.603	6%
5	18	21,2%	15	17,6%	17	20,0%	9	10,6%	11	12,9%	8	9,4%	3	3,5%	4	4,7%	85	0%
6	68	8,9%	52	6,8%	78	10,2%	82	10,7%	100	13,0%	94	12,3%	158	20,6%	135	17,6%	767	3%
7	69	5,8%	181	15,3%	181	15,3%	182	15,4%	152	12,8%	144	12,2%	125	10,6%	149	12,6%	1.183	5%
8	41	1,9%	77	3,5%	102	4,7%	101	4,6%	292	13,4%	516	23,7%	516	23,7%	533	24,5%	2.178	9%
9	32	2,4%	32	2,4%	80	6,0%	94	7,0%	144	10,74%	212	15,8%	326	24,3%	421	31,4%	1.341	5%
10	8	0,6%	17	1,2%	8	0,6%	56	4,1%	128	9,3%	240	17,5%	410	29,8%	507	36,9%	1.374	5%
11	36	0,8%	73	1,6%	121	2,6%	165	4%	313	6,8%	706	15,3%	1525	33,0%	1678	36,3%	4.617	18%
12	11	0,4%	24	0,95%	47	1,9%	84	3,32%	208	8,2%	409	16,2%	726	28,7%	1019	40,3%	2.528	10%
13	39	1,6%	70	2,9%	104	4,3%	185	8%	288	11,9%	482	20,0%	579	24,0%	664	27,5%	2.411	9%
14	54	7,6%	55	7,7%	71	10,0%	88	12,4%	116	16,3%	112	15,7%	113	15,9%	103	14,5%	712	3%
15	112	8,6%	120	9,2%	140	10,7%	138	10,6%	179	13,7%	199	15,3%	223	17,1%	193	14,8%	1.304	5%
16	177	9,4%	189	10,0%	188	9,9%	193	10,20%	228	12,0%	298	15,7%	314	16,6%	306	16,2%	1.893	7%
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
18	32	3,8%	48	5,6%	55	6,5%	87	10%	116	13,6%	132	15,5%	177	20,8%	203	23,9%	850	3%
19	1	25,0%	1	25%	0	0,0%	1	25%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	0,02%
Total:	1.002		1.333		1.595		1.897		2.810		4.246		5.990		6.630		25.503	100%

FONTE: Autor, 2022.

Ao avaliarmos o grupo de doenças que mais tiveram internações no ano de 2010 identificou-se que o grupo 11, grupo 12 e grupo 13 foram as cousas principais, somando os três grupos, ocorreram 9.556 hospitalizações, o que representa 37% das internações, o grupo 5 (0,3%) e

o grupo 3 (0,4%) tiveram os menores valores, no entanto as doenças do órgão pélvico masculino (grupo 17), não houve registro e as doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto (grupo 19), houve quatro internações (Queimados um caso, Rio de Janeiro com três casos), conforme a tabela 02.

Tabela 03-Total das ICSAP, por faixa etária, no ano de 2014, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

GRUPO	Faixa Etária																Total de Internações	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		40 a 44		45 a 49		50 a 54		55 a 59			
1	39	3,8%	118	11,5%	117	11,4%	124	12,1%	136	13,2%	143	13,9%	165	16,1%	186	18,1%	1.028	6%
2	39	7,9%	39	7,9%	48	9,8%	67	13,6%	54	11,0%	76	15,4%	85	17,3%	84	17,1%	492	3%
3	4	6,8%	4	6,8%	4	6,8%	7	11,9%	8	13,6%	7,0	11,9%	10	16,9%	15	25,4%	59	0%
4	23	3,1%	35	4,7%	46	6,2%	57	7,7%	80	10,9%	105	14,2%	167	22,7%	224	30,4%	737	4%
5	23	21,5%	19	17,8%	14	13,1%	6	5,6%	13	12,1%	12	11,2%	14	13,1%	6	5,6%	107	1%
6	50	7,8%	51	8,0%	53	8,3%	66	10,4%	76	11,9%	83	13,0%	112	17,6%	146	22,9%	637	4%
7	5	1,4%	61	17,3%	71	20,1%	81	22,9%	49	13,9%	56	15,9%	15	4,2%	15	4,2%	353	2%
8	10	1,4%	19	2,6%	34	4,7%	60	8,3%	66	9,1%	77	10,6%	160	22,1%	299	41,2%	725	4%
9	24	3,4%	27	3,9%	28	4,0%	53	7,6%	76	10,8%	126	18,0%	171	24,4%	196	28,0%	701	4%
10	8	0,7%	10	0,9%	28	2,5%	59	5,2%	86	7,6%	179	15,9%	299	26,6%	457	40,6%	1.126	6%
11	19	0,6%	44	1,3%	92	2,8%	96	2,9%	231	7,0%	346	10,5%	945	28,6%	1527	46,3%	3.300	19%
12	13	0,6%	37	1,6%	62	2,7%	122	5,3%	158	6,9%	304	13,2%	661	28,7%	944	41,0%	2.301	13%
13	49	2,9%	45	2,6%	83	4,9%	104	6,1%	152	8,9%	323	18,9%	460	26,9%	492	28,8%	1.708	10%
14	44	7,2%	72	11,8%	61	10,0%	59	9,7%	86	14,1%	96	15,8%	90	14,8%	100	16,4%	608	3%
15	59	6,0%	63	6,4%	102	10,4%	97	9,9%	119	12,2%	143	14,6%	173	17,7%	221	22,6%	977	6%
16	185	11,3%	156	9,6%	149	9,1%	213	13,1%	190	11,6%	244	15,0%	257	15,7%	238	14,6%	1.632	9%
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0%
18	31	4,3%	42	5,8%	51	7,0%	68	9,4%	82	11,3%	122	16,8%	158	21,7%	173	23,8%	727	4%
19	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	0%
TOTAL:	625	842	1043	1339	1663	2442	3942	5324	842	17.720	100%							

FONTE: Autor, 2022.

A taxa de internação por faixa etária, no ano de 2010, foi de 20-24 (4%), 25-29 (5%), 35-39 (7%), 40-44 (11%), 45-49 (11%), 45-49 (17%), 50-54 (24%) e 55-59 (26%), as idades que mais tiveram internações foram entre as idades de 45 a 59 anos, somando as internações desse grupo obteve-se 16.866 hospitalizações, representando 66% das 25.503, o grupo 19 ocorreram duas internações que ocorreram em um ano após a criação da PNAISH, segundo tabela 02.

No ano de 2014 as doenças cardíacas (grupo 11, 19% dos casos), doenças cerebrovasculares (grupo 12, 13% dos casos), e o diabetes mellitus (grupo 13, 10% dos casos), mantiveram uma prevalência sobre o grupo de 45 a 59 anos, os três grupos somam 7.309 internações das 17.720 com uma representatividade de 42% dos casos, demonstrado no tabela 3.

Verifica-se que houve um aumento significativo dos grupo 5 (infecções de ouvido e garganta, 21%), assim como o grupo 16 (infecções da pele e tecido subcutâneo, 20%), já o grupo 03 teve uma redução de 80% das internações, às doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos não se obteve dados, e as doenças relacionadas parto e pré-natal e parto teve dois casos (Barra do Piraí e Resende com um caso em cada município), um no grupo 40-44 anos e o outro no grupo 55-59 anos, como descrito na tabela 03.

Ao comparar os anos de 2014 com o ano de 2010, observa-se que a população masculina com idade acima de 45 anos manteve os riscos de internações quando comparado com o público mais jovem, há uma redução dos números de doenças com uma queda de 38% para idade 20 a 24; 37% entre 25-29; 30 a 34 anos 35%; 35 a 39 anos 29%; 40 a 44 anos 41%; 45 a 49 anos 42%; 50 a 54 anos 34% e 55 a 59 anos 20%. Houve uma redução de todas as doenças no ano de 2014, cinco anos após a PNAISH, equivalente a 32%.

Em 2019 as hospitalizações pelos grupos 11 (12%), grupo 12 (17%), e grupo 13 (11%), manteve-se com valores elevados como principais causas de internações da população masculina para a população acima de 45 anos.

A taxa de internação por grupo etário foi de 20-24 (5%), 25-25 (5%), 30-34 (6%), 35-39 (8%), 40-44 (11%), 45-49 (15%), 50-54 (21%), e 55-59 (30%). O grupo 19 tiveram dois casos, um caso no Município de Casimiro de Abreu e um caso no em Nova Iguaçu, conforme descrito na tabela 04.

Tabela 04-Total das ICSAP, por faixa etária, no ano de 2019, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

GRUPO	Faixa Etária																Total de Internações	%
	N 20 a 24	%	N 25 a 29	%	N 30 a 34	%	N 35 a 39	%	N 40 a 44	%	N 45 a 49	%	N 50 a 54	%	N 55 a 59	%		
1	175	12,5%	175	12,5%	157	11,2%	156	11,2%	197	14,1%	127	9,1%	173	12,4%	237	17,0%	1397	8%
2	26	8,9%	30	10,3%	32	11,0%	28	9,6%	32	11,0%	34	11,6%	47	16,1%	63	21,6%	292	2%
3	1	2,1%	3	6,3%	1	2,1%	3	6,3%	5	10,4%	10	20,8%	18	37,5%	7	14,6%	48	0%
4	12	3,7%	10	3,1%	10	3,1%	17	5,2%	30	9,3%	59	18,2%	80	24,7%	106	32,7%	324	2%
5	13	12,3%	13	12,3%	16	15,1%	16	15,1%	12	11,3%	12	11,3%	10	9,4%	14	13,2%	106	1%
6	54	6,4%	55	6,5%	80	9,5%	77	9,1%	99	11,7%	131	15,5%	152	18,0%	198	23,4%	846	5%
7	2	4,8%	1	2,4%	8	19,0%	3	7,1%	5	11,9%	4	9,5%	12	28,6%	7	16,7%	42	0%
8	4	1,8%	3	1,3%	7	3,1%	11	4,8%	16	7,0%	24	10,5%	51	22,4%	112	49,1%	228	1%
9	15	2,0%	21	2,7%	39	5,1%	57	7,4%	68	8,9%	120	15,6%	200	26,1%	247	32,2%	767	5%
10	6	0,5%	9	0,8%	21	1,8%	47	4,1%	81	7,1%	164	14,3%	323	28,2%	493	43,1%	1144	7%
11	32	1,6%	32	1,6%	57	2,9%	128	6,4%	189	9,5%	298	15,0%	522	26,2%	734	36,8%	1992	12%
12	34	1,2%	44	1,6%	56	2,0%	137	4,9%	235	8,5%	405	14,6%	708	25,6%	1151	41,6%	2770	17%
13	49	2,6%	53	2,9%	86	4,6%	118	6,4%	184	9,9%	319	17,2%	423	22,9%	618	33,4%	1850	11%
14	46	6,8%	63	9,3%	69	10,2%	75	11,0%	101	14,9%	95	14,0%	104	15,3%	126	18,6%	679	4%
15	93	8,6%	87	8,0%	81	7,5%	136	12,6%	114	10,5%	139	12,9%	195	18,0%	236	21,8%	1081	7%
16	210	9,3%	184	8,1%	221	9,8%	239	10,6%	315	13,9%	316	14,0%	359	15,9%	419	18,5%	2263	14%
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0%
18	31	4,5%	43	6,2%	45	6,5%	73	10,5%	80	11,5%	139	20,0%	136	19,5%	149	21,4%	696	4%
19	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,01%
TOTAL:	803		826		987		1321		1763		2397		3513		4917		16526	100%

FONTE: Autor, 2022.

7.2.4 Discussões

O estudo identificou que entre os anos de 2010 e 2014, 16 dos 19 grupos apresentaram queda, o mesmo ocorreu para o ano de 2019, dez anos após a criação da PNAISH, porém com aumento para as doenças pneumonia bacterianas, doenças cerebrovasculares e infecções do tecido subcutâneo, observado também em outros estudos (SANTOS *et al.*, 2022).

Os autores Santos *et al.*, (2022), *et al.* descrevem queda das ICSAP da população masculina, de 96,21%, em 2010, 80,98%, para o ano de 2014, e 75,34%, para 2019, na região sudeste do país, porém não apresenta dados comparando os estados do país, a pesquisa descreve/avalia o grupo 17 como doenças do grupo feminino e descartaram o grupo 19, porém são necessárias as inclusões dos grupos para discussões como doenças masculinas, para atender as necessidades da população trans masculina e feminina.

O grupo 17 descreve doença inflamatória órgãos pélvicos masculinos/femininos, a coleta do exame citopatológico deve ocorrer no homem trans masculino em que seu órgão biológico é feminino, e também naqueles que realizaram a cirurgia de resignação do sexual (nesse caso para mulher trans que nasceu com sexo biológico masculino e realizou a cirurgia para a mudança de sexo, retirando a genitália masculina), que embora não possua o útero deve-se colher a amostra da parede vaginal (TARTARUGA, 2020).

O exame citopatológico, papanicolau, é um exame que consiste na coleta do material endo e ectocervical para identificar células neoplásicas ou alterações desencadeadas pelo Papilomavírus Humano, HPV (ARAÚJO *et al.*, 2021).

O câncer de colo de útero é a quarta doença que mais mata de indivíduos que possuem colo uterino no Brasil, com uma estimativa de 16.590 novos casos, o desenvolvimento do cancro é um processo lento e assintomático, o que endossa a importância do diagnóstico precoce e a realização do exame de forma regular, conforme previsto pelo MS. O exame deverá ser ofertado e realizados as mulheres e homens trans que já iniciaram atividade sexual, com a faixa etária de 25 a 64 anos, com a realização de um exame ao ano, por dois anos seguidos, se o exame não tiver alterações, um novo exame deverá ser realizado a cada três anos (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída através da Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011 descreve a necessidade de ampliação de cuidados a esta população, onde a política tem por objetivo promover a saúde integral, dentre os cuidados ele cita: “XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado”, infelizmente na própria

política de inclusão e direitos a comunidade LGBTQIA+ não cita a importância da realização do exame para a população trans masculina, não dando visibilidade a um assunto de suma importância (BRASIL, 2011).

A falta de política inclusivas, o desconhecimento sobre a temática pelos profissionais, a discriminação, a intolerância, a discordância entre o órgão sexual e a identidade de gênero, o desconforto durante a realização do exame, a propaganda femininas na sala da coleta do exame, reforçando ser um hábito feminino, são alguns de muitos motivos que afastam a população trans do autocuidado e da presença nos serviços de saúde e públicos (ARAÚJO *et al.*, 2021)

Outro ponto a ser abordado é o grupo 19, doenças relacionadas ao pré-natal e parto, como previsto na legislação sobre o direito a reprodução, que também pode ser uma experiência/vivência para o homem trans, mesmo que isso remeta o estereótipo feminino, levando à tona as dificuldades e limitações da sociedade sobre as fluidez e possibilidades que envolvem a sexualidade e o sexo (ANGONESE *et al.*, 2017; RÔLA *et al.*, 2020).

Apesar dos direitos e programas voltados para o pré-natal, da mulher, cis, a população trans se vê diante de mais uma barreira, que limitam ao acesso, aos serviços de saúde, e os deixa ainda mais vulneráveis a julgamentos e preconceitos, discriminando-os, trazendo sofrimento, violências física e emocionais (ANGONESE *et al.*, 2017; RÔLA *et al.*, 2020).

Espera-se que os profissionais acolham a população de forma qualificada, acolhedora e humanizada, sem criar barreiras ao acesso aos serviços de saúde, mas, às vezes, a discriminação começa pelo próprio nome do paciente, não respeitando o seu nome social e as suas particularidades (RÔLA *et al.*, 2020).

Na análise dos dados sobre a população mais vulnerável verificou-se que os homens acima de 45 anos foram mais internados quando comparados com os homens abaixo dessa faixa etária, mantendo-se essa vulnerabilidade em todos os anos estudados apesar do número de internações diminuir no decorrer dos anos chegando a 35% de redução das internações. Pinto *et al.*, (2019), em análise sobre as ICSAP no Distrito Federal e capitais brasileiras entre 2009 e 2018 observa que com o avançar da idade as taxas de internações também vão aumentando (DOS SANTOS *et al.*, 2018; HODGSON *et al.*, 2019).

Segundo a literatura com o envelhecimento da população, há um crescimento das taxas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT, aumentando as chances de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e dislipidemias, sendo importante o incentivo e orientação para a prática de atividade física pelos profissionais da APS, (MALTA, *et al.*, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2020).

Sobre as doenças que acometeram a população masculina a anemia foi a doença que menos teve internações de todos os grupos de doenças e foi decrescendo ao longo do tempo com uma redução de quase 50% em todos os anos, ao avaliarmos as 05 principais causas de internações, por ano de estudo, verifica-se que as doenças pulmonares, Insuficiência Cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes mellitus, infecção da pele e tecidos subcutâneo (ocorreram em todos os anos), por doença pulmonares (somente em 2010), angina (somente em 2014), e doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (somente em 2014), porém elas vem apresentando reduções ao longos dos anos, resultado também parecido por Santos *et al.*, (2022), ao avaliar as ICSAP no país (POFFO, *et al.* 2017; FLOR; CAMPOS, 2017; MALTA, *et al.*, 2019)

Parecido com dados encontrados na pesquisa, observa-se que Portugal ocorreram em 2017, 133.427 internações, as ICSAP representam 15,7% das hospitalizações, e as principais internações foram doença pulmonar obstrutiva/brônquica crônica, pneumonias, insuficiência cardíaca, infecções do trato urinário, diabetes mellitus, câncer de colo de útero, câncer colo retal com 1.685 por 100.000 adultos, os autores não descreveram os dados por gênero. Destaca-se que segundo os autores o país ainda não tem uma lista própria das ICSAB, diferentemente do Brasil que ajustou a lista conforme a realidade do país (SARMENTO *et al.*, 2020).

Na Colômbia entre os anos de 2011 e 2015 apresentou as mesmas doenças identificadas, sendo responsável por 85% das internações no país no período estudado, onde a população adulta representa maiores taxas, em contrapartida as doenças agudas teve mais chances de ocorrer no grupo mais jovem, fato também observado no estudo apresentado (E GONZÁLEZ-VÉLEZ *et al.*, 2019).

Segundo estudo apresentado por Hata *et al.*, 2019, com uma coleta de dados realizada entre os anos de 2008 a 2017 no Estado do Paraná foram registrados 201.006 óbitos, causados pelo aparelho circulatório, 31,2% dos casos, ou seja 62.739, foram ocasionados devido a doença cerebrovascular, os homens representavam 53,1% dos óbitos (33.308).

Um estudo realizado a ICSAP no Estado do Rio de Janeiro demonstra que a expansão da APS é um fator contribuinte para a redução das internações, que em 2009 era de 6,4%, para e 46,16%, em 2015, observaram também que os municípios onde possuíam o programa de residência de medicina e família e comunidade eram fatores contribuintes para essa redução, segundo os autores fato também observado na cidade de Florianópolis (SANTOS *et al.*, 2018).

Fato observado em um estudo realizado pela autora Zarlotti *et al.* (2017), no município de Petrópolis-RJ que demonstra que, com o passar dos anos, e, a, maior cobertura da APS reduziu as ICSAP, mesmo que essa não tenha sido de forma uniforme, a autora aponta a inda que a qualidade da assistência é um fator que tem relevância.

Sob a análise das internações por regiões, constatou que há regiões do Estado do Rio de Janeiro com mais chances de internações masculina do que outras, entretanto não foi avaliado os fatores que possam influenciar nos valores, como taxa de cobertura da APS, quantidade de profissionais necessárias para atender a população, qualidade da assistência, re-internações do mesmo paciente, qualidade dos registros das internações e fornecimento dos dados para AIH's, quantidade de leitos disponíveis por região, sendo necessária a realização em estudos futuros.

Tanto em estudos nacionais quanto internacionais identificou-se que quanto mais o paciente tem suas necessidades atendidos pela APS, e uma maior cobertura de APS pelos municípios/Estado, melhores condições socioeconômicas do usuário, são fatores que vão impactar positivamente na redução das internações (ZARLOTTI *et al.* 2017; SARMENTO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2022).

7.2.5 Conclusão

A Atenção Primária tem demonstrando grande impacto para a população com redução das ICSAP no decorrer dos anos, entretanto necessita de mais investimentos para que possa atender a população com mais equidade e qualidade.

Apesar de poder ser usada como parâmetro para avaliar a qualidade da assistência da APS, o uso da ICSAP apresenta vulnerabilidade como ferramenta, visto que há fatores que influenciam na efetividade da APS, que englobam questões financeiras, sociais, geográficas, nível socioeconômico do paciente, acessibilidade, escolaridade do usuário, conhecimento profissional sobre programas e protocolos, dentre outros.

Há pouca divulgações e ações voltadas para a população masculina, mesmo que se tenha mostrado diminuição das internações no decorrer dos anos, entretanto precisa-se de mais estudos para avaliar a efetividade e as ações ofertadas a população masculina que corroboram com a PNAISH.

A população masculina com o avançar da idade apresenta mais chances de internações e com isso levam a mais gastos aos cofres públicos, ocasionando perca da qualidade de vida,

trazendo prejuízos financeiros, podendo ocorrer prejuízos para a terceira idade, principalmente com o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Apesar de ter apresentado mais casos, destaca-se as doenças passíveis de prevenção por imunização, que vem sofrendo ataques, descredibilidade e poucos investimentos, além do surgimento cada vez mais de pessoas contra vacina, trazendo prejuízo ao programa e colocando a população em situação de vulnerabilidade.

Espera-se que esse estudo possa corroborar com pesquisas futuras e trazer reflexões sobre a saúde da população masculina, auxiliando estudantes e profissionais na discussão sobre a temática.

7.2.6 Referência

ANDRADE, D. DE S. *et al.* Afecções dermatológicas mais prevalentes nas internações hospitalares pediátricas do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi. **Revista Saber Digital**, v. 11, n. 2, p. 60-70, 2018.

ANGONESE, M. *et al.* Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 256-270, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>

ARAGÃO, F. B. A. *et al.* Atividade física na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em homens. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 53, n. 2, p. 163-169, 2020. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v53i2p163-169. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/164365>. Acesso em: 15 jul. 2022.

ARAÚJO, J. M DA S. *et al.* Exame de Papanicolaou e câncer cervicalem homens transgêneros: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e17010212342, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12342>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Cidades e Estados: Rio de Janeiro-RJ**. Brasília-DF, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 01 de maio de 2021.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **População e Estimativas da população Brasileira e das Unidades da Federação**. Brasília-DF. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 18 de nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Ficha de Qualificação da RIPSAs. Brasília-DF, 2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-29/>

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília-DF, 2008. Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil da Morbimortalidade masculina no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2018b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf Acesso em 07 de jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 04 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 221/08, 17 de abril de 2008**. Brasília-DF 2008a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 07 de jan. de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 115 jul. 2022

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6521>

DOS SANTOS, C. M., *et al.* Fatores de risco e incidência de Pneumonia Hospitalar em Unidade de Internação. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 5, p. 4866-4875, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjhr2n5-083>

DOS SANTOS, L. P. R. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, p. 178-183, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020230>

GONZÁLEZ-VÉLEZ, A. E. *et al.* Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. **Rev Saude Publica**. V. 53, n. 36, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000563>

FERREIRA, D. A. A. *et al.* Caracterização do comportamento alimentar e estado nutricional de adultos. *Motricidade*, v. 14, n. 1, p. 252-258, 2018. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/dccf16be2e1add964283eb28ce16fa8f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616555>. Acesso em 09 de mar. 2022.

FILHO, S. R. F. DOS S. *et al.* Fatores de risco e prevenção primária da hemorragia digestiva alta: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e33511324681-e33511324681, 2022.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 16-29, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>

GOMES; M. DOS S. *et al.* Homens transexuais e o acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e2110212018-e2110212018, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12018>.

GUIMARÃES, N.P; *et al.* Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **Reciis- Ver Eletron Comun inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro-RJ, v. 12, n. 2, p. 372-85, abr.-jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>

HATA, M. M. et al. Análise do perfil epidemiológico de óbitos por doenças cerebro vasculares em residentes do Estado do Paraná no período de 2008 a 2017. **Fag Journal of Health (FJH)**, v. 1, n. 3, p. 209-215, 2019. DOI: <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i3.126>

HODGSON, K. *et al.* Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. **BMJ Qual Saf.**, v. 28, n. 6, p. 429-433, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008820>

MALTA, D. C. *et al.* Prevalence of diabetes mellitus as determined by glycated hemoglobin in the Brazilian adult population, National Health Survey. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, v. 22, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.2>

PAULA, P. R.; VADOR, R. M. F.; BARBOSA, F. A. F. Desafios do enfermeiro da atenção básica na saúde do homem. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p.112127-112144 dec. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n12-143>

PINTO, L. F. *et al.* Hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) between 2009 and 2018 in Brazil's Federal District as compared with other state capitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2105-2114, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08582019>. Acesso em: 15 de jul 2022

POFFO, M. R. *et al.* Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 30, p. 189-198, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170044> Acesso em 15 jul. 2022.

RÔLA, Q. C. S. *et al.* O corpo que habito: desafios de gestantes transexuais no acesso digno à saúde. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 1, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/42561>. Acesso em 05 abr. 2022

SANTOS, F. M. dos *et al.* Admissions due to ambulatory care-sensitive conditions (ACSC): an analysis based on socio-demographic characteristics, Brazil and regions, 2010 to 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220012.2>. Acesso em 15 jul. 2022

SARMENTO, J.; *et al.* Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. **BMC Health Serv Res**, v. 20, n. 754, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05620-9> Acesso em 15 de jul. de 2022

SOUSA, M. B. C.; JÚNIOR, L. DA C. G.; RODRIGUES, M. DE S. Cultura do contentamento e resistência masculina: perspectivas da atenção básica à saúde em Augustinópolis/TO. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 16, p. 456-471, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2953>. Acesso em: 15 jan. 2022

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. *Saúde do homem em debate*, p. 19-38, 2011. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/6jhfr/02>

TARTARUGA, Jade Tavares. Tratamento hormonal para homens transgênero. **Saúde Com-Ciência**, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/semusa/Downloads/1191-5652-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2022.

VASCONCELOS, I. C. B DE L.; PRESTES, J. Y DO N.; RIBEIRO, R. R. S. *et al.* Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua Implementação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 9, p. 16340-16355, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/BJDV5N9-185>

WASUM, F. D.; *et al.* Prevalência de internações hospitalares por diarreia e gastroenterite em menores de um ano. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 99-105, 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/854>. Acesso em 06 de mar. 2022.

ZARLOTTI, Camilla *et al.* Hospitalizations due to primary care sensitive conditions after family health strategy implementation on Petrópolis/RJ. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 811-817, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.811-817>. Acesso em 15 de jul. 2022

8. DISCUSSÃO

Em vários países do mundo, e incluindo o Brasil, vem se buscado formas de aprimoramento das ações e serviços de saúde, mas para isso é preciso criar ferramentas que possam avaliar e aprimorar a qualidade (DE LIMA *et al.*, 2019).

Dentre as ferramentas usadas temos a *ambulatory care sensitive conditions*, que no Brasil ficou conhecida como Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária a Saúde-ICSAP, com a tradução livre (DE LIMA *et al.*, 2019; SANTOS, *et al.*, 2022).

A ICSAP pode ser usada para avaliar a qualidade e efetividade da APS como apresentado anteriormente, mas pouco se obteve do uso dessa ferramenta para avaliar a qualidade e a prevenção das internações da população masculina (DE LIMA *et al.*, 2019).

A APS conforme literatura nacional e internacional tem a capacidade de resolver grandes demandas dos usuários, e assim evitar internações, que vai desde o diagnóstico precoce ao acompanhamento e tratamento de doenças e agravos, como as doenças crônicas não transmissíveis que vem apresentado maior prevalência na população mais velha (VASCONCELOS, *et al.* 2018; DE LIMA *et al.*, 2019).

Tanto no Brasil como em outros lugares no mundo observa que os homens têm mais dificuldades de acesso aos cuidados primários, negligenciando a própria saúde para manter a masculinidade acima de tudo e todos, masculinidade essa que tem apresentado toxicidade para o homem e a população (AFFLECK, *et al.*, 2018; SANTOS, *et al.*, 2019; GÊDANIELS *et al.*, 2021; DANIELS *et al.*, 2021; NOBRE, *et al.*, 2021).

Nota-se que a população masculina tem receios a utilização da unidade de saúde:

... homens percebem as clínicas como domínios das mulheres, onde há desconfiança mútua entre homens e enfermeiras; os homens interpretam os comportamentos dos enfermeiros como críticos e moralistas, e os enfermeiros interpretam a abordagem da saúde dos homens como apática (DANIELS *et al.*, 2021, p. 20).

Quando diagnosticado, os homens temem que o tratamento os obrigue a desistir de aspectos de suas vidas que reforcem sua masculinidade, como beber, socializar com amigos, usar a medicina tradicional e sua capacidade de trabalhar para sustentar sua família ou cumprir suas responsabilidades de paternidade (DANIELS *et al.*, 2021 p. 20).

Precisa-se refletir, criar e ofertar cuidados a população de forma homogenia atendendo a heterogeneidade que há dentro da sociedade e no contexto da saúde do homem, englobando a população trans, gay que apresentam ainda mais vulnerabilidade perante a sociedade seja

por estigmas e preconceitos, dando visibilidade para as minorias (LIMA *et al.*, 2019; SANTOS, *et al.*, 2019; SILVA *et al.*; 2020).

Reservando-lhes os direitos a saúde, independente do gênero, orientação sexual, raça/etnia, condições financeiras, livre de discriminações e acesso aos todos os níveis de assistência à saúde, garantidos conforme os princípios e diretrizes do SUS e da constituição federal (SANTOS, *et al.*, 2019; SILVA *et al.*; 2020).

A política de Saúde do homem foi implantada a mais de 10 anos, tem como objetivo atender a população masculina diante das suas demandas e necessidades, com foco em questões epidemiológicas que englobam a saúde do homem, como: doenças prevalentes na população masculina; acesso e acolhimento; prevenção de violência e acidentes; saúde sexual e reprodutiva; e a paternidade e cuidado, sendo a qualificação profissional fundamental para implantação e execução da política dentro dos serviços de saúde, principalmente da APS que deve ser a porta de entrada ao SUS (NOBRE, *et al.*, 2021).

Observa-se na literatura que os homens apresentam grandes demandas os levando a internações por ICSAP, saúde mental, ou por causas externas, por exemplo, o que requer uma maior atenção das ações de saúde pública e dos profissionais para diminuir essas demandas que além de trazer grandes consequências para o homem/família/comunidade gera grandes gastos aos cofres públicos (AFFLECK, *et al.*, 2018; SANTOS, *et al.*, 2019).

Dentre os profissionais que devem ter um olhar atento e holístico para o homem, enfatiza-se os profissionais de enfermagem que devem englobar o acolhimento e acesso, dentro da consulta de enfermagem sobre os fenômenos da saúde do homem, por meio do Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SANTOS, *et al.*, 2019).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões que envolvem a saúde do homem perpassam por vários obstáculos, sejam eles: sociais, econômicas, de políticas públicas, políticas de saúde, conhecimento dos profissionais assistentes sobre PNAISH, dentre outros.

Desta forma esta pesquisa visa contribuir com informações a cerca da saúde da população masculina e fornecer dados que possam cooperar com a assistência, trazendo um ponto de reflexão sobre as internações da população masculina, contribuindo com a política de saúde do homem, enquadrada no eixo temático “doenças prevalentes na população masculina”, apontando dados nacionais e internacionais sobre o tema.

Desta forma foi possível alcançar os objetivos propostos pelos pesquisadores, apesar das limitações que este estudo apresenta, já que existem viés a serem avaliados e levados em consideração, mas acredita-se o estudo possa contribuir para a saúde da população masculina, sendo necessária estudos futuros que avalie cada grupo de doenças e faixa etária, separando-os em categorias e subcategorias, visto que os dados podem sofrer variáveis dentro de cada grupo/idade devido as doenças descritas.

Almeja-se que estudos futuros avaliem a qualidade de vida da população masculina por meio de políticas e ações voltadas para esse público. Mesmo com o surgimento da PNAISH a mais de 10 anos, ainda é um tema escasso, e precisa-se pensar em programas de saúde para este público, pois conforme observado nesse estudo, assim como em outros, o número de doenças e as vulnerabilidades variam de faixa etária e localização.

Necessita-se de mais debates no meio acadêmico e na sociedade civil para que seja criada novas políticas/programas que atendam a população masculina e a sua heterogeneidade para a formação de uma sociedade mais consciente e inclusiva como previstos no SUS e na constituição federal, respeitando e ofertados direitos igualitários para a população.

Desejamos que os representantes políticos fortaleçam a APS já que é tem se mostrado efetividade na redução das internações na execuções e ações de cuidado com a população seja no nível nacional e internacional, necessitando de mais investimentos e expansão para atender todos.

10. REFERÊNCIAS

ALVES, A. DO N.; COURA, A. S.; FRANÇA, I. S. X. DE; *et al.* Access of first contact in the primary health care: an evaluation by the male population. **Ver Bras Epidemiol.** São Paulo-SP, v. 23, e200072, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>.

AFFLECK, W.; *et al.* Social Determinants and Implications for Services. **Can J Psychiatry.** v. 63, n. 9, p. 581-589, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0706743718762388>. Acesso em: 16 jul 2022.

BARBOZA, R.; ROCHA, A. T. da S. Acesso da população masculina aos serviços de saúde: alguns caminhos para o enfrentamento de vulnerabilidades. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde,** v. 12, n. 2, p. 192-195, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-272/2002.** Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE- nas Instituições de Saúde Brasileiras. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília-DF, 2009d. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html Acesso em 7 de jan. 2020.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 159/1993 – Revogada pela Resolução Cofen nº 0544/2017.** Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília-DF, 1993. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html Acesso em: 7 de jan. 2020.

_____. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 - Rio de Janeiro - indicadores municipais.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunRJ.def>. Acesso em: 18 de set. 2020.

_____. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Nota Técnica CNES - Recursos Físicos- Hospitalar- Leitos de Internação- Rio de Janeiro.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, set. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintRJ.def>. Acesso em: 18 de nov. 2020.

_____. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS: Ministério da Saúde. Rio de Janeiro-RJ. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2020/11/assistencia-hospitalar>. Acesso em: 26 nov. 2020.

_____. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão – SEPLAG. Subsecretaria de Planejamento – SUBPL. Municípios em Dados. Brasília-DF, set. 2010. Disponível em: <http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/uuid/dDocName%3AWCC197713>. Acesso em 01 maio 2021.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social-AEPS**. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. Brasília-DF: MF/DATAPREV, v.24, p.1-908, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação 2020**. Brasília-DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2020>. Acesso em 01 de mar. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Brasília-DF, 2008b. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/04/AEPS-2017-abril.pdf> Acesso em: 07 de jan. 2021.

_____. Sub chefia para Assuntos Jurídicos. **LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República Casa Cível, Brasília-DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 de jan. 2021.

BRITO, A. K. DE O. L.; FEITOSA, N. L. S.; ALMEIDA, A. F. V. DE; *et al.* Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, v. 2, n. 2, p. 191-195, 2016. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/73/47>. Acesso em 10 out. 2020.

CÔBO, V. DE ALMEIDA; FABBRO, A. L. DAL; PERREIRA, A. C. S. P., *et al.* Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200008. Acesso em 27 jun. 2022.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Second Edition. Berkeley, CA: University of California Press. 2005.

CONNELL, R. W; Messerschmidt, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>

DANIELS J, *et al.* Masculinity, resources, and retention in care: South African men's behaviors and experiences while engaged in TB care and treatment. **Soc Sci Med**. v. 270:113639, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113639>.

DÁZIO, E. M. R.; ZAGO, M. M. F.; FAVA, S. M. C. L. Use of alcohol and other drugs among male university students and its meanings. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 785-791, set./out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600011>

DE CARVALHO, A. W. *et al.* Assistência intensiva a pessoas com insuficiência cardíaca descompensada na prevenção e tratamento do edema agudo pulmonar. **Rev Estação Científica**. Juiz de Fora-MG, ed. 24, jun./dez. 2020.

DE LIMA, A. C. M. G. *et al.* Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. **Rev Esc Enferm USP**. v.31, n. 53:e03414. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042103414>

DOS SANTOS, K. C.; *et al.* Men's health care: construction and validation of a tool for nursing consultation. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 3: e20190013, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0013>

DRUCK, S.; CARVALHO, M. S.; CÂMARA, G. *et al.* Análise espacial de dados geográficos. **Planaltina: Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária**. Planaltina-DF, p. 208. 2004.

GOMES, G. G. C.; BISCO, N. C. B.; PAULO, M. F.; *et al.* Perfil epidemiológico da Nova Doença Infecciosa do Coronavírus -COVID-19 (Sars-Cov-2) no mundo: Estudo descritivo, janeiro-junho de 2020. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba-PR, v. 3, n. 4, p. 7993-8007, jul./aug. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-064>

LIMA, Á. M.; *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1785, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1785. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1785>. Acesso em: 15 jul. 2022.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília-DF, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>

MENDONÇA, C. S.; LEOTTI, V. B.; DIAS-DA-COSTA, J., *et al.* Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**. United Kingdom-UK, v. 32, n. 10, p. 1368–1374, dec. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx103>

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J. *et al.* The PRISMA Group (2009) Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e metanálises: The PRISMA Statement. **PLoSMed**, v.6, nº 7, jul. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

MORENO, V. del S.; MENÉNDEZ-ASENJO, A. A.; HERNÁNDEZ, A. M. C., *et al.* Análisis de la influencia del proceso asistencial de la atención primaria de salud sobre la ocurrencia de hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. **Aten.Primaria**. España-ES, v. 28, n. 2, p. 102-109, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.013>

OLIVEIRA, C. A. X. DE; CORREA, A. C. DE P.; E SILVA, L. A.; *et al.* Epidemiological profile of male mortality: contributions to nursing. **Cogitare Enferm**, Paraná-PA, v. 22, n. 2, e49724, abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49742>

PAULA, P. R.; VADOR, R. M. F.; BARBOSA, F. A. F. Desafios do enfermeiro da atenção básica na saúde do homem. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p.112127-112144 dec. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n12-143>

PARAUTA, T.C.; DA SILVA, J.S.; DE LIMA, G. T. C.; *et al.* Saúde sexual de homens de 25 a 59 anos na atenção primária à saúde. **Cienc. enferm**, p. 20-20, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100216>

PERES, K. C., *et al.* Vaccines in Brazil: historical analysis of the Sanitary registration. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11 p. 5509-5522, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.13932021>

PEREIRA, M. P. B.; SALES, A. L. P.; JÚNIOR, X. S. DE S. DE S. Avanço da covid-19 no estado da paraíba e perfil dos pacientes que foram a óbito nos primeiros quarenta e cinco dias de casos registrados. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p. 231 - 242, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia0054641>

RIBEIRO, J. S. B. Brincadeiras de meninas e de meninos: socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. **Cadernos Pagu**. Campinas-SP, n. 26, p. 145-168, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332006000100007>

RIBEIRO, M. R.; REBOUÇAS, L. C. C.; JESUS, C. S. de; RIBEIRO, R. M. C. *et al.* Mortality from external causes in the state of bahia, 2015-2019. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e17211225675, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25675>

ROSA, D. F.; CARVALHO, M. V. DE F.; PEREIRA, N. R. *et al.* Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 299-306, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>

SANTOS, F. M. dos *et al.* Admissions due to ambulatory care-sensitive conditions (ACSC): an analysis based on socio-demographic characteristics, Brazil and regions, 2010 to 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220012.2>. Acesso em 15 jul. 2022

SANTOS, L. M. DOS. “Fale como homem!”: a masculinidade no ambiente escolar. 2020, 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Inclusão e Diversidade na Educação) **Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**, Santo Antônio de Jesus-BA, 2020. Disponível em: http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/2215/1/TCE_Luan%20Menezes%20dos%20Santos.pdf Acesso em: 28 out. 2020.

SANTOS, K. M. R. dos; OLIVEIRA, L. P. B. A. de; FERNANDES, F. C. G. de M., *et al.* Hospitalizations due to primary care sensitive conditions in a population of older adults in the state of Rio Grande do Norte from 2008 to 2016. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro-RJ, v. 22, n. 4, e180204, set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180204>

SILVA, C. D.; *et al.* Percepção da comunidade lgbt com relação ao serviço de saúde de Valença-RJ. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Cianorte – Paraná, v. 32, n.3, p.33-37, 2020. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em 15 jul. 2022.

SCOTT, J. W. *Prefácio a Gender and Politics of History*. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 3, p. 11–27, 1994. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1721>. Acesso em: 04 de jul. 2022

SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, p.71-99, 1995.
Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>

SOUSA, M. B. C.; JÚNIOR, L. DA C. G.; RODRIGUES, M. DE S. Cultura do contentamento e resistência masculina: perspectivas da atenção básica à saúde em Augustinópolis/TO. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 16, p. 456-471, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2953>. Acesso em: 15 jan. 2022

SOUZA, W. M. DE.; BUSS, F. F.; CANDIDO, D. DA S.; *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. **Nat Hum Behav**. Califórnia-CA, v. 4, p. 856-865, aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0928-4>

VASCONCELOS, I. C. B DE L.; PRESTES, J. Y DO N.; RIBEIRO, R. R. S. *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde do homem e os desafios de sua implementação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 9, p. 16340-16355, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/BJDV5N9-185>

VASCONCELOS, M. I. O.; *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE- Revista de Políticas Públicas**. 1 - v.17, n.01, p.65-73, Jan./Jun. – 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare>. Acesso em 15 jul. 2022.

ANEXO 01

Quadro 1- Doenças Passíveis de Prevenção pela Atenção Primária

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50B
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média suprativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou Crônica	J140
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44

9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes mellitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: BRASIL, 2008.

APÊNDICE A

Quadro 01- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Centro-Sul Fluminense

Região Centro-Sul Fluminense			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Areal	11647	12054	12572
Comendador Levy Gasparian	13336	13628	14002
Engenheiro Paulo de Frontin	3841	4011	4119
Mendes	18286	18430	18614
Miguel Pereira	25129	25309	25538
Paraíba do Sul	42078	43048	44285
Paty do Alferes	26933	27301	27769
Sapucaia	18025	18114	18228
Três Rios	78585	80000	81804
Vassouras	35122	35902	36896
Total:	261.335	277.797	283.827

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022

Quadro 02- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Costa Verde

Região Costa Verde			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Angra dos Reis	172832	186446	203785
Mangaratiba	37327	40468	44468
Paraty	38268	40422	43165
Total:	75.595	267.336	291.418

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022

Quadro 03- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Baixadas Litorâneas

Região das Baixadas Litorâneas			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Araruama	114427	122331	132400
Armação dos Búzios	28100	30638	33870
Arraial do Cabo	28034	29053	30349
Cabo Frio	189913	206015	226525
Cachoeiras de Macacu	55473	56998	58937
Casimiro de Abreu	36039	39621	44184
Iguaba Grande	23296	25502	28310
Maricá	129893	143666	161207
Rio Bonito	56664	58219	60201
Rio das Ostras	107750	126629	150674
São Pedro da Aldeia	89541	96109	104476
Saquarema	75748	81651	89170
Silva Jardim	21767	21770	21774
Total:	956.645	1.038.202	1.142.077

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022

Quadro 04- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Médio Paraíba

Região do Médio Paraíba			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Barra do Pirai	96666	98296	100374
Barra Mansa	180414	182172	184412
Itatiaia	29347	30428	31805
Pinheiral	23185	24052	25156
Pirai	26728	27849	29277
Porto Real	16917	18134	19683
Quatis	13044	13597	14302
Resende	122115	126173	131341
Rio Claro	17815	18129	18529
Rio das Flores	8720	8969	9284
Valença	73228	74677	76523
Volta Redonda	263737	267816	273012
Total:	871.916	890.292	913.698

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022

Quadro 05- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Metropolitana

Região Metropolitana			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Belford Roxo	489901	499140	510906
Duque de Caxias	871840	892844	919596
Guapimirim	52237	55878	60517
Itaboraí	222057	230208	240592
Itaguaí	115919	123439	133019
Japeri	97363	100620	104768
Magé	232127	237820	245071
Mesquita	171675	173622	176103
Nilópolis	160509	161378	162485
Niterói	497114	504358	513584
Nova Iguaçu	800482	809563	821128
Paracambi	48207	49989	52257
Queimados	140665	144911	150319
Rio de Janeiro	6444270	6565059	6718903
São Gonçalo	1019314	1048133	1084839
São João de Meriti	467659	469747	472406
Seropédica	74902	78161	82312
Tanguá	31452	32709	34309
Total:	11.937.693	12.177.579	12.483.114

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022

Quadro 06- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Noroeste Fluminense

Região Noroeste Fluminense			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Aperibé	10413	11005	11759
Bom Jesus do Itabapoana	36078	36526	37096
Cambuci	15424	15460	15505
Italva	14339	14721	15207
Itaocara	23348	23298	23234
Itaperuna	97746	100155	103224
Laje do Muriaé	7634	7511	7355
Miracema	27369	27283	27174
Natividade	15377	15351	15317
Porciúncula	17779	18249	18847
Santo Antônio de Pádua	41384	41866	42479
São José de Ubá	6833	6981	7171
Varre-Sai	9990	10434	11000
Total:	323.714	328840	335368

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022

Quadro 07- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Norte Fluminense

Região Norte Fluminense			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Campos dos Goytacazes	473158	488283	507548
Carapebus	13591	14783	16301
Cardoso Moreira	12847	12837	12823
Conceição de Macabu	21616	22324	23228
Macaé	210804	230978	256672
Quissamã	20650	22432	24700
São Fidélis	38279	38450	38669
São Francisco de Itabapoana	42164	42182	42205
São João da Barra	33047	34391	36102
Total:	866.156	906660	958248

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022

Quadro 08- Total da População dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, da Região Serrana

Região Serrana			
Município	Total por ano		
	2010	2014	2019
Bom Jardim	25829	26540	27446
Cantagalo	20218	20198	20172
Carmo	17608	18174	18895
Cordeiro	20830	21312	21926
Duas Barras	11144	11297	11492
Macuco	5372	5472	5599
Nova Friburgo	185624	187825	190631
Petrópolis	301568	303601	306191
Santa Maria Madalena	10523	10471	10404
São José do Vale do Rio Preto	20648	21153	21795
São Sebastião do Alto	9069	9196	9357
Sumidouro	15203	15388	15623
Teresópolis	166954	173833	182594
Trajano de Moraes	10491	10550	10626
Total:	821.081	835010	852751

Fonte: BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20 dez. 2022