



## Mortalidade masculina a partir de condições sensíveis à atenção básica na perspectiva da política nacional de saúde

Male mortality from conditions sensitive to primary care from the perspective of the national health policy

Mortalidad masculina por condiciones sensibles a la atención primaria en la perspectiva de la política nacional de salud

Cácia Régia de Paula<sup>1</sup>, Bruno Bordin Pelazza<sup>2</sup>, Karynne Borges Cabral<sup>1</sup>, Flávio Henrique Alves de Lima<sup>1</sup>, Ludmila Grego Maia<sup>1</sup>, Reila Campos Guimarães de Araújo<sup>1</sup>, Yolanda Rufina Condorimay Tacsí<sup>1</sup>, Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira<sup>3</sup>, Marcos André Matos<sup>4</sup>, Maria Alves Barbosa<sup>4</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a tendência da mortalidade masculina e sua relação com as condições sensíveis à atenção primária (CSPCs), considerando a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Métodos:** Estudo ecológico da série temporal de óbitos masculinos na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo CSPC de 2009 a 2018. A relação entre mortalidade por CSPC e cobertura da ESF foi quantificada pela correlação de Spearman. A tendência do número de óbitos foi ajustada por modelos de regressão univariada quase-Poisson. **Resultados:** As CSPC foram responsáveis por 1.092.070 (19,2%) óbitos nos municípios, com variação anual de -4,89% a 3,06% e não apresentaram relação significativa com a cobertura média da ESF ( $r < 0,09$ ;  $p < 0,160$ ). A cobertura da ESF apresentou tendência de aumento significativo [IC 95%; 1,03-1,09]. A tendência de óbitos nos grupos de estudo por CSPCs foi geralmente estável ( $\text{Exp}(\beta) = 1,01$ ;  $p > 0,593$ ). **Conclusão:** A ampliação da cobertura da ESF e a implantação da PNAISH em todos os municípios do estado de Goiás não influenciaram a taxa de óbitos por CSPC em geral.

**Palavras-chave:** Mortalidade, Atenção primária à saúde, Saúde do homem, Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess male mortality trend and its relationship with conditions sensitive to primary care (CSPC), considering Family Health Strategy (FHS) coverage and Brazilian National Policy for Comprehensive Men's Health Care (PNAISH) implementation. **Methods:** This is an ecological time series study of male deaths, aged 20 to 59 years, according to CSPC, from 2009 to 2018. **Results:** The relationship between CSPC mortality and FHS coverage was quantified by Spearman's correlation. The trend in the number of deaths was adjusted by univariate Quasi-Poisson Regression models. CSPC accounted for 1,092,070 (19.2%) deaths in the municipalities, with an annual variation from -4.89% to 3.06% and did not show a significant relationship with mean FHS coverage ( $r < 0.09$ ;  $p < 0.160$ ). FHS coverage showed a significant upward trend [95% CI; 1.03-1.09]. The trend of deaths in the study groups due to CSPC was generally stable ( $\text{Exp}(\beta) = 1.01$ ;  $p > 0.593$ ). **Conclusion:** FHS coverage expansion and the fact that PNAISH was implemented in all municipalities in the state of Goiás did not influence death rates due to CSPC in general.

**Keywords:** Mortality, Primary health care, Men's health, Quality indicators health care.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Jataí. Jataí – GO.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Guarapuava - PR.

<sup>3</sup> Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la tendencia de la mortalidad masculina y su relación con las condiciones sensibles de la atención primaria (CSPC), considerando la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y la implementación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH). **Métodos:** Estudio ecológico de la serie temporal de muertes de hombres de 20 a 59 años, según CSPC de 2009 a 2018. La relación entre mortalidad CSPC y cobertura de ESF se cuantificó mediante la correlación de Spearman. La tendencia en el número de muertes se ajustó utilizando modelos de regresión univariados cuasi-Poisson. **Resultados:** El CSPC fue responsable por 1.092.070 (19,2%) muertes en los municipios, con una variación anual de -4,89% a 3,06% y no mostró relación significativa con la cobertura media de la ESF ( $r < 0,09$ ;  $p < 0,160$ ). La cobertura del FSE mostró una tendencia a un aumento significativo [IC 95%; 1.03-1.09]. La tendencia de muertes en los grupos de estudio por CSPC fue generalmente estable ( $\text{Exp}(\beta) = 1,01$ ;  $p > 0,593$ ). **Conclusión:** La ampliación de la cobertura de la ESF y la implementación del PNAISH en todos los municipios del estado de Goiás no influyeron en la tasa de muertes por CSPC en general.

**Palabras clave:** Mortalidad, Atención primaria de salud, Salud del hombre, Indicadores de Calidad de la atención a salud.

## INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade masculina estão diretamente relacionadas, à masculinidade tóxica, na qual, ancorados em uma postura machista tradicional, construída no contexto social e cultural e retroalimentada, o homem, se vê invulnerável ao adoecimento, e, por conseguinte, distantes dos serviços de saúde (OLIVEIRA J, et al., 2017; COELHO EBS, et al., 2018).

A essa configuração cultural, soma-se ainda, a inabilidade das políticas de saúde pública em absorver as demandas desse grupo populacional. Embora vários países têm discutido especificidades de políticas de saúde para homens, até o momento, somente o Brasil, Austrália, Reino Unido e Irlanda implementaram formalmente tais políticas (BRASIL, 2009; GRIFFITH DM, 2016; TEO CH, et al., 2015; RICHARDSON N e SMITH JA, 2011; ESMILZADE H, et al., 2016; BAKER P, 2018; BAKER P, 2019). Sendo que no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída em 2009 (BRASIL, 2009), sendo implantada oficialmente no Estado de Goiás em 2015 (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2015).

Mesmo considerando que a PNAISH esteja estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso e adesão da população masculina com idade de 20 a 59 anos, a programas de saúde, permanece baixo e com insuficientes investimentos financeiros (BRASIL, 2009; GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2015). No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável pelo primeiro contato da população com os serviços de saúde. E tem potencial para responder de 75 a 85% das condições de saúde de uma comunidade, principalmente quando consideradas as características e diversidades da população assistida (ALVES A, et al., 2020; MACINKO J e MENDONÇA C, 2018; OPAS, 2020).

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são condições clínicas ou doenças que podem ser controladas e reduzidas na APS, quando esta é acessível e eficaz. Envolve prevenção e continuidade do cuidado (BRASIL, 2008). Indicadores das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), desenvolvidos nos Estados Unidos, têm sido úteis para avaliar os serviços de saúde e, objeto de estudos, que buscam aferir tanto a efetividade da APS, como todo sistema de saúde, afim de identificar necessidades de investimento, áreas de prioridades e para prever gastos. Sua utilização aponta possíveis barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) e monitora a efetividade e desempenho dos serviços de saúde, além de avaliar o resultado de ações e políticas desenvolvidas a partir dos problemas de saúde encontrados/notificados (GONZÁLEZ-VÉLEZ AE, et al., 2019; BRASIL, 2008).

Sabe-se que a taxa de mortalidade masculina no mundo é maior quando comparada a de mulheres (WHO, 2019). Além disso, as taxas de mortalidade masculina permanecem elevadas e em ascensão. Essa condição associa-se ao fato de que o homem possui dificuldades de acesso aos serviços de saúde, muitas vezes criados por ele próprio (GONZÁLEZ-VÉLEZ AE, et al., 2019; SARMENTO J, 2020; BRASIL, 2008).

Assim, acredita-se que explorar as informações associadas à mortalidade de homens de 20 a 59 anos por causas evitáveis e sensíveis a Atenção Primária, pode elucidar lacunas existentes na gestão das políticas públicas de saúde, voltadas para a população masculina e auxiliar gestores públicos na elaboração e efetivação de novas estratégias. Portanto, o presente estudo objetivou avaliar a tendência da mortalidade masculina e sua relação com as condições sensíveis à atenção primária (CSAP), considerando a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

## MÉTODOS

Estudo ecológico analítico, da série temporal de óbitos masculinos de homens com idade de 20 a 59 anos, ocorridos no Estado de Goiás, no período de 2009 a 2018. Os dados foram coletados no período de junho e julho de 2020. Os dados referentes aos óbitos por CSAP, por ano, foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados no portal eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Considerou-se variáveis de interesse para esse estudo: Sociodemográficas (sexo masculino na faixa etária de 20 a 59 anos - idade de cobertura pela PNAISH e o município de residência); Epidemiológicas (implantação da PNAISH no município (sim / não), população residente do município, óbito por CSAP, ano do óbito e cobertura da ESF). Foram incluídos no estudo, os registros de óbitos de pessoas do sexo masculino, com idade entre 20 a 59 anos, residente no Estado de Goiás e, que tiveram diagnóstico médico, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), compatíveis com Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP). E que tais condições estivessem descritas como CSAP, conforme a Portaria GM/MS nº. 221 de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008).

Excluiu-se do estudo, registros de pessoas do sexo masculino, que tiveram como causa óbito, condições clínicas não sensíveis a atenção primária e os registros dos óbitos relativos a pessoas do sexo feminino. Os dados da população residente nos municípios goianos foram obtidos com base nas estimativas populacionais disponíveis no site do DATASUS (BRASIL, 2020b). Quanto às informações relacionadas à implementação municipal da PNAISH, estas foram extraídas de documentos oficiais e públicos tais como: Relatórios Anuais de Gestão, Planos Plurianuais e Planos Anuais de Saúde de cada município, ano a ano, no período de 2009 a 2018, disponíveis no sítio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGUS) e no site oficial da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2020e; GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2019).

Nessa pesquisa, adotou-se como município com política de atenção à saúde do homem implantada, aqueles, cujos documentos oficiais e públicos continham informações de que o município possuía coordenação específica relacionada à saúde do homem e/ou realizava ações equivalentes às descritas na PNAISH no âmbito da ESF. E para a análise da situação de cobertura da ESF de cada município, foram utilizados dados anuais fornecidos pela Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde brasileiro, com base na situação registrada no mês de dezembro de cada ano. As informações estão disponíveis na plataforma e-Gestor (BRASIL, 2020d). Após a coleta dos dados, os achados foram tabulados no Programa Tabwin versão 4.15, e posteriormente transferidos para o software R versão 3.6.1 para análise estatística.

Na análise descritiva da cobertura da ESF, que é uma variável percentual e, portanto, numérica utilizou-se medidas de posição, tendência central e dispersão. Para o cálculo da tendência da cobertura da ESF, ajustou-se o modelo de regressão logística, levando em consideração o percentual de cobertura total e desta maneira, avaliamos se ao longo do tempo existiu tendência de aumento da cobertura da ESF. Para verificar a tendência da cobertura utilizou-se o modelo:  $\text{Prob}(\text{Cobertura}=\text{Sim}) = \frac{\text{Exp}(\beta_0 + \beta_1 \text{Tempo})}{1 + \text{Exp}(\beta_0 + \beta_1 \text{Tempo})}$ .

Na análise dos óbitos e população residente foram calculados os totais por ano e por outras variáveis de interesse. Para melhor interpretação dos achados, foram utilizados os totais absolutos e relativos. Para o cálculo das taxas de mortalidade por CSAP utilizou-se o seguinte método de cálculo: nº de óbitos pela causa

específica de CSAP, em determinado local e período / População total do mesmo local e período x 1.000. Além disso, para avaliar a tendência ao longo do tempo foi verificado o coeficiente de variação ano a ano, que permitiu em percentual avaliar o quanto as taxas cresceram ou decresceram. Quanto a verificação da tendência do número de óbitos por CSAP, no período entre 2009 e 2018 foram ajustados modelos univariados de regressão de quase-Poisson para cada grupo de condição e, para avaliar a qualidade do ajuste desta regressão quase-Poisson utilizou-se o pseudo R2 de Nagelkerke. Para o cálculo da regressão de cada grupo de óbito por CSAP foi utilizado a equação:  $Y = \exp(\beta_0 + \beta_1 \text{Tempo})$ .

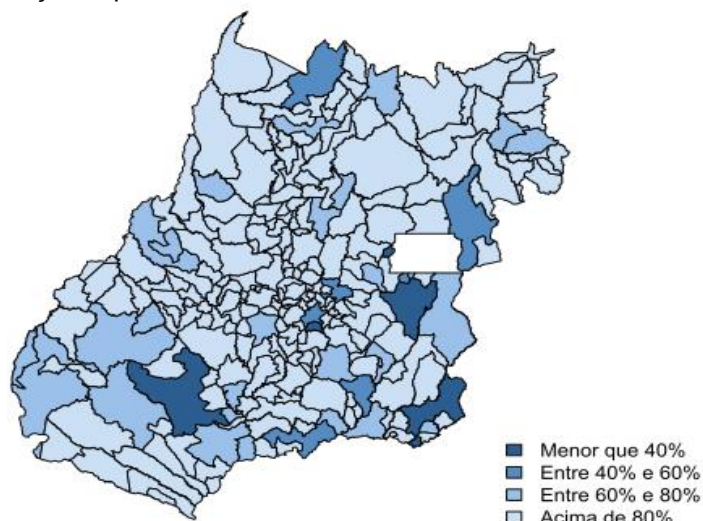
Esse modelo foi ajustado para cada grupo de óbito por CSAP, dessa forma para o primeiro modelo o Y foi óbitos por CSAP geral, o segundo Óbitos por doenças preveníveis, e assim suscetivelmente até realizar o cálculo para o último grupo de óbitos por CSAP, neste estudo foi úlcera gastrointestinal. Considerou-se tendências de mortalidade por CSAP estacionárias ( $p > 0,05$ ), declinantes ( $p < 0,05$  e coeficiente de regressão negativo) ou ascendentes ( $p < 0,05$  e coeficiente de regressão positivo). Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes. Para verificar a relação entre as taxas de mortalidade por CSAP com a cobertura da ESF utilizou-se a correlação de Spearman. A correlação de Spearman é uma medida limitada entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1 maior a correlação negativa e quanto mais próximo o coeficiente estiver de 1 maior a correlação positiva. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

Os dados relacionados a cobertura e aos óbitos foram utilizados para analisar a espacialização. Para a elaboração dos mapas temáticos foram usados softwares do Sistema de Informações Geográficas-SIG, utilizando-se dados tabulares e os limites municipais do IBGE - Malha Municipal Digital. Por se tratar de um estudo ecológico analítico de série temporal, realizado com dados secundários, obtidos em sistema público e de livre acesso, não demandou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está implantada em todos os 246 municípios goianos. No último ano avaliado (2018), somente 179 (88,6%) municípios, realizaram alguma ação relacionada à saúde do homem, embora, a população masculina apresentou crescimento de 19,04% (2.018.036) em relação ao primeiro ano avaliado (1.695.139). A **Figura 1**, demonstra que uma parcela dos municípios investigados não apresentava cobertura da ESF superior a 80% da população, haja vista, que 5 (2,0%) municípios apresentaram menos de 40%; 7 (2,8%) tiveram entre 40% e 60% e 27 (11,0%) entre 60% e 80% de cobertura da ESF. Houve tendência significativa de aumento [IC 95%; 1,03 - 1,09] da cobertura ESF, com média anual de aumento de apenas 6% [3%; 9%] de cobertura total.

**Figura 1** - Distribuição espacial da cobertura média da ESF, 2009-2018, Goiás, Brasil, 2021.

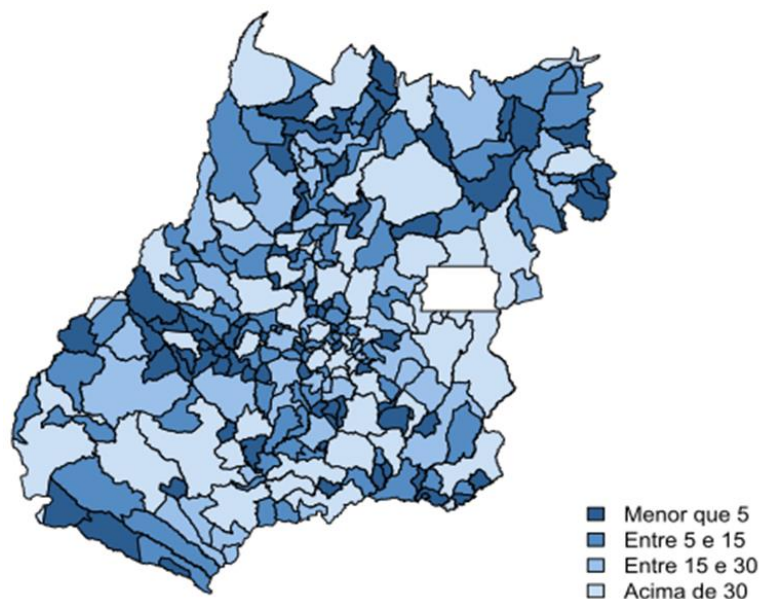


**Nota:** e-Gestor – Atenção Básica, 2020. **Fonte:** Paula CR, et al., 2023.



Ao longo dos anos avaliados, ocorreram um total de 363.776 óbitos (femininos e masculinos) nos serviços de saúde, públicos e privados. Destes, 59,7% foram do sexo masculino (217.085). Do total de óbitos ocorridos no período (363.776), 24,3% (88.324) foram atribuídos a CSAP, dos quais, 45.926 (52%) se referem a pessoas do sexo masculino. Sendo que, 8.877 (19,3%) dos óbitos por CSAP ocorreram em homens com idade entre 20 a 59 anos. A **Figura 2** mostra a distribuição espacial dos óbitos masculinos por grupo de CSAP entre as faixas etárias de 20 a 59 anos. Em 32% dos municípios investigados, houve entre 5 e 15 óbitos, e em 29,7% houve menos de 5 óbitos.

**Figura 2** - Distribuição espacial dos óbitos masculinos por grupo CSAP, idade 20-59 anos, 2009-2018. Goiás, Brasil, 2021.



**Nota:** DATASUS, Ministério da Saúde, 2020. **Fonte:** Paula CR, et al., 2023.

Esse estudo evidenciou taxa absoluta (por 1.000 habitantes) de mortalidade por CSAP de (8.877; taxa: 0,477) com variação ano a ano de -4,89% a 3,06%. Considerando a taxa de mortalidade no período analisado, tem-se que os sete grupos com maiores taxas de mortalidade foram: diabetes mellitus (DM) (2.026; 0,109); doenças cerebrovasculares (1.621; 0,087); hipertensão arterial sistêmica (HAS) (1.169; 0,063); insuficiência cardíaca (IC) (1.014; 0,054), doenças pulmonares (876; 0,047), úlcera gastrointestinal (482; 0,026) e epilepsia (466; 0,025). Houve 101 (0,005) óbitos por deficiências nutricionais. O grupo que apresentou a menor taxa de mortalidade foi o grupo anemia (8;<0,001). Ressalta-se que, dos 17 grupos de CSAP, as doenças possíveis de prevenção por meio de imunização e condições sensíveis ocupou o oitavo lugar no ranking, com (368; 0,020) óbitos (**Tabela 1**).

A tendência dos óbitos de homens de 20 a 59 anos por CSAP em geral foi de estabilidade ( $\text{Exp}(\beta):1,01$ ;  $p>0,593$ ). Observamos também, tendência de estabilidade para os grupos de causas: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis ( $p:0,380$ ;  $\beta:1,03$ ); gastroenterites infecciosas e complicações ( $\text{Exp}(\beta):0,94$ ;  $p:0,143$ ); anemia ( $\text{Exp}(\beta):0,88$ ;  $p:0,402$ ); deficiências nutricionais ( $\text{Exp}(\beta):0,98$ ;  $p:0,605$ ); infecções de ouvido, nariz e garganta ( $\text{Exp}(\beta):1,21$ ;  $p:0,086$ ), doenças pulmonares ( $\text{Exp}(\beta):1,02$ ;  $p:0,405$ ), angina ( $\text{Exp}(\beta):0,90$ ;  $p:0,187$ ), doenças cerebrovasculares ( $\text{Exp}(\beta):0,98$ ;  $p:0,421$ ); DM ( $\text{Exp}(\beta):1,03$ ;  $p:0,158$ ) e úlcera gastrointestinal ( $\text{Exp}(\beta):0,98$ ;  $p:0,434$ ) (**Tabela 2**).

Destaca-se aumento dos óbitos nos grupos: pneumonias bacterianas ( $\text{Exp}(\beta):1,12$ ;  $p:0,002$ ), asma ( $\text{Exp}(\beta):1,10$ ;  $p:0,050$ ), HAS ( $\text{Exp}(\beta):1,05$ ;  $p:0,019$ ), epilepsias ( $\text{Exp}(\beta):1,07$ ;  $p:0,007$ ), infecção no rim e trato urinário ( $\text{Exp}(\beta):1,09$ ;  $p:0,043$ ) e infecção da pele e tecido subcutâneo ( $\text{Exp}(\beta):1,10$ ;  $p:0,031$ ), sendo que em média a cada ano que se passou, ocorreu aumento de 12% [4%; 20%]; 10% [0%; 20%], 5% [1%; 9%], 7% [2%; 12%], 9% [0%; 19%] e 10% [1%; 21%], respectivamente, nos óbitos destes grupos.

**Tabela 1** - Taxa de mortalidade por grupo de CSAP no sexo masculino, idade 20-59 anos, 2009-2018. Goiás, Brasil, 2021.

Grupo CSAP/ano		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
1. Doenças evitáveis por imunização e condições sensíveis	Mortes	33	30	34	40	31	38	42	37	41	42	368
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,019	0,017	0,019	0,022	0,017	0,020	0,022	0,019	0,021	0,021	0,020
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-11,01%	10,78%	15,17%	-24,04%	20,24%	8,49%	-13,47%	8,93%	0,83%	--
2. Infecções e complicações de gastroenterite	Mortes	7	8	19	9	13	9	10	11	6	2	94
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,004	0,005	0,011	0,005	0,007	0,005	0,005	0,006	0,003	0,001	0,005
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	11,87%	132,15%	-53,63%	41,57%	-32,09%	9,06%	8,05%	-46,38%	-67,19%	--
3. Anemia	Mortes	2	2	0	0	1	0	1	1	0	1	8
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,001	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-2,12%	--	--	--	--	--	-1,77%	--	--	--
4. Deficiências nutricionais	Mortes	12	10	11	8	10	10	13	11	6	10	101
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,007	0,006	0,006	0,004	0,005	0,005	0,007	0,006	0,003	0,005	0,005
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-18,43%	7,52%	-28,81%	22,51%	-1,91%	27,60%	-16,88%	-46,38%	64,04%	--
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	Mortes	1	0	2	1	0	0	0	3	4	2	13
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,001	0,000	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,002	0,002	0,001	0,001
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	--	--	-51,05%	--	--	--	--	31,07%	-50,79%	--
6. Pneumonia bacteriana	Mortes	10	11	28	25	16	25	21	32	32	39	239
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,006	0,006	0,016	0,014	0,009	0,013	0,011	0,016	0,016	0,019	0,013
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	7,67%	148,81%	-12,60%	-37,27%	53,27%	-17,55%	49,68%	-1,70%	19,96%	--
7. Asma	Mortes	6	6	9	7	4	8	5	7	12	16	80
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,004	0,003	0,005	0,004	0,002	0,004	0,003	0,004	0,006	0,008	0,004
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-2,12%	46,62%	-23,86%	-44,00%	96,19%	-38,65%	37,52%	68,52%	31,23%	--
8. Doenças pulmonares	Mortes	90	72	77	77	89	95	88	98	98	92	876
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,053	0,042	0,043	0,043	0,048	0,050	0,046	0,050	0,049	0,046	0,047
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-6,9%	4,53%	-2,11%	13,28%	4,71%	-9,08%	9,39%	-1,70%	-7,60%	--
9. Hipertensão	Mortes	88	93	99	104	134	125	139	115	151	121	1169
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,052	0,054	0,056	0,057	0,073	0,066	0,072	0,059	0,076	0,060	0,063
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	3,45%	4,05%	2,83%	26,28%	-8,50%	9,15%	-18,73%	29,07%	-21,13%	--

Grupo CSAP/ano		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
10. Angina	Mortes	3	5	1	1	3	2	2	1	1	2	21
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,002	0,003	0,001	0,001	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	63,14%	-80,45%	-2,11%	194,03%	-34,60%	-1,84%	-50,89%	-1,70%	96,85%	--
11. Insuficiência cardíaca	Mortes	144	142	100	115	108	99	80	87	70	69	1014
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,085	0,082	0,056	0,064	0,058	0,053	0,042	0,045	0,035	0,034	0,054
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-3,47%	-31,16%	12,57%	-7,96%	-10,08%	-20,68%	6,82%	-20,91%	-2,98%	--
12. Doenças cerebrovasculares	Mortes	175	163	175	164	168	159	176	159	143	139	1621
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,103	0,094	0,099	0,091	0,091	0,084	0,092	0,081	0,072	0,069	0,087
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-8,83%	4,94%	-8,26%	0,40%	-7,16%	8,65%	-11,26%	-11,59%	-4,33%	--
13. Diabetes mellitus	Mortes	160	173	177	216	209	198	233	222	223	215	2026
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,094	0,100	0,100	0,119	0,113	0,105	0,121	0,114	0,112	0,107	0,109
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	5,84%	0,01%	19,46%	-5,17%	-7,07%	15,51%	-6,41%	-1,26%	-5,11%	--
14. Epilepsia	Mortes	32	29	43	39	54	48	53	56	59	53	466
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,019	0,017	0,024	0,022	0,029	0,025	0,028	0,029	0,030	0,026	0,025
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-11,29%	44,93%	-11,22%	35,70%	-12,81%	8,38%	3,79%	3,57%	-11,58%	--
15. Infecção renal e do trato urinário	Mortes	13	13	17	17	20	12	20	19	24	33	188
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,008	0,008	0,010	0,009	0,011	0,006	0,010	0,010	0,012	0,016	0,010
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-2,12%	27,82%	-2,11%	15,30%	-41,14%	63,59%	-6,68%	24,17%	35,33%	--
16. Infecção de pele e tecido subcutâneo	Mortes	6	7	9	8	6	15	18	17	12	13	111
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,004	0,004	0,005	0,004	0,003	0,008	0,009	0,009	0,006	0,006	0,006
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	14,20%	25,67%	-12,99%	-26,49%	145,23%	17,79%	-7,23%	-30,61%	6,63%	--
17. Úlcera gastrointestinal	Mortes	45	59	61	47	39	57	44	39	40	51	482
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,027	0,034	0,034	0,026	0,021	0,030	0,023	0,020	0,020	0,025	0,026
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	28,34%	1,06%	-24,58%	-18,67%	43,37%	-24,23%	-12,93%	0,82%	25,49%	--
Total	Mortes	827	823	862	878	905	900	945	915	922	900	8877
	Taxa <sup>1</sup> (por 1000)	0,488	0,475	0,487	0,485	0,490	0,478	0,493	0,469	0,464	0,446	0,477
	Varição <sup>2</sup> (%)	--	-2,59%	2,38%	-0,29%	1,02%	-2,45%	3,06%	-4,89%	-0,95%	-3,92%	--

**Nota:** <sup>1</sup>Taxa de mortalidade de acesso (por 1.000); <sup>2</sup> Varição da taxa de mortalidade ano a ano. DATASUS, Ministério da Saúde, 2020.

**Fonte:** Paula CR, et al., 2023.

**Tabela 2** - Tendência do número de óbitos por grupo de CSAP, 2009-2018. Goiás, Brasil, 2021.

Grupo	Exp ( $\beta$ )	95% CI	R <sup>2</sup> (%)	Valor p	Interpretação
Mortes devido a CSAP gerais	1,01	[0,97; 1,06]	0,4	0,593	Estabilidade
Óbitos por doenças evitáveis por imunização e condições sensíveis	1,03	[0,96; 1,1]	0,2	0,380	Estabilidade
Óbitos por gastroenterite infecciosa e complicações	0,94	[0,86; 1,02]	0,6	0,143	Estabilidade
Mortes por anemia	0,88	[0,66; 1,18]	1,0	0,402	Estabilidade
Mortes por deficiências nutricionais	0,98	[0,91; 1,05]	0,0	0,605	Estabilidade
Mortes devido a infecções de ouvido, nariz e garganta	1,21	[0,97; 1,51]	2,7	0,086	Estabilidade
Mortes por pneumonia bacteriana	1,12	[1,04; 1,2]	2,2	0,002	Aumento
Mortes por asma	1,10	[1; 1,2]	1,0	0,050	Aumento
Mortes por doenças pulmonares	1,02	[0,97; 1,08]	0,2	0,405	Estabilidade
Mortes por hipertensão	1,05	[1,01; 1,09]	1,0	0,019	Aumento
Mortes por angina	0,90	[0,77; 1,05]	0,9	0,187	Estabilidade
Mortes por insuficiência cardíaca	0,92	[0,87; 0,98]	2,6	0,008	Redução
Óbitos por doenças cerebrovasculares	0,98	[0,94; 1,03]	0,2	0,421	Estabilidade
Óbitos por diabetes mellitus	1,03	[0,99; 1,08]	0,6	0,158	Estabilidade
Mortes por epilepsia	1,07	[1,02; 1,12]	1,0	0,007	Aumento
Mortes devido a infecções renais e do trato urinário	1,09	[1; 1,19]	1,2	0,043	Aumento
Óbitos por infecção da pele e tecido subcutâneo	1,10	[1,01; 1,21]	1,3	0,031	Aumento
Mortes por úlcera gastrointestinal	0,98	[0,92; 1,03]	0,1	0,434	Estabilidade

**Nota:** DATASUS, Ministério da Saúde, 2020.

**Fonte:** Paula CR, et al., 2023.



Dentre os grupo de CSAP, somente Insuficiência cardíaca apresentou tendência a redução na taxa de mortalidade ( $\text{Exp}(\beta)$ : 0,92;  $p$ :0,008), sendo observado decréscimo de 8% [2%; 13%] em média a cada ano (**Tabela 2**). Não houve relação entre as taxas de mortalidade por CSAP na população estudada e a cobertura média da ESF nos municípios goianos ( $p < 0,160$ ;  $r < 0,09$ ). Quando estratificada por grupo de causas, observou-se relação significativa e negativa ( $p < 0,050$ ;  $r < -0,28$ ) entre a cobertura média da ESF e as taxas de mortalidade masculina na faixa etária de 20 a 59 anos, nos seguintes grupos: doenças evitáveis por imunização e condições sensíveis; infecção e complicações da gastroenterite, deficiência nutricional; infecção de ouvido, nariz e garganta; asma; angina; epilepsia; infecção renal e do trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; e úlcera gastrointestinal (**Tabela 3**).

**Tabela 3** - Correlação de Spearman entre óbito masculino por grupo CSAP e média ESF, 2009-2018. Goiás, Brasil, 2021.

Taxa / Grupo	Cobertura Média ESF	
	$r^1$	Valor $p$
Taxa de mortalidade devido a CSAP gerais	0,09	0,160
Taxa de mortalidade por doenças evitáveis por imunização e condições sensíveis	<b>-0,25</b>	<b>0,000</b>
Taxa de mortalidade por gastroenterite infecciosa e complicações	<b>-0,26</b>	<b>0,000</b>
Taxa de mortalidade por anemia	-0,06	0,330
Taxa de mortalidade por deficiências nutricionais	<b>-0,19</b>	<b>0,003</b>
Taxa de mortalidade por infecções de ouvido, nariz e garganta	<b>-0,26</b>	<b>0,000</b>
Taxa de mortalidade por pneumonia bacteriana	-0,10	0,129
Taxa de mortalidade por asma	<b>-0,28</b>	<b>0,000</b>
Taxa de mortalidade por doenças pulmonares	0,09	0,140
Taxa de mortalidade por hipertensão	-0,08	0,203
Taxa de mortalidade por angina	<b>-0,14</b>	<b>0,028</b>
Taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca	-0,05	0,450
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares	-0,02	0,795
Taxa de mortalidade por diabetes mellitus	0,02	0,802
Taxa de mortalidade por epilepsia	<b>-0,13</b>	<b>0,038</b>
Taxa de mortalidade por infecções renais e do trato urinário	<b>-0,25</b>	<b>0,000</b>
Taxa de mortalidade por infecção da pele e tecido subcutâneo	<b>-0,27</b>	<b>0,000</b>
Taxa de mortalidade por úlcera gastrointestinal	<b>-0,17</b>	<b>0,007</b>

<sup>1</sup> Coeficiente de correlação de Spearman. ESF: Estratégia Saúde da Família.

**Nota:** DATASUS, Ministério da Saúde, 2020; e-Gestor- Atenção Primária, 2020.

**Fonte:** Paula CR, et al., 2023.

## DISCUSSÃO

Embora, todos os municípios avaliados, tenham implantado a PNAISH, apenas 88,6% realizaram intervenções específicas dessa política, nos últimos anos do estudo, demonstrando necessidade de investimentos que contemplem as especificidades do sexo masculino e estratégias de avaliação dessa política. A taxa de óbitos masculina (59,7%) foi superior a feminina (40,2%), acompanhando a tendência mundial. Ressalta-se que, 19,3% dos óbitos nos homens foram por CSAP (WHO, 2019; KOCHANNEK KD, et al., 2019; GRIFFITH DM, et al., 2019; CONASS, 2020).

Estudo realizado em 2017, corrobora com os achados deste estudo, indicando maior proporção de óbitos por causas evitáveis, na faixa etária de 50 a 59 anos. E podem estar relacionados ao fato de os homens priorizarem suas atividades laborais, em detrimento as medidas relacionadas à saúde, quando adultos jovens. E ainda, a inabilidade dos profissionais de saúde em atender a esse grupo populacional na atenção primária (OLIVEIRA J, et al., 2017).

Evidenciou-se uma tendência crescente na cobertura da ESF nos municípios, embora, se mantenha distante do ideal. Ressalta-se que esse crescimento não ocorreu de maneira uniforme, sendo que parte dos municípios apresentaram cobertura da ESF abaixo de 80%. O que acredita-se refletir na taxa de óbitos por CSAP. A insuficiência de recursos financeiros, compromete a qualidade das ações voltadas para a assistência à saúde do homem. Comumente a gestão local, tende a priorizar áreas que possuem maior orçamento e avaliações governamentais consideradas satisfatórias para a visibilidade do município. Essa tendência, faz com que perpetue o distanciamento da população masculina em relação aos serviços de saúde, mantendo-se mais vulneráveis ao adoecimento (ANDRADE MV, et al., 2021).

Houve variação geográfica no comportamento dos óbitos por CSAP, entre os municípios avaliados, sendo possível identificar áreas de risco, com elevada mortalidade. Essa variação pode relacionar-se aos municípios com baixa cobertura da ESF e/ou ausência de ações voltadas à saúde do homem, mesmo a PNAISH estando implantada em todos os municípios. Esse fenômeno, também pode relacionar-se ao fato de os municípios serem heterogêneos, diferindo entre si em uma série de características, como extensão territorial, densidade populacional, nível de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços de saúde (IMBEES, 2021).

Os principais diagnósticos de óbitos por grupo de CSAP foram: diabetes mellitus; doenças cerebrovasculares; hipertensão; insuficiência cardíaca e doenças pulmonares. Vários estudos apontam resultados semelhantes, o que pode sugerir que o homem, não busca o serviço de saúde com foco na prevenção de doenças e/ou que ainda há dificuldades de acesso aos serviços de atenção primária, pela população masculina (OLIVEIRA J, et al., 2017; KOCHANÉK KD, et al., 2017; GRIFFITH DM, et al., 2019). Observou-se que muitas doenças identificadas como causa dos óbitos masculinos, já possuem políticas públicas de saúde, específicas, instituídas pelo Ministério da Saúde do Brasil, há mais de três décadas. O que demonstra que a criação de políticas públicas de saúde, não é suficiente para alcançar a população masculina e que, as formas de acesso ou divulgação desses serviços, ainda permanecem carentes de estratégias funcionais para que a população masculina a busque ou acesse aos serviços de saúde de forma efetiva.

Os nossos achados apontam para tendência à estabilidade ( $p > 0,593$ ;  $\beta: 1,01$ ) dos óbitos em geral por CSAP ao longo da série estudada. Todavia, em relação aos óbitos por grupos de causas específicas, somente a insuficiência cardíaca, apresentou taxa de redução com uma baixa variação na série estudada. Provavelmente, relacionado à prevenção e controle da doença de chagas, com alta incidência no Brasil Central (BRASIL, 2020a). Contudo, destaca-se a tendência ao aumento de causas de óbitos por pneumonias bacterianas, asma, hipertensão, epilepsias, infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo. Além da tendência a estabilidade de óbitos por diabetes mellitus.

O fato dos óbitos ocorrerem em idade economicamente ativa para um público-alvo coberto por uma política específica, pode levar a um importante impacto socioeconômico e cultural para o estado avaliado, demonstrando a necessidade de difundir as ações adequadas de forma organizada e planejada de acordo com a análise da situação de saúde dessas localidades e da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, é fundamental que gestores e trabalhadores de saúde realizem constantes avaliações e reprogramações de oferta de serviços de saúde, inerentes ao atendimento da população masculina e suas diversas implicações.

Ademais, óbitos referente ao grupo de doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis aos imunobiológicos, ocupou o oitavo lugar entre os 17 grupos de óbitos por CSAP. Embora, vários estudos demonstrem a eficiência e efetividade do Programa Nacional de Imunização Brasileiro (DOMINGUES CMEAS, et al., 2020). O que pode evidenciar barreiras institucionais relacionadas as questões culturais e modelos de atenção à assistência à saúde para o público masculino. Estudos relacionam obstáculos para a população masculina acessar serviços de saúde, como a vergonha de se expor; a impaciência na espera para o

atendimento; a inexistência de tempo; a falta de resolutividade das suas necessidades de saúde; a gestão centralizada dos serviços; a formação inadequada dos profissionais de saúde; a falta de capacitações apropriadas para fornecer cuidados de saúde de qualidade e a fragmentação dos serviços dispensado aos homens (BAKER P, 2018; BAKER P, 2019; ALVES A, et al., 2020; CESARO BC, et al., 2018; PEREIRA JQ, et al. 2019).

Assim, é imprescindível que a ESF formule meios de assegurar que no primeiro contato do homem com o serviço de saúde, ele seja atendido em suas particularidades, sensibilizando-o para autocuidado e para a corresponsabilização na gestão desses serviços (BAKER P, 2018; BAKER P, 2019; CESARO BC, et al., 2018; PAIVA NETO F, et al., 2020). Nesse sentido, o incentivo à intersectorialidade e transversalidade entre as políticas de saúde pública existentes, pode contribuir para minimizar tais obstáculos e, conseqüentemente as taxas de mortalidade entre homens adultos jovens (BAKER P, 2018; CESARO BC, et al., 2018; PEREIRA JQ, et al., 2019; PAIVA NETO F, et al., 2020).

Países como a Irlanda e Austrália apostaram em estratégias para sensibilização dos homens para o seu bem-estar, autocuidado e gestão dos serviços de saúde, desenvolvendo treinamentos contínuos sobre “Saúde do Homem” e gênero para profissionais de saúde em geral e específicos para enfermeiros da atenção primária, o que pode explicar o sucesso de sua política (OSBORNE A, et al., 2018).

O estudo em tela demonstrou que não houve relação das taxas de mortalidade por CSAP em geral na população investigada dos municípios com a cobertura ESF, ainda que esta cobertura tenha crescido em média 6% ao ano, no período de estudo. A priori, os dados provocam estranheza e leva-nos a questionarmos a efetividade da ESF ou ainda os critérios de avaliação dela. Contudo, há um arcabouço de evidências que comprovam a resolutividade da APS (MACINKO J e MENDONÇA C, 2018; OPAS, 2020; PINTO LF e GIOVANELLA L, 2018; MOROSINI MVGC, et al., 2018).

Portanto, é necessário considerarmos nessa avaliação, que inúmeros são os fatores que contribuem para que o homem permaneça invisível nos e/ou pelos serviços de saúde, que vão desde vulnerabilidades individuais até as sociais e programáticas.

É preciso mencionar a descontinuidade das políticas e as mudanças estruturais em programas já consolidados, uma vez que o Brasil, de 2016 até os dias atuais, tem passado por um período de grande fragilidade política e econômica decorrente de mudanças nas regras trabalhistas, agravadas pelo contexto pandêmico vivido mundialmente, o que pode representar ameaças aos modelos atuais de gestão do SUS (SANTOS I e SULPINO VF, 2018; MACHADO CV e SILVA GAE, 2019). No que tange a esses aspectos, parece ser oportuno que a sociedade como um todo se posicione para proteger o atual sistema de saúde brasileiro e que haja avanços em estudos que avaliem o impacto da APS sobre os níveis de saúde da população.

É importante considerar que a existência de subnotificações dos óbitos e a alimentação incorreta do sistema de informação de mortalidade, pode interferir sobre os dados produzidos nesse estudo. Contudo, o olhar sobre os óbitos da população masculina por CSAP permite-nos refletir sobre as ações da APS e o quanto ainda precisamos melhorar os nossos serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

As taxas de mortalidade por CSAP na população avaliada, parecem não estar diretamente relacionadas com a implantação da PNAISH. Apesar da tendência crescente de cobertura da ESF, as taxas gerais de mortalidade por CSAP, não estão relacionadas à cobertura da ESF, embora, seja bastante inferior a preconizadas pelos órgãos governamentais brasileiros. Ademais, o estudo também verificou que houve aumento das taxas de mortalidade por CSAP nos grupos de doenças por pneumonias bacterianas, asma, HAS, epilepsias, infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo. E a análise espacial demonstrou variação no comportamento dos óbitos por CSAP da população em estudo. Já as análises de tendências temporais dos óbitos por CSAP, em geral, na população deste estudo, apontam para a estabilidade dessas taxas no período investigado.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES A, et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. *Rev Bras Epidemiol*, 2020; 23: e 200072.
2. ANDRADE MV, et al. Correction: Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998–2012). *PLoS One*, 2021; 16(5): e0251764.
3. BAKER P. Men's health: hora de uma nova abordagem. *PhysTher Ver*, 2018; 23:144 -50.
4. BAKER P. Uma estratégia europeia de saúde masculina: aqui finalmente. *Tendências Urol Saúde Masculina*, 2019; 10:21-4.
5. BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Demográficas e Socioeconômicas. Ministério da Saúde (BR), 2020c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsys/cnv/popbr.def>.
6. BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Ministério da Saúde (BR), 2020b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/>.
7. BRASIL. Portaria n. 221/SAS de 17 de abril de 28. Define uma lista de condições para atenção primária brasileira. Ministério da Saúde (BR), Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html).
8. BRASIL. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 09. Instituto 20 não é escopo do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ministério da Saúde (BR), 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html).
9. BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). e-Gestor Atenção Básica. Ministério da Saúde (BR), 2020d. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
10. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril – Dia Mundial. *Bol Epidemiol. Ministério da Saúde (BR)*, 2020a; 51 (n. esp.):1-43. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.
11. BRASIL. Sistema de apoio ao relatório de gestão - SARGSUS. Ministério da Saúde (BR), 2020e. [https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=52&codTpRel=01&SARGSUS\\_TOKEN=DERU-5626-KBZX-8CZY-11XO-9VTN-E46C-9NFL](https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=52&codTpRel=01&SARGSUS_TOKEN=DERU-5626-KBZX-8CZY-11XO-9VTN-E46C-9NFL).
12. CESARO BC, et al. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. *Rev Panam Salud Publica*, 2018; 42: e 119.
13. COELHO EBS, et al. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPoliticas-2018.pdf>.
14. CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil em 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>.
15. DOMINGUES CMAS, et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36: e 00222919.
16. ESMAILZADE H, et al. Elaborando um documento nacional de política de saúde do homem: os desafios atuais para a saúde do homem no Irã. *Saúde do Homem Int J*, 2016; 15: 174-93.
17. GONZÁLEZ-VÉLEZ AE, et al. Taxas de internação em condições sensíveis à atenção ambulatorial para emergências na Colômbia. *Rev Saúde Pública*, 2019; 53: 36.
18. GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Boletim da Saúde do Homem. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (BR), 2019. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/informativos/saude-homem/BOLETIMABRIL2019.pdf>.
19. GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Lei nº 19.034, de 07 de outubro de 2015. Dispõe sobre a implantação da política estadual de atenção integral à saúde do homem no âmbito do estado de Goiás. 2015. Disponível em: <https://diariooficial.abc.go.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/571/#/p:1/e:571>.
20. GRIFFITH DM, et al. O boletim de saúde dos homens do tennessee: um modelo para advocacia e educação de políticas de saúde dos homens. *Am J Mens Health*, 2019; 13:1557988319882586.
21. GRIFFITH DM. Abordagens biopsicossociais à pesquisa e política de disparidades na saúde dos homens. *Comportamento Med*, 2016; 42: 211-5.
22. INSTITUTO MAURO BORGES DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (IMBEES). 2021. Disponível em: <https://www.imb.go.gov.br/files/docs/publicacoes/goias-em-dados/godados2017.pdf>.
23. KOCHANNEK KD, et al. Mortes: dados finais para 2017. *Natl Vital Stat Rep*, 2019; 68:1 -77.
24. MACHADO CV e SILVA GAE. Lutas políticas por um universal de saúde no Brasil: sucessos e limites na redução das desigualdades. *Saúde Global*, 2019; 15: 77.

25. MACINKO J e MENDONÇA C. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. 2018; 42: 18 -37.
26. MOROSINI MVGC, et al. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 2018; 42:11-24.
27. OLIVEIRA J, et al. Perfil epidemiológico da mortalidade: contribuições para enfermagem. *Cogitare Enferm*, 2017; 22 (2): e 49724.
28. OPAS. Organização pan-americana da saúde. Atenção primária à saúde. OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>.
29. OSBORNE A, et al. Do treinamento à prática: o impacto do ENGAGE, o programa nacional de treinamento em saúde do homem da Irlanda. *Int. de Promoção da Saúde*, 2018; 33:458 -67.
30. PAIVA NETO F, et al. Dificuldades do autocuidado masculino: discursos de homens participantes em um grupo de educação para a saúde. *Saúde Coletiva*, 2020; 16: e 2250.
31. PEREIRA JQ, et al. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. *Saúde e Sociedade*, 2019; 28:132-46.
32. PINTO LF e GIOVANELLA L. Do programa à estratégia de saúde: expansão do acesso às internações por definição e redução da atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23: 1903-14.
33. RICHARDSON N e SMITH JA. Políticas nacionais de saúde do homem na Irlanda e na Austrália: quais são os desafios associados à transição do desenvolvimento para a implementação?. *Saúde pública*, 2011; 125: 424-32.
34. SANTOS I, et al. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro na perspectiva internacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2018; 23:2303-14.
35. SARMENTO J, et al. Definindo condições sensíveis ao atendimento ambulatorial para adultos em Portugal. *BMC Health Serv Res*; 2020; 20: 754.
36. TEO CH, et al. Um consenso sobre o estado e a política de saúde dos homens na Ásia: uma pesquisa Delphi. *Saúde pública*, 2015; 129:60-7.
37. WHO. Estatísticas mundiais de saúde 2019: monitoramento da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.