

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

PRISCILA HENRIQUE BUENO DOS SANTOS

**HOMEM INVISÍVEL: A ANÁLISE DA SAÚDE DO HOMEM A PARTIR
DO ESTUDO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS

2014

PRISCILA HENRIQUE BUENO DOS SANTOS

**HOMEM INVISÍVEL: A ANÁLISE DA SAÚDE DO HOMEM A PARTIR
DO ESTUDO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

2014

PRISCILA HENRIQUE BUENO DOS SANTOS

**HOMEM INVISÍVEL: A ANÁLISE DA SAÚDE DO HOMEM A PARTIR
DO ESTUDO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Florianópolis, 18 de julho de 2014

BANCA EXAMINADORA

Keli Regina Dal Prá

Prof^a. Dr^a. Departamento de Serviço Social – UFSC
Presidente

Marco Aurelio da Ros

Prof. Dr. Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – UNIVALI
1º Examinador

Michelly Laurita Wiese

Prof^a. Dr^a. Departamento de Serviço Social – UFSC
2ª Examinadora

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela oportunidade maravilhosa de ingressar e concluir uma graduação e por seu infinito amor!

Especialmente aos meus amados pais, Clovis Henrique Bueno e Maria Lúcia da Silva Bueno. É gratificante ser filha de vocês, pois sei que além de um pai ganhei um amigo, um parceiro, um *Pastor*, um exemplo de fé. E além de uma mãe, ganhei uma *flower*, uma cúmplice, um exemplo de mulher virtuosa. Obrigada por todas as formas de afeto e por todo apoio demonstrado nesse período! Amo vocês!

À minha amada irmã Damaris Bueno Venâncio e ao meu cunhado preferido Juliano Venâncio. Difícil ficar/estar longe de vocês. Dama, quão profundo o amor e a amizade que tenho por você! Juliano, você é o nosso *querido*, uma das pessoas mais dedicadas que eu conheço! Vocês são muito admirados e amados!

À minha grande família paulista. Avós, tios, primos [...]. A saudade de vocês sempre me acompanhou, mas isso só demonstra “como é grande o meu amor por cada um de vocês”. Sei que torceram e torcem muito por mim. Obrigada pelo apoio de sempre! Amo vocês!

Ao meu fiel companheiro, Marcos Rogério dos Santos. Deus não poderia ter colocado alguém melhor que você para caminhar comigo e cuidar de mim! Obrigada *Moh*! Saiba que ter seus abraços é o que me conforta, amado de minha alma. Eu te amo pra sempre!

À amada Igreja Jardim das Oliveiras. Ambiente onde aprendi o que é a verdadeira comunhão. Agradeço a Deus pela vida de cada irmão em Cristo que ganhei. Vocês fazem parte da minha família da fé! Obrigada por tudo o carinho!

À minha melhor amiga, Sabrina Augustinho. Não há palavras para descrever a intensidade da nossa amizade! Você é insubstituível na minha vida! Obrigada por caminhar comigo deste sempre! Te amo muito!

À minha grande amiga Karina Kempner e ao pequeno Kaio Kempner. É maravilhoso ter vocês dois na minha vida. Sempre prontos a ouvir, aconselhar e abraçar! Eu sempre estarei ao lado de vocês porque os amo imensamente! Obrigada por tudo!

A melhor companhia que eu poderia querer na graduação, Juliana Pires Fritzen. Meu grupo de afinidade de dois, presente lindo que Deus colocou no meu caminho. Obrigada *Miguís*, por dividir comigo tantas histórias e sentimentos. Pela amizade sincera e acolhedora. Sei que este é só o início de uma longa amizade! Te amo... E não me esquece nunca!

Aos professores e colegas da graduação. Foi maravilhoso esse tempo que estivemos juntos, pois a troca de experiência contribuiu imensamente com a minha formação acadêmica e pessoal.

Especialmente à minha professora querida Micheline Ramos de Oliveira. Foi através dela que me apaixonei por Antropologia Social e iniciei a descoberta sobre o tema saúde do homem. Obrigada por ter sido uma excelente professora e amiga.

À minha professora e orientadora, Keli Regina Dal Prá. Admiro você desde o primeiro momento e foi por isso que persisti para tê-la como minha orientadora. Obrigada pela paciência, pelos conselhos e principalmente por confiar em mim.

Por fim, agradeço aqueles que de modo geral acompanharam minha trajetória acadêmica e sabem o significado dela para mim. Obrigada a todos!

SANTOS, Priscila Henrique Bueno dos. **Homem Invisível: A análise da Saúde do Homem a partir do estudo de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Florianópolis.** Monografia (Graduação em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral analisar como a Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Florianópolis tem se organizado de forma a desenvolver estratégias e ações para cumprir as diretrizes preconizadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de 2008. Através de revisão bibliográfica buscou-se entender por que a saúde do homem pode ser considerada como um tema invisível para a APS e para os profissionais de saúde. A invisibilidade da saúde do homem ocorre devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro. Resistentes à prevenção e ao autocuidado, chegam aos serviços de saúde tardiamente, tendo como porta de entrada a atenção especializada. Paralelamente, o sistema público de saúde tem priorizado a saúde de crianças, mulheres e idosos, deixando de lado uma parcela significativa da população masculina, representada por 52 milhões de pessoas, com idade entre 20 a 59 anos. Assim, utilizou-se a pesquisa qualitativa, analisando os dados colhidos em entrevista semiestruturada com a gestão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e a pesquisa hemerográfica que constitui a base de dados e informações obtidas através da mídia digital, especialmente, através de diferentes *sites* que publicaram informações quanto ao surgimento da PNAISH no Brasil e que relataram o evento conhecido como Novembro Azul no mundo, no país e na cidade de Florianópolis. Com este trabalho espera-se dar maior visibilidade à saúde do homem.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. SUS.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento
CEPSH – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS – Centro de Saúde
DE – Disfunção Erétil
DS – Distrito Sanitário
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FAS – Fundo de Apoio Social
HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MEC – Ministério da Educação
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PES – Plano Estadual de Saúde
PET – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH – Política Nacional de Humanização
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF – Programa Saúde da Família
PST – Projeto de Saúde no Território
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RBS – Rede Brasil Sul
RH – Recursos Humanos
SAU – Sociedade Americana de Urologia
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBU – Sociedade Brasileira de Urologia
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SF – Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNS – Serviços Nacionais de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PRESTAÇÃO DA ATENÇÃO, MODELOS HEGEMÔNICOS E PROPOSTAS ALTERNATIVAS 23

QUADRO 2 – DADOS DE ABRANGÊNCIA DS CENTRO (2011) 66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE (1950-1991) 41

TABELA 2 – PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE, TOTAL E RESPECTIVA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO E SEXO, SEGUNDO AS GRANDES REGIÕES (2011) 41

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS	64
FIGURA 2 – MAPA DISTRITO SANITÁRIO CENTRO	65

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, CARACTERÍSTICAS E ABORDAGENS.....	17
2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	20
2.3 O PROGRAMA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
2.4 DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.....	35
3. A SAÚDE DO HOMEM EM DISCUSSÃO	38
3.1 HOMEM E SAÚDE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	38
3.2 QUESTÃO DE GÊNERO E ACESSO DOS HOMENS À SAÚDE.....	42
3.2.1 Conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.....	51
4. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: APONTAMENTOS A PARTIR DA MÍDIA E DA REALIDADE DA UBS ESTUDADA	54
4.1 CRIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	54
4.2 PERCURSO METODOLÓGICO	61
4.2.1 Bases teórico-metodológicas da pesquisa.....	61
4.2.2 Procedimentos de coleta de dados	62
4.2.3 Cenário da pesquisa: UBS de estudo.....	67
4.2.4 Sujeitos da pesquisa.....	68
4.2.5 Técnicas de pesquisa e coleta de dados	69
4.3 A SAÚDE DO HOMEM APÓS A IMPLANTAÇÃO DA PNAISH: APONTAMENTOS A PARTIR DA MÍDIA E DA REALIDADE DA UBS ESTUDADA	70
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	92
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	92
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista – Coordenação da UBS estudada	93

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como tema central a questão da saúde do homem. Esta temática perpassa a discussão do Serviço Social e também outras áreas do conhecimento, como a Antropologia, a Enfermagem, a Sociologia, a Medicina, entre outras. Porém, por compreender a importância da discussão e com a falta de aparatos teóricos elaborados pelo Serviço Social, é que se buscou, através de pesquisa documental, entrevista semiestruturada e pesquisa hemerográfica, apresentar a discussão acerca da saúde do homem na APS, no município de Florianópolis.

Compreende-se a relevância deste tema, pois um dos campos de atuação do Assistente Social é a área da saúde, compondo assim as equipes de saúde. Verifica-se a necessidade de se aprimorar e ampliar tal discussão, visto que as doenças e agravos que envolvem a população do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2008).

Segundo Matos e Bravo (2004), cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do Assistente Social que tenha como norte o Projeto Ético Político Profissional, precisa, necessariamente, estar articulado ao projeto da Reforma Sanitária.

A motivação da discussão da saúde do homem surgiu durante a graduação em Serviço Social realizada na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especificamente com a realização da disciplina de Antropologia Social I, posteriormente, com a participação no PET Saúde da Família (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) e com o período de Estágio Curricular Obrigatório I e II, realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Distrito Sanitário (DS) Centro.

O objetivo geral deste trabalho foi analisar como a APS, no município de Florianópolis, tem se organizado de forma a desenvolver estratégias e ações para cumprir as diretrizes preconizadas na PNAISH de 2008. A partir disto elencamos dois objetivos específicos, sendo eles: 1. Identificar qual o entendimento que o coordenador da UBS estudada possui sobre a saúde do homem na APS; 2. Identificar quais são as ações e estratégias desenvolvidas na UBS estudada voltadas para a saúde do homem, conforme a PNAISH.

Sendo assim, dispôs-se este trabalho em três seções. A primeira apresenta a trajetória percorrida pela APS no Brasil, visando seus conceitos, abordagens e transformações ao longo do tempo, tendo como ponto de partida a Conferência de Alma-Ata de 1978, perpassando os modelos de atenção à saúde no Brasil, as Ações Integradas de Saúde (AIS), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e outras CNS, a Constituição Federal de 1988, e destacando a formulação do Programa Saúde da Família (PSF), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e a criação do NASF. Nesta seção, ainda discutiram-se os desafios encontrados para consolidar ações voltadas à saúde do homem na APS.

Ressalta-se que a APS constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Ou seja, a APS engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes realizado pelas especialidades básicas da saúde, que são: Clínica Médica; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; Odontologia; Psicologia; Serviço Social e ações de Enfermagem.

Iniciou-se a segunda seção abordando a trajetória histórica da saúde do homem no Brasil, a partir da década de 1970, através de estudos norte-americanos, latino-americanos e brasileiros. Nesta seção são discutidos alguns temas centrais, como: questão de gênero, masculinidade, acessibilidade, perfil epidemiológico da população masculina, a invisibilidade da figura masculina nos serviços de saúde e para finalizar, apresentaram-se alguns conceitos de acesso à saúde.

A terceira seção apresenta a estrutura da PNAISH, bem como sua criação e implementação no país. A PNAISH foi formulada com o objetivo de promover ações de saúde inseridas na linha de cuidado que resguarda a integralidade da atenção e está alinhada à PNAB considerada a porta de entrada do SUS.

Compreende-se que é necessário então fortalecer e qualificar a APS, garantindo a promoção e a prevenção da saúde, tendo em vista que muitos dos agravos de saúde masculina poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, medidas de prevenção na APS.

Em seguida, através da realização de pesquisa hemerográfica e de entrevista semiestruturada, analisou-se como uma UBS de Florianópolis planejou executar ações voltadas para a saúde do homem. Por fim apresentaram-se dados coletados através da mídia sobre um dos eventos mais conhecido no Brasil voltado para a saúde do homem, a campanha chamada de “Novembro Azul”.

Finalizou-se a pesquisa com as considerações finais, momento que permitiu refletir todo o processo de desenvolvimento e efetivação deste trabalho.

SEÇÃO I

2. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS refere-se a um conjunto de práticas individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de Atenção Básica (AB) à Saúde. Atualmente, a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenha em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Este capítulo apresenta um panorama brasileiro da APS, onde se procura discutir conceitos, abordagens e suas transformações ao longo do tempo, destacando-se os atributos de uma APS abrangente. Na sequência é analisada a trajetória histórica das políticas de APS no Brasil, com destaque para o PSF, a PNAB de 2006 e a criação do NASF. Por fim discutem-se os desafios para consolidar a APS e a saúde homem neste nível de atenção.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, CARACTERÍSTICAS E ABORDAGENS

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), os serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, direcionados a cobrir condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, são em geral denominados de APS. Porém, não há uniformidade no emprego da expressão APS, identificando-se três linhas principais de interpretação:

1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3) de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576).

No Brasil, segundo Paim (2008), é mais frequente a utilização do termo “atenção básica” do que “atenção primária”, preservando os termos: “média” e “alta complexidade” para a atenção especializada e para a assistência hospitalar.

Nos países europeus, a APS refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato associados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, que correspondem, frequentemente, a programas seletivos, focalizados, com pouca resolutividade e tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; PAIM, 2008).

Esta combinação tecnológica conhecida como modelo da atenção primária era contraposta ao modelo hospitalocêntrico, alimentando uma crítica político-ideológica com propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviços de saúde. (PAIM, 2008, p. 550-551).

Giovanella e Mendonça (2008) chamavam a APS de “seletiva”, pois abrangiam programas com objetivos restritos, visando cobrir necessidades previamente determinadas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis de atenção secundária e terciária, o que não satisfazia os objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) de 1978.

Na Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978), a APS foi entendida como

atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576).

A Conferência Internacional sobre APS foi deliberada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e realizou-se em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época, uma das repúblicas da União Soviética. Esta Conferência pode ser considerada um marco histórico mundial da APS, pois contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Assis et al. (2007), a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), sintetizou as discussões que se colocaram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim de se adequarem a um nível de saúde para todos, independentemente das distintas origens sociais e econômicas, propondo assim um novo enfoque na organização e racionalização dos recursos disponíveis através dos cuidados primários à saúde.

Nos anos 1970, o relatório do Ministério da Saúde (MS) do Canadá discutia uma nova perspectiva para saúde de seu país, mostrando “a importância do objetivo de prevenção de doenças e da promoção de boa saúde para a população” (GIOVANELLA; MENDONÇA,

2008, p. 578), além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental.

O documento da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), segundo Cueto (2004, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 577) foi aprovado com a adesão da União Soviética, sede da Conferência, e seu apoio financeiro foi tão fundamental quanto todo o movimento do país em defesa da APS pelo mundo. Esta declaração afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.

De acordo com Assis et al. (2007, p. 2), os cuidados primários foram então definidos na Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade”.

Essa abordagem propôs uma abrangência sobre os cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todas as pessoas, como primeiro momento do processo de atenção à saúde, cuja apreensão excederia os limites do setor saúde, na medida em que tais métodos e tecnologias seriam implementados através dos serviços de proteção, prevenção e reabilitação em níveis de atenção que demandam dos vários setores sociais. Ou seja, para Assis et al. (2007) teria que se constituir como alvo, a garantia do acesso à saúde para todos, apresentando a APS como primeiro nível de contato com os serviços, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção.

Destaca-se que a concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) é abrangente, pois a considera como

função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 579).

Nessa percepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. No entanto, integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui: prevenção, promoção, cura e reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), como elemento fundamental do processo permanente de assistência sanitária, a APS inclui: educação, promoção, planejamento familiar, prevenção e controle, entre outros cuidados em saúde. Sendo assim, observa-se que a

APS envolve outros setores além do setor saúde, como por exemplo, a habitação, a indústria, a agricultura etc.

Com relação às características da APS, Starfield (2002, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 583) desenvolveu uma abordagem para assinalar sua abrangência nos países industrializados, determinando os atributos essenciais desses serviços. Essa abordagem reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil considera como características específicas da APS:

a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 583).

Ressalta-se, de acordo com Starfield (2002, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 583), que os serviços de APS devem estar dirigidos para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde e centrando-se na família, para poder avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais.

A adaptação da APS, enquanto estratégia de reorganização do sistema de saúde contrapõe um longo processo social que anuncia as reordenações da sociedade capitalista, da relação entre o Estado e as diferentes origens sociais e econômicas, por meio de políticas sociais e, em particular, de saúde, na luta pelos direitos de cidadania (ASSIS et al. 2007).

Segundo Assis et al. (2007), o amplo desafio para assegurar saúde como direito atrela-se ao entendimento da sociedade como construção histórica e campo de conflitos, que agrupa novos significados, como a própria ideia de democracia enquanto produto da expressão do sentido das ações sociais na esfera pública.

Este entendimento reforça a importância e a necessidade dos sujeitos sociais serem inseridos nos diversos espaços de saúde, onde eles exerçam o controle e a participação social de forma efetiva e emancipatória como cidadãos de direito.

2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), no Brasil, a adesão a proposições de APS adentrou no debate da agenda de reforma setorial em meados da década de 1970, acompanhando o movimento internacional. Porém, seus antecedentes são mais antigos, pois desde a década de 1920, foram inseridos serviços que poderiam ser chamados de primários.

A saúde pública no Brasil tornou-se função estatal na década de 1930, tendo por base práticas normativas de prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias de saúde pública e da organização de serviços rurais de fiscalização. Segundo Hochman e Fonseca (1999, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 595), a coordenação das ações e dos serviços de saúde para a atenção de caráter curativo e individual realizavam-se pela assistência médica urbana, com base em especialidades médicas, por meio de Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP)¹ e do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP)², criados na década de 1920 e 1930, com o surgimento da Previdência Social³ no Brasil. No período do IAP, especialmente durante a ditadura militar (1930-1945), a preocupação da Previdência Social era de caráter contencionista, ou seja, a assistência médica passou a ter papel provisório e secundário (MENDES, 1995).

Observa-se que na década de 1940, as reformas administrativas do Ministério da Educação (MEC) e da saúde pública aprofundaram a centralização e a verticalização das ações de saúde pública a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde (SNS), voltados para doenças específicas, como malária, hanseníase, tuberculose etc., e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O modelo SESP das décadas de 1940 e 1950 para unidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A criação do MS, em 1953, não alterou a dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica, que foi debatida em 1963, na 3ª CNS, em que se confrontaram duas perspectivas:

¹ A CAP era organizada por empresas e administrada e financiada por empresários e trabalhadores (MENDES, 1995).

² “Por falta de uma base atuarial inicia-se, na previdência social brasileira, sob a doutrina do seguro e com orientação economizadora de gastos, a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, estruturados por categorias profissionais”. (MENDES, 1995, p. 21).

³ A Previdência Social Brasileira surge especificamente no ano de 1923, através da Lei Elói Chaves (MENDES, 1995). A Previdência Social surge, de acordo com Retka (2003, s/p), numa perspectiva dualmente assistencialista, através do pagamento de benefício aos trabalhadores e do financiamento da assistência hospitalar. Cabe então ao MS a função de organizar programas sanitaristas campanhistas para controlar as epidemias da época.

uma era unificadora, estruturada em torno de um conjunto de ideias designadas como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra era oriunda do setor securitário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 595).

No ano de 1966 houve a unificação do IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho. A organização desse sistema incorporou os vários órgãos previdenciários anteriores que eram geridos de forma independente e organizados por entidades de classes, como por exemplo, as classes marítimas, bancárias, ferroviárias, entre outras. O principal interesse do Governo nesse período foi de cunho político-eleitoral estabelecendo uma relação direta com os trabalhadores no sentido de adquirir apoio para sustentar o novo regime (RETKA et al. 2003).

Segundo Oliveira e Teixeira (1986, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), nesta época de regime autoritário, acelerou-se o desenvolvimento da prática privada e empresarial da medicina na organização da atenção à saúde dentro da previdência social, ao mesmo tempo se conservavam as práticas campanhistas⁴ isoladas no MS e suas parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Durante a década de 1970, a crise econômica se aprofundou, expondo os percalços da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e as mazelas dos sistemas social e de saúde – situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais que, sem facultar acesso a bens públicos, se expressava em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 595).

Com relação ao acesso, pode-se afirmar que a Previdência Social apresentou um caráter excludente, restringindo sua cobertura aos trabalhadores da economia formal assalariada, esse fenômeno é também conhecido como “universalização excludente” (RETKA et al. 2003; MENDES, 1995).

Nessa fase, de acordo com Giovanella e Mendonça (2008), surgiram algumas experiências sanitárias que conquistavam aos poucos, um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em confronto com o modelo assistencial vigente, conformado por um padrão de consumo e de produção de serviços de alto grau de desenvolvimento tecnológico, controlado pelo setor privado e concentrado nas regiões metropolitanas.

⁴ O sanitarismo campanhista significa “uma visão de inspiração militarista, de combate a doenças de massa [...] com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social”. (MENDES, 1995, p. 20).

Por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva das escolas médicas, desenvolveram-se programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária. Esses departamentos recebiam apoio financeiro de organismos internacionais em articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde, desmascarando a precariedade da oferta pública de cuidados médicos. A partir de então, apareceram novas bases de debate sobre o modelo de atenção vigente e suas alternativas, indicando a urgência de uma reforma setorial no plano nacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Assim, segundo Mendes (1995, p. 34), desde a década de 1970 é possível identificar dois movimentos político-ideológicos:

do ponto de vista político, emergem na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferente que vão conformando dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

O Quadro 1 apresenta os principais modelos de atenção à saúde do Brasil. A primeira coluna expõe a lógica da prestação de atenção, através de demanda ou necessidades; a segunda coluna retrata os modelos de atenção hegemônicos no Brasil. E a terceira coluna exemplifica algumas propostas alternativas (PAIM, 2008).

QUADRO 1 – PRESTAÇÃO DA ATENÇÃO, MODELOS HEGEMÔNICOS E PROPOSTAS ALTERNATIVAS

Prestação da Atenção	Modelos hegemônicos	Propostas alternativas
Demanda	MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO Modelo médico-assistencial privatista Modelo de atenção gerenciada	Oferta organizada Acolhimento
Necessidades	MODELO SANITARISTA Campanhas sanitárias Programas especiais Vigilância sanitária Vigilância epidemiológica Pacs/PSF	Ações programáticas em saúde Vigilância da saúde Estratégia de saúde da família Promoção da saúde (políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis)

Fonte: Paim (2008, p. 568).

Segundo Paim (2008), esses dois modelos predominantes no país não têm considerado o princípio da integralidade⁵, pois, ou estão voltados para a demanda espontânea – no caso do modelo médico hegemônico – ou procuram atender a necessidades que nem sempre se expressam em demanda – no que se refere ao modelo sanitário.

Diante dessas limitações, desde a 8ª CNS

discutem-se problemas identificados na prestação da atenção, entre os quais as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade das ações. Assim, a 10ª CNS, em 1996, teve como tema central “SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida” a 11ª CNS, em 2000, apresentou como um dos subtemas de discussão “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias da saúde”. Já na 12ª CNS, em 2003, o tema foi tratado transversalmente na maior parte dos eixos temáticos. (PAIM, 2008, p. 555).

Assim, para o autor supracitado, diferentes ações têm sido empreendidas, visando superar tais limites e estabelecer modelos de atenção mais coesos com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária brasileira.

Como integrantes do modelo médico hegemônico, podem ser mencionados o modelo médico assistencial privatista⁶ e o modelo de atenção gerenciada⁷. Como exemplos de modelo sanitário, podemos citar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF – que serão detalhados na sequência – as campanhas sanitárias, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica (PAIM, 2008).

Em 1974, devido ao êxito em algumas experiências, a Previdência Social brasileira modificou seu relacionamento com os hospitais de ensino, revendo os convênios entre o Ministério da Educação e Cultura e a Previdência Social quanto à lógica do financiamento e

⁵ Segundo Giovanella et al. (2002 apud PAIM, 2008, p. 552), a integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária a partir de quatro perspectivas, sendo elas: “1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de atenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia de continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças [...]”.

⁶ “Representa a versão mais conhecida do modelo médico hegemônico. É centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. Prestigiado pela mídia, pela categoria médica, por políticos e pela população medicalizada, é o modelo de atenção à saúde mais conhecido no Brasil, apesar de não contemplar o conjunto de problemas de saúde da população”. (PAIM, 2008, p. 556).

⁷ Segundo Merhy (2000 apud PAIM, 2008, p. 557-558), “com o crescimento de cooperativas, medicina de grupo, operadoras de planos de saúde em autogestão e seguro-saúde, esse modelo passa a coexistir, contraditoriamente, com o modelo da atenção gerenciada. Este encontra seus fundamentos na economia (análise de custo-efetividade) e na medicina baseada em evidências, possibilitando a construção de um modo de produção do cuidado centrado em distintos atores sociais: financiadores, provedores, consumidores, captadores de recursos e administradores”.

permitindo às escolas médicas contar com aporte maior de recursos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Donnangelo e Pereira (1976) e Oliveira e Teixeira (1986, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 506), mediante esses novos convênios, as escolas médicas, sobretudo os cursos de medicina integral preventiva e comunitária, projetaram o atendimento médico em comunidades, realizando assim atividades de APS. Ampliando como política social, propostas de reforma da saúde, por meio da prestação de serviços em comunidades urbanas e rurais, abrangendo assim grupos populacionais sem acesso direto ou indireto, via seguro social, de cuidados médicos ou de outros serviços sociais.

Pode-se afirmar que a participação das universidades foi fundamental no desenvolvimento dessas experiências e de sua difusão no setor saúde. A proposta visava

uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não poderia se limitar ao ato isolado de um agente – o médico –, mas deveria buscar a cooperação entre as diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviço social, creches etc. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 596-597).

Dando continuidade, as autoras supracitadas, referem-se às formas como tais práticas se efetivaram no Brasil respondendo a distintas demandas da década de 1970, do ponto de vista da cobertura populacional e da reorientação dos gastos públicos, por meio da interiorização dos serviços de saúde, da hierarquização e da regionalização de atenção médica. Assim abriu-se então o debate nacional para a APS,

quando esta recebia suporte da decisão política traçada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata. Desse modo, a adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou na pauta da agenda brasileira na década de 1970 com base nas experiências relatadas e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 597).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) é financiado com recursos do Fundo de Apoio Social (FAS), administrados pela Caixa Econômica Federal, e destinava recursos tanto à construção de UBS quanto a convênios entre o MS e a Previdência Social, no âmbito federal, e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Já na década de 1980, o governo militar trabalhou para superar a crise política, conjuntamente com MS e a Previdência Social, quando foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE)⁸, visando estender benefícios aos centros urbanos de maior porte e minimizar o efeito da crise previdenciária. A iniciativa propunha a criação de uma rede pública unificada de oferta de serviços, regionalizada e hierarquizada, administrada e financiada pelo estado hegemônico sobre a rede privada (RETKA et al. 2003; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Ressalta-se nesse período, de acordo com Mendes (1995), a 7ª CNS, tendo por tema a implantação de uma rede básica de saúde. Instituiu-se nessa Conferência a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), com o objetivo de coordenar as diversas ações de diferentes ministérios.

Conforme Retka et al. (2003) e Mendes (1995), no ano de 1981, no âmbito previdenciário, se propõe o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)⁹. Segundo Mendonça (1992, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), em 1982, o CONASP teve maior êxito ao considerar demandas de setores sociais emergentes e incorporar novos atores com representação no conselho.

O CONASP passa, então, a tomar medidas de curto prazo e de caráter emergencial, visando a reduzir os gastos, especialmente em atenção hospitalar. Ao mesmo tempo, propõe um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, cujas diretrizes políticas foram aprovadas pela Portaria 3.062, de 23 de agosto de 1982, do ministro da Previdência e Assistência Social. (MENDES, 1995, p. 36).

Uma das principais estratégias do CONASP foram as AIS¹⁰, que estimularam a integração das instituições de atenção à saúde através da definição de uma ação unificada em nível local, por meio do MS, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

⁸ Com base técnica no PIASS e embasamento político da 7ª CNS, surgiu um ambicioso projeto chamando PREVSAÚDE, “encomendado a um grupo técnico interministerial com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e as do setor privado que atendessem a determinados critérios”. (MENDES, 1995, p. 34).

⁹ “Esse conselho teve como finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como identificar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica”. (MENDES, 1995, p. 35-36).

¹⁰ Caracterizam-se como “um programa de atenção médica que se justapunha àqueles tantos outros que as Secretarias Estaduais e Municipais, tradicionalmente, vinham executando na área da saúde pública [...] Introduziram nas instituições públicas, através de mecanismos de compra e venda de serviços, a cultura da atenção médica, reconhecendo o setor estatal como mais um prestador de serviços em condições semelhantes aos prestadores privados”. (MENDES, 1995, p. 38).

Social (INAMPS), das SMS, entre outras (RETKA et al. 2003; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 598).

Na década de 1980 foram lançados paralelamente ao processo de implantação das AIS, dois programas importantes, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Estes eram programas de APS direcionados a grupos específicos que serviram de modelo para programas posteriores de atenção integral, direcionados a grupos de risco, como os idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas, pessoas com hipertensão e diabetes, entre outros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O papel crucial do campo da ‘saúde da mulher’ como exemplo e como catalisador, por seu efeito sobre a organização dos serviços médicos, deve-se, sem dúvida, ao influxo de sua articulação com o movimento feminista, que o engloba e estabelece como ‘questão social’ sobre bases distintas que costumam ser associadas a essa expressão. (GONÇALVES, 1991, p. 106).

As AIS alteram-se para um lugar de “intermediação clientelística onde tinham grande peso relativo às bancadas federais situacionistas”. (MENDES, 1995, p. 38). Porém no ano de 1987, com a instalação da Nova República, é movido para dentro do MS, do INAMPS, e de outras instituições, profissionais originários do movimento sanitário, o que segundo Mendes (1995) constitui certa institucionalização do projeto de Reforma Sanitária.

Esse movimento de inclusão institucional dos sanitaristas tem um lado positivo, o de conhecimento e domínio de instrumentos de governo, mas, em contrapartida, fragiliza os setores acadêmicos formuladores de estratégia contra-hegemônica e determina um certo desvio ao determinar uma relevância relativamente forte do espaço institucional frente às possibilidades de acumulação na sociedade civil de capital político para enfrentamento do projeto neoliberal. (MENDES, 1995, p. 39).

Ainda nos anos de 1980, Mendes (1995) ressalta a conjuntura da fragilidade política do MS e a falta de base legal para as ações concretas entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o INAMPS. Estes formularam um protocolo de intenções para uma política integrada de curto prazo entre MS e MPAS, criando assim o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Com as eleições de 1986 progride o processo de abertura democrática, renovam-se o Congresso Nacional e a Previdência Social, iniciam-se discussões para a promulgação da Constituição Federal de 1988, e a saúde passa a ocupar espaço central nas políticas sociais. “O cenário composto para a aprovação das propostas é misto entre integrantes do Movimento Sanitário (progressistas) e neoliberais (conservadores) comprometidos com o modelo privatista”. (RETKA et al. 2003, s/p). Enfatiza-se que é neste contexto que será incorporado o debate sobre um sistema público de saúde na Constituinte.

No referido ano, foi realizada a 8ª CNS. Esta, segundo Mendes (1995), pode ser considerada como o evento político-sanitário mais importante da década, diferenciando-se das demais. Esta Conferência teve duas características principais:

uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde. As anteriores constituíam colóquios, mais ou menos fechados, entre as burocracias estatais e alguns representantes de grupos de interesses, sem a participação significativa da sociedade civil. Outra, ligada à primeira, refere-se a sua configuração como um processo social que começa com conferências municipais e estaduais, até chegar à nacional. (MENDES, 1995, p. 41-42).

A 8ª CNS foi um espaço de discussão intensa, ampla mobilização política e ideológica dos campos das práticas de saúde, ou seja, constituiu um momento de formulação político-ideológico de um projeto de Reforma Sanitária brasileira (RETKA et al. 2003; GONÇALVES, 1991; MENDES, 1995).

Segundo Retka et al. (2003), apesar de entraves e ressalvas, a 8ª CNS acabou por incorporar muitas de suas propostas na Constituição Federal de 1988 após passar por análise da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e da Assembleia Constituinte. No plano ideológico “rompe-se explicitamente com a concepção do processo saúde-doença e a visão curativista e medicalizante que do modelo médico-assistencial privatista”. (RETKA et al. 2003, s/p).

Segundo Mendes (1995), a Constituinte agrupa um conjunto de princípios e conceitos extraídos da prática corrente e hegemônica, mas apoiando uma nova lógica organizacional referida pela Reforma Sanitária. Portanto, a questão saúde observa alguns aspectos fundamentais:

a) o conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; b) o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; c) a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; d) a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em

cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; e) a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social. (MENDES, 1995, p. 47).

O texto referido a saúde na Constituição Federal de 1988 representou um grande avanço mesmo contendo ambiguidades, pois conseguiu refletir sobre a correlação de forças vista na sociedade brasileira e consentiu o seguimento da luta política entre o projeto neoliberal e o da Reforma Sanitária (MENDES, 1995).

Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) que expressa conquistas contidas na Constituição Federal de 1988 e como complemento surgiu a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), que aborda a garantia da participação popular, entenda-se como controle social, no processo decisório do SUS.

Segundo Retka et al. (2003), uma conquista importante dos movimentos sociais, foi a inclusão da participação popular no processo decisório, sendo gerido em esfera federal pelo MS, estadual por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e em nível municipal pelas SMS.

Por isso, compreender a Reforma Sanitária exige um olhar ampliado para o contexto social brasileiro de luta política dos movimentos sociais, culminando este processo histórico com a vasta produção crítica de diversos pensadores/autores sanitaristas, como: “Cecília Donnangelo, Carlos Gentile de Mello, Eric Jenner Rosas, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Ricardo Lafetá, David Capistrano Filho, Antônio Sérgio da Silva Arouca, Guilherme Rodrigues da Silva” (PAIM, 2009, p. 29) entre tantos outros.

2.3 O PROGRAMA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Na década de 1990, o MS fortaleceu as ações de caráter preventivo como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, através de investimentos em programas de ações básicas, especialmente de promoção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A partir da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 a APS assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, de conjunto de ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Também apontava para a abrangência de novas tecnologias e para alterações nos métodos de programar e planejar essas ações. Uma das mudanças ocorridas por

meio da NOB de 1996 foi a forma dos repasses financeiros, o que aumentou a massa de recursos e instituiu “a transferência automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual e Municipal de Saúde, possibilitando maior autonomia aos estados e municípios para a gestão descentralizada”. (RETKA et al. 2003, s/p).

A Saúde da Família (SF) foi apontada como estratégia, na NOB de 1996, sendo amparada em deliberação no Conselho Nacional de Saúde, que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído. Tal ato normativo

disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra-setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 602).

A formulação do PSF se materializou com a Portaria do MS nº 692, de dezembro de 1993. Inicialmente, o programa foi implantado especialmente em pequenos municípios e conservou o caráter restrito de APS, “com condições de absorver a demanda reprimida de APS, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 601).

A implantação do PSF é considerada um marco nas estratégias de APS e conforme Escorel et al. (2007, p. 164)

a doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS.

Inicialmente, o PSF surge para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, mas aos poucos vai adquirindo centralidade na agenda governamental. Segundo Escorel et al. (2007), desde 1999, o programa passou a ser considerado pelo MS como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, reorientando o modelo assistencial e imprimindo uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

Para Viana e Dal Poz (1998, p. 16), o PSF se organiza em

uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local e, portanto, no processo de descentralização.

Ressalta-se que muitos aspectos da estruturação do PSF foram facilitados pela existência prévia do PACS, por meio de “diagnóstico da saúde da comunidade; planejamento e programação local; complementaridade entre ações de saúde pública e atenção médica individual; estímulo à ação intersetorial; acompanhamento e avaliação”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 603).

Pode-se afirmar então que o PACS é um antecessor do PSF. “Uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde”. (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 18). Outro diferenciador dos programas é que a ação não está apenas centrada na intervenção médica, ou seja, tem-se um enfoque menos reducionista, e outro fator importante são as concepções de integração com a comunidade. Enfatizam-se todos esses elementos por serem centrais e essenciais para a construção do PSF e para a concepção de sua intervenção.

A organização em unidades de Saúde da Família, como modelo de assistência, vai além da prestação de assistência médica individual e deve variar segundo os problemas identificados na área de implantação, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 603).

Analisa-se, na trajetória desses programas, uma forte associação entre sua experimentação e o seu processo de descentralização em diferentes dimensões, como por exemplo, na reorientação do modelo médico-assistencial e na revisão da direção da APS. De tal modo, estes programas possibilitaram às experiências municipais “ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral e contínua da saúde, que transformam gradualmente as práticas sociais em saúde”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 604).

Almeja-se que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; ESCOREL et al. 2007).

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2006), a equipe de saúde deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da APS (BRASIL, 2006; ESCOREL et al. 2007).

O PSF, estabelecido desde a sua origem como um programa característico ligado ao modelo sanitário, foi redefinido posteriormente, como uma estratégia de mudança do modelo assistencial. O programa era caracterizado como uma

estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. (PAIM, 2008, p. 566).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da APS dimensionados por Starfield (2002, apud ESCOREL et al. 2007, p. 165) como: “primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades, e busca romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada”.

A ESF trouxe mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao compor a Equipe de Saúde da Família, que é responsável pela atenção à saúde da população de determinado território, ao deliberar como generalista o profissional médico da APS e ao designar novos profissionais, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todos estes voltados para uma atuação comunitária, o que ampliou a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; ESCOREL, 2007).

A Equipe de Saúde da Família é multiprofissional e composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de cinco a seis ACS. A equipe “é responsável pelo acompanhamento da saúde de seiscentas a mil famílias (média recomendada de três mil pessoas, no máximo quatro mil)”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 605).

Ao se dirigir à população que reside na área de abrangência de suas UBS, as Equipes de Saúde da Família, segundo o MS, devem projetar uma ação contínua e personalizada com apoio no estabelecimento de vínculo e corresponsabilidade entre a população e os profissionais de saúde, além de ênfase na atenção integral (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A trajetória do PSF colaborou para a preservação do papel do Estado brasileiro na organização dos serviços de saúde, ordenando a demanda, direcionando o financiamento e conciliando os interesses organizados em torno da saúde, como já foi mencionado.

Os serviços básicos de saúde permanecem caracterizados pela presença quase absoluta do setor público e pela dependência de sua integração em rede mais ampla, que tenha resolutividade para possibilitar a inclusão da população inserida marginalmente no sistema de produção econômica, tendo em vista a localização geográfica desses serviços em pequenas localidades nas zonas rurais ou em periferias de grandes cidades, principalmente em sua fase inicial de implantação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Para Escorel et al. (2007, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008) a fundação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Contudo, sua implementação foi considerada vagarosa nos grandes centros urbanos, pois se deparou com questões complexas, relacionadas à: concentração demográfica; superior grau de supressão do acesso aos serviços de saúde; agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles; e oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída.

Para Paim (2008), conforme alguns municípios brasileiros aceitaram o PSF como estratégias de mudança de APS e do sistema municipal de saúde acabaram por se aproximar das propostas de vigilância da saúde, oferta organizada e acolhimento, justificando a inserção da SF, se tratando de uma combinação de tecnologias que depende, de uma correlação de forças favoráveis a mudanças.

Assim, em situações adversas, o PSF tende a se apresentar como um programa vertical como qualquer outro. No entanto, quando as forças das mudanças adquirem proeminência em relação às da conservação, o PSF pode se transformar em estratégia. (PAIM, 2008, p. 567).

A partir do ano de 2003 a ESF passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), estratégia negociada pelo MS para vigência de sete anos com financiamento internacional, objetivando organizar e fortalecer a APS nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes). Já em 2006, o MS editou a PNAB pela Portaria Ministerial nº 648/GM, de 28 de março, ampliando seu escopo e a concepção da APS ao agrupar os atributos da APS abrangente, “colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 606-607).

Assim, foram revistas as funções das UBS, considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem PSF –, assim como se sugeriu uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e regularizar a

expansão do processo de educação permanente dos profissionais da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo as autoras supracitadas, a PNAB reconhece a SF como exemplo substitutivo e de reorganização da APS e reforça a necessidade de que a expansão desse modelo garanta a integração à rede de serviços de saúde municipal, organizando o sistema local de saúde e detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de SF, saúde bucal e do PACS.

Com a finalidade de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e expandir a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, a ampliação das ações da APS no Brasil, o MS criou o NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março do mesmo ano (BRASIL, 2009a).

O NASF pode ser considerado uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na APS e na SF. Seus requisitos são – além do conhecimento técnico – a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da SF. Deve estar envolvido com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe NASF.

Cada NASF deve ser constituído por uma equipe com profissionais de diferentes áreas do conhecimento visando atuar em conjunto com os profissionais das equipes de SF, compartilhando e auxiliando nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF (BRASIL, 2009a).

Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (BRASIL, 2009a, p. 7).

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, sendo elas:

ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. (BRASIL, 2009a, p. 7).

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas fundamentais, como o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio.

O NASF é composto por nove áreas estratégicas, são elas:

saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2009a, p. 8).

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF – com foco no território sob sua responsabilidade – deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, suscitando experiência a todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, como por exemplo, estudo e discussão de casos e situações, orientações e atendimento conjunto, entre outros (BRASIL, 2009a).

2.4 DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

A utilização da APS como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação da ESF, seja ampliando o acesso da população aos serviços, seja disponibilizando mais ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se alcance mais equidade, ou seja, melhores resultados em saúde (BRASIL, 2011).

Entre esses desafios, destacamos a valorização da APS na rede de serviços de saúde, o aumento de sua resolutividade e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população. Observa-se que os serviços de emergência são ainda inadequadamente utilizados por grande parcela da população, especialmente pelos homens. Ainda que estas sejam as melhores portas de entrada na ocorrência de emergências, “não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações”. (BRASIL, 2011, p. 31).

O grande desafio que se apresenta para garantir a saúde como direito, vincula-se ao entendimento da sociedade como construção histórica e como campo de conflitos, que incorpora novos significados, como a própria ideia de democracia enquanto produto da expressão do sentido das ações sociais na esfera pública. Este entendimento, conforme Assis et al. (2007), reforça a importância dos sujeitos sociais inseridos nas diversas instituições de saúde, serem capazes de se articularem e cobrarem o atendimento de seus desejos e necessidades.

Abranger e focar a saúde do homem na APS é um desafio às políticas públicas, pois estas não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem. Porém, o maior desafio não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de APS, mas também sensibilizar os homens quanto à importância do cuidado. Segundo Braz (2005, apud ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010), há um preconceito em relação ao gênero masculino, pois a saúde do homem ao longo dos anos foi pouco discutida, implicando o mesmo não ser assistido e nem se cuidar.

Assim, é necessário que os serviços de saúde considerem e encarem esta situação identificando as necessidades de saúde dos homens e intervindo com ações preventivas e de promoção à saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Pode-se afirmar que os serviços de saúde têm uma deficiência em mediar à demanda apresentada pelos homens, pelo fato da organização dos serviços de saúde não estimular o acesso destes homens aos atendimentos primários e porque as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento da população. Assim, um dos desafios é ampliar as estratégias dos serviços de saúde e focar na questão do gênero masculino (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Para mudar esta realidade, o MS apresenta a PNAISH objetivando promover ações de saúde voltadas para a população masculina adulta (BRASIL, 2008). Segundo Schwarz (2012), o grande desafio da PNAISH é o de atender a necessidades individuais e coletivas das diversas populações masculinas, a partir de práticas democráticas e participativas nos três níveis de gestão – federal, estadual e municipal – visibilizando e integrando as especificidades das necessidades das populações masculinas na lógica dos serviços oferecidos, conforme a APS lhe garante e a Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹¹ preconiza.

Outro desafio de uma política voltada para a saúde dos homens é mobilizar a “população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde”. (BRASIL, 2008, p. 7). Para tanto, a PNAISH almeja politizar e sensibilizar os homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que sucedam sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania.

Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do

¹¹ Estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em “arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial”. (BRASIL, 2006, p. 25).

corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização cultural dos homens. Por outro lado, segundo Keijzer (2003 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 8), alguns homens, quando promovem o cuidado de seu corpo, apresentam um extremo fisiculturismo, é quando o cuidado de si se transforma em risco de adoecimentos.

As UBS desempenham um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito, porém efetivar a estas unidades a infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o país ainda está enfrentando (BRASIL, 2012).

Através do processo histórico que vem sendo construído pelas políticas públicas de saúde no Brasil, e diante dos desafios postos, abordaremos na próxima seção, a saúde do homem e a invisibilidade deste nos serviços de saúde, especialmente na APS.

SEÇÃO II

3. A SAÚDE DO HOMEM EM DISCUSSÃO

Esta seção abordará a trajetória histórica da saúde do homem no Brasil, a partir da década de 1970, quando, através de estudos norte-americanos, surgiu a temática “homem e saúde”, até estudos mais recentes como os latino-americanos e brasileiros. Salientamos que nesta seção, será discutido alguns temas centrais, como por exemplo: questão de gênero; masculinidade; perfil epidemiológico da população masculina e invisibilidade da figura masculina no acesso aos serviços de saúde, especialmente os primários.

3.1 HOMEM E SAÚDE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A década de 1970 é considerada um marco dos estudos norte-americanos acerca da temática “homem e saúde”. Os autores Schraiber, Gomes e Couto (2005) indicam que durante as décadas de 1970 e 1980, pesquisadores de diversos campos disciplinares buscaram entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para mulheres e homens. Do ponto de vista histórico, ressaltam-se duas contribuições das ciências sociais apontando o caráter relacional das problemáticas de saúde “o próprio caráter social do adoecimento, em geral, e a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade quando se tratou da saúde das mulheres”. (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 8).

Couterney (2000 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005) aponta como marco inicial dos estudos norte-americanos sobre homens e saúde as análises críticas da década de 1970, com relação ao modelo biomédico. Já para Sabo (2000 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), o pensamento produzido sobre a saúde dos homens nos anos 1970 foi apenas exploratório, tangenciado pela teoria e política feministas e organizava-se conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde. Ou seja, pode-se levantar a hipótese de que os homens que trazem outras demandas ao serviço de saúde não se encaixam no modelo tradicional de masculinidade esperado e, portanto, não são considerados na sua condição masculina, mas como jovens, idosos, homossexuais

(KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Em 1980, segundo Couternay (2000 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 8-9), “tal perspectiva de masculinidade avança de forma mais consistente, observando-se, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades”.

Em período mais recente, “transita-se das teorias de papéis-sexuais para o enfoque de gênero” (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 8), devido à expansão da perspectiva de gênero em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica dos Estados Unidos da América (EUA).

Segundo Gomes e Nascimento (2006), a partir dos anos 1990, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada. A discussão passou a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente. Esta década consolidou elementos de poder, desigualdade e injustiça de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando a outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens.

Keijzer (2003 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 9) adverte que há na América Latina uma quantidade crescente de programas que se voltam para a experiência de homens em relação à sexualidade, reprodução, paternidade, violência ou a própria saúde. O autor avalia que a inclusão da temática “homens e saúde” poderá ter como resultado a participação dos homens no alcance dos objetivos programáticos das organizações de saúde, “deslocando-se da visão tradicional do homem apenas como parte dos problemas para concebê-lo também como parte da solução”.

Os estudos latino-americanos e brasileiros sobre homens e saúde aparecem no final dos anos 1980 e acompanham a tendência dos estudos produzidos na Europa e nos EUA. O estudo de Laurenti (1998) sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, por exemplo, lança um diferencial entre os sexos, principalmente sobre a maior mortalidade masculina em todas as idades, além da sobremortalidade neste sexo para a quase totalidade das causas.

Dados de vários países das Américas relatam que os homens tinham uma expectativa de vida ao nascer menor quando comparada à das mulheres. E que as taxas específicas de mortalidade por faixa etária apontam para uma sobremortalidade masculina em todos os grupos etários. A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra claramente a existência de diferenciais nas características de saúde entre os sexos, além da esperança de vida ao

nascer e em outras idades serem sempre menores entre os homens. Assim sendo, os diferenciais de indicadores de mortalidade entre os sexos mostram uma situação de saúde desfavorável para os homens que carece ser considerada e enfrentada pelos serviços de saúde (LAURENTI, 1998).

O panorama atual do Brasil segue o padrão observado em outros países. Os coeficientes de mortalidade masculina são cerca de 50% maiores e, considerando as idades, a maior razão de sexo acontece no grupo etário de 20 a 39 anos (cerca de três mortes masculinas para cada uma feminina). Já na distribuição segundo causas, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório, cardiovasculares, neoplasias malignas, violências, acidentes, principalmente os acidentes de veículo a motor e os homicídios (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; FIGUEIREDO, 2005).

No Brasil, de acordo com Ripsa (2004 apud LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 36)

essas diferenças, que eram de aproximadamente cinco anos, durante as décadas anteriores a 1980, elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, para 2001, as mulheres tinham maior sobrevida de oito anos, em relação à esperança de vida masculina (respectivamente, 73 e 65 anos).

Segundo Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), ainda que os indicadores de mortalidade comprovem situações desfavoráveis para os homens, os indicativos à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, destacam, de uma maneira geral, maior frequência para as mulheres. Por outro lado, há agravos de saúde, vinculados a comportamentos específicos do homem e da mulher, que dependem de fatores culturais e, de uma maneira geral, sociais.

A menor sobrevida masculina foi – ou ainda é – quase sempre recebida sem muita discussão e é vista como decorrência somente de fatores biológicos. Acresce-se a isso o fato de ser continuamente mencionado que nascem e, em todas as idades, morrem mais homens, obtendo assim, o equilíbrio entre os sexos. “É inegável a existência do fator biológico, porém, o enfoque de gênero não pode deixar de ser considerado quando se deseja caracterizar e analisar a saúde do homem e da mulher”. (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 36).

No que tange ao homem, verifica-se que a diminuição da sua mortalidade foi mais lenta e sempre menor do que a observada no sexo feminino. Como resultado, atualmente, a vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil. É de se destacar, e de grande interesse para a saúde, que a proporção de idosos é menor entre os homens. Ou seja, no país, entre os homens, as proporções de idosos de 60 anos ou mais eram

iguais a 5,8%, 6,8%, 7,3% e 7,8%, respectivamente, em 1980, 1991, 1996 e 2001, e as de 80 anos ou mais eram, respectivamente, 0,4%, 0,6%, 0,8% e 0,9% (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Do ponto de vista da saúde, surgem novos problemas ligados ao envelhecimento, destacando-se as consequências das doenças crônicas, como é possível observar através das tabelas a seguir:

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE (1950-1991)

GRUPOS DE IDADE	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS DE IDADE											
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	1950	1960	1970	1980	1991	1950	1960	1970	1980	1991	1950	1960
TOTAL	1 058 121	1 139 330	1 646 542	1 665 878	2 295 931	2 420 217	3 413 468	3 802 549	4 931 425	5 791 280		
60 a 64 anos.....	474 246	459 845	720 068	677 347	903 253	887 874	1 187 862	1 257 723	1 715 601	1 921 257		
65 a 69 anos.....	255 845	258 306	338 443	384 729	604 750	611 760	982 474	1 046 452	1 308 343	1 467 717		
70 anos e mais.....	328 030	421 179	528 025	603 802	787 928	920 583	1 243 132	1 498 374	1 907 481	2 402 306		
Percentual das pessoas de 60 anos e mais.....	4,08	4,38	4,63	4,76	4,95	5,17	5,77	6,35	6,80	7,79		
Distribuição percentual das pessoas de 60 anos e ma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		
60 a 64 anos.....	44,82	40,36	43,73	40,66	39,34	36,68	34,80	33,08	34,79	33,17		
65 a 69 anos.....	24,18	22,67	24,20	23,09	26,34	25,28	28,78	27,52	26,53	25,34		
70 anos e mais.....	31,00	36,97	32,07	36,25	34,32	38,04	36,42	39,40	38,68	41,49		

Fonte: IBGE (2010).

TABELA 2 – PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE, TOTAL E RESPECTIVA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO E SEXO, SEGUNDO AS GRANDES REGIÕES (2011)

Grandes Regiões	Pessoas de 60 anos ou mais de idade				
	Total (1 000 pessoas)	Distribuição percentual (%)			
		Situação do domicílio		Sexo	
		Urbana	Rural	Homem	Mulher
Brasil	23 536	84,1	15,9	44,3	55,7
Norte	1 302	73,7	26,3	49,1	50,9
Nordeste	6 212	71,1	28,9	43,6	56,4
Sudeste	10 898	93,0	7,0	43,5	56,5
Sul	3 658	80,9	19,1	45,0	55,0
Centro-Oeste	1 465	90,5	9,5	47,0	53,0

Fonte: IBGE (2011).

Muitas das necessidades de saúde não se manifestam como um problema imediato,

mas como algo evitável, na qual as UBS podem intervir com ações preventivas e de promoção à saúde. Assim, no caso dos homens, existem diversas atitudes e comportamentos que podem aparecer como necessidades em saúde, as quais no âmbito das UBS podem ser abordadas mais eficientemente. Para isso, é necessário que essa abordagem se dê numa dimensão em que se considerem essas situações como algo contextualizado nas relações socioculturais em que os homens e as mulheres vivem.

Com relação à perspectiva de gênero deve-se pensar no espaço das UBS. A ideia dos serviços de saúde como um espaço feminilizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. Isto não significa necessariamente apenas a mudança nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres nesses serviços. É claro que um maior número de profissionais de saúde do sexo masculino nestes serviços, principalmente na equipe de enfermagem, contribuiria para uma maior percepção de pertencimento dos homens nas UBS. Porém, “mais importante do que ter homens na assistência, é uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres”. (FIGUEIREDO, 2005, p. 107).

Segundo Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) há um aspecto importante a se destacar, o aspecto comportamental, que implica significativamente a saúde humana, sendo que a expressão estilo de vida é cada vez mais utilizada, e o estilo de vida do homem se diferencia daquele da mulher.

A estratégia de prevenção e promoção da saúde tem de levar em conta a mudança comportamental, em toda a população, tendo em vista as diferenças de gênero em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, entre outros. Fica claro que a presença de várias doenças que afetam a população, muitas vezes mais acentuadamente a masculina, tem mecanismos bastante conhecidos e aceitos cientificamente; o difícil, por vezes, é como incorporá-los à prática diária (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

3.2 QUESTÃO DE GÊNERO E ACESSO DOS HOMENS À SAÚDE

A questão sexual e a saúde reprodutiva, através da problemática da contracepção, trouxeram à cena as relações de gênero. Sendo assim, a saúde reprodutiva e a saúde sexual,

constituem um primeiro eixo temático privilegiado nos estudos sobre homens e saúde.

Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005), durante muito tempo, os homens foram estudados com base numa perspectiva essencialista, como se a biologia predeterminasse seu comportamento, como se os homens fossem todos iguais. Tal probabilidade é paulatinamente superada à medida que os estudiosos consideram importante distinguir e inter-relacionar constantemente a masculinidade como um princípio simbólico e a partir das várias masculinidades (no sentido das várias identidades dos homens). Assim, passa-se a constatar e assumir o compromisso de analisar a complexa relação entre homens concretos e masculinidade. E isto implica adotar uma perspectiva analítica focada nas relações sociais.

Para os autores supracitados, voltar-se para uma aproximação de gênero implica requalificar o agrupamento “homens”. Sugere, ainda, tomar as masculinidades como seu eixo estruturador, construindo, assim, um leque novo de questões para pensar homens e mulheres, como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interação. Assim,

se a tomada dos homens como objeto, para entendê-los e também às mulheres, representa o esforço empírico concreto de realizar a categoria gênero, o produto de tal esforço efetivamente constituirá uma contribuição da perspectiva de gênero para renovar o conhecimento e as práticas da Saúde Coletiva (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 15).

Segundo Gomes (2003), a expressão “saúde do homem”, inicialmente, pode vir de encontro a uma política que preconiza a superação do modelo de mulher e saúde para o de gênero e saúde. A proposta de programas de saúde voltados para a questão de gênero busca sair de um enfoque do risco e do dano da saúde da mulher para o da saúde como satisfação das necessidades humanas.

A associação entre ser provedor e ser homem ainda se encontra muito presente no imaginário social. Num estudo realizado com uma amostra de dois mil indivíduos maiores de 18 anos, em vinte e quatro estados brasileiros, verificou-se uma forte associação da função de provedor à figura masculina. “Isso é tão significativo a ponto de a coparticipação da mulher na provisão das famílias, encabeçadas por homem, não ter ainda uma visibilidade social”. (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 15).

No entanto, inúmeras são as questões de gênero que dificultam ou mesmo evitam o acesso dos homens aos serviços de saúde, como por exemplo, a necessidade culturalmente construída, de parecerem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitarem de cuidados.

O termo gênero passou a ser utilizado pelas feministas para traduzir as diversas formas de interação humana, buscando conceituar o gênero como “forma de legitimar e construir as relações sociais”. (GOMES, 2003, p. 826). Sabe-se que tanto o Movimento Feminista quanto a denominação de gênero cunhada por esse movimento, tiveram e ainda têm uma importância fundamental para se pensar a relação entre homens e mulheres. Mas também se sabe que grande parte da produção dos estudos de gênero ainda analisam suas questões em mão única, ou seja, alguns desses estudos reduzem a discussão apenas ao campo do feminino (GOMES, 1998).

Salienta-se que a categoria gênero está sendo entendida como atributos e funções – socialmente construídos – que configuram diferenças e inter-relações entre os sexos, indo para além do biológico. Assim, ser homem ou ser mulher implica a inclusão desses atributos e funções, como forma de representar-se, valorizar-se e agir numa determinada cultura (SCHRAIBER et al. 2010).

O ideal de homem (viril, forte, invulnerável e provedor), entretanto, vem sendo abalado a partir dos questionamentos dos Movimentos Feministas dos anos 1970 e posteriormente dos homossexuais nos anos 1980. De acordo Schraiber et al. (2010, p. 966) “a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, à dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades voltadas especificamente para o cuidado do homem” são os principais motivos expressos pelos homens para a pouca procura pelos serviços de saúde.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007) observa-se que a presença de homens nos serviços de APS é menor do que a das mulheres. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. A prevenção ou promoção da saúde são práticas tidas como obrigatórias “naturalmente” para as mulheres. As mulheres recebem a instrução, desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros.

Já o ser homem seria associado a não demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança. Características essas representadas pela pouca procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Sendo assim, segundo Vieira et al. (2013), a construção da masculinidade, regida através de marcas de identidade, tais como a invencibilidade, capacidade de exposição a riscos, dominador, ativo e provedor da família, contribui para dificultar a adoção de ações

promotoras de saúde, fazendo com que muitos homens se declarem saudáveis, mesmo sem conhecerem seu real estado de saúde.

Corroborando com essa construção o fato de que historicamente no Brasil, as políticas de saúde garantiam especialmente ações de saúde materno-infantil. Esta prerrogativa foi alvo de críticas por parte do Movimento Feminista que, no final da década de 1970, passou a demandar a ampliação das ações governamentais no que se refere à saúde da mulher, bem como se contrapondo ao modelo dominante por meio da discussão sobre as implicações dos padrões de gênero para a saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

De acordo com Gomes et al. (2012, p. 2590), a política pública frequentemente é compreendida como

ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados e intercambiados com os anseios e as demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade.

Uma política pública é o resultado da junção de fatores diversos, como econômicos, sociais, culturais, políticos, entre outros e movimentando diferentes campos sociais que, por sua vez, alcançam essa política de acordo com diferentes lógicas. A formulação e a implantação de uma política que busca a imposição de uma opinião popular implicam uma normatização e, por vezes, a definição de novas especialidades profissionais. Assim, “este movimento pode gerar rearranjos, reestruturações ou mesmo resistências por parte dos campos sociais implicados”. (GOMES et al. 2012, p. 2590).

Neste sentido, é fundamental refletir sobre como as políticas sociais, em especial a de saúde, em como esta têm se organizado a fim de contemplar as particularidades do homem/masculino nos seus serviços. Antes, porém, apresentam-se alguns indicativos da dificuldade dos homens em procurarem os serviços de saúde. Inúmeros são os estudos¹² que discorrem sobre as dificuldades ou barreiras existentes para que os homens usufruam dos serviços de saúde. Destacam-se a seguir algumas delas:

1. Verbalizar o que sentem

Os homens preferem adiar ao máximo a busca por assistência à saúde e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas. No modelo de masculinidade

¹² GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO (2003); VIEIRA et al. (2013); FIGUEIREDO (2005); SCHRAIBER et al. (2010); KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO (2010).

idealizada estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco – como valores da cultura masculina – e a ideia de uma sexualidade automática e, portanto, incontrolável. Associadas a isso se encontram fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

2. Carga horária de trabalho

Segundo Vieira et al. (2013, p. 123), raras são as situações em que o homem busca ajuda. Isso geralmente ocorre por dois motivos: “quando a dor se torna insuportável e quando há impossibilidade de trabalhar”.

Gomes e Nascimento (2006) relatam que o trabalho ocupa uma centralidade no que diz respeito à identidade do homem como o ser provedor, e que problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino, o que faz com que muitos homens não busquem os serviços de saúde quando se encontram doentes por medo desta atitude acarretar uma futura demissão.

Ou seja, há um receio por parte dos homens de perderem seu emprego. As inquietações foram mais direcionadas para o trabalho, para o sustento de sua casa e de sua família do que com questões relativas aos cuidados com a saúde, reforçando assim os papéis historicamente atribuídos aos homens, de que eles têm de prover o sustento da casa, garantindo a subsistência da família (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

De acordo com os autores supracitados, o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com carga horária de seu trabalho. Observa-se que esse problema não se reduz apenas aos homens, pois o horário de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal ou informal, independentemente de serem homens ou mulheres.

Por vezes, o trabalho pode impedir a procura por serviços de saúde, mas o exercício dele também pode afetar a saúde, pelo fato de o trabalho se constituir uma função atribuída socialmente ao homem, à possibilidade de não se conseguir progresso no espaço laborativo ou a perda do emprego podem gerar tensões não somente econômicas, mas também de identidade e de saúde.

Conforme preconiza o Ministério do Trabalho, no Programa de Controle Médico de

Saúde Ocupacional (PCMSO)¹³, os trabalhadores menores de 18 anos e maiores de 45 anos devem realizar, anualmente, exames de rotina, e trabalhadores de 18 a 45 anos, a cada dois anos (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1996).

O PCMSO foi regulamentado em dezembro de 1994 com a finalidade de monitorar a saúde do trabalhador através de: a) exames médicos na admissão; b) exames médicos na demissão; c) mudança de função e d) retorno ao trabalho. Regularmente o trabalhador deve ser avaliado para que a empresa possa ser certificada quanto a sua aptidão ou não na condução da função exercida (PRESMED SAÚDE OCUPACIONAL, 2014).

3. Medo de descobrir alguma doença

Outra explicação para a pouca procura masculina pelos serviços de saúde, se relaciona ao medo de descobrir uma doença grave. Os homens temem que, ao buscar um serviço de saúde possa se deparar com diagnósticos de uma doença e ter de se tratar. Sendo assim, o fato de não saber pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Segundo Gomes (2003), esses medos, podem aflorar no imaginário dos homens no senso comum. Não podemos descartar a possibilidade de algumas situações trazerem constrangimentos ainda a alguns homens, como por exemplo, os procedimentos de toque retal, entre outros. Assim, no campo da saúde pública,

é de fundamental importância que sejam promovidas discussões voltadas para os sentidos atribuídos à sexualidade masculina para que não só a prevenção do câncer de próstata como outras ações tangenciadas por tais sentidos atribuídos possam ser melhor abordadas. (GOMES, 2003, p. 829).

4. Vergonha

Alguns homens têm vergonha de ficar exposto a outro homem ou a uma mulher, isso também é uma explicação para não buscar os cuidados primários. Provavelmente essa vergonha se associa à falta de hábito de se expor ao médico ou a outro profissional de saúde.

Já a mulher, em sua socialização, foi mais acostumada a ter o seu corpo exposto para a medicina. Com a preocupação da sífilis e outras doenças venéreas, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o corpo masculino passou a ser mais devassável. Entretanto, a lógica do olhar médico sobre esse corpo se relacionou mais à doença que vem de

¹³ O PCMSO é o conjunto de procedimentos que devem ser adotados pelas empresas que possuem funcionários registrados e têm por objetivo prevenir e diagnosticar precocemente os danos à saúde decorrentes do trabalho. Este programa também protege os trabalhadores quanto a sua insegurança de perder o emprego numa necessidade de procurar os serviços de saúde (PRESMED SAÚDE OCUPACIONAL, 2014).

fora que pode comprometer a sua descendência. Já em relação às mulheres, principalmente, com a criação da ginecologia, “desenvolveu-se um olhar mais compreensivo, passando a existir uma maior medicalização de seu corpo, ao longo dos seus diferentes ciclos de vida”. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 570). Essa assimetria entre os gêneros, referente ao olhar da medicina, pode ter contribuído para que a exposição da mulher seja vista mais naturalmente do que a do homem.

5. Homens não se reconhecem como alvo do atendimento

Devido às ações preventivas em saúde se dirigir quase que exclusivamente para mulheres, alguns homens acabam não se reconhecendo como alvo do atendimento de programas de saúde. Sendo assim, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminino, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

6. Invisibilidade da figura masculina nos serviços de saúde

Quando algum usuário solicita um *check-up* em decorrência de “mal-estar”, os próprios profissionais de saúde o desestimulam, reproduzindo o imaginário que associa o feminino ao cuidado à saúde e o masculino ao não cuidado. Tal atitude confirma a invisibilidade da figura masculina nos serviços de saúde, pela própria expectativa dos profissionais, que deixam de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde (VIEIRA et al. 2013).

A falta de atenção ao público masculino reflete uma desqualificação dos profissionais de saúde para esta perspectiva assistencial. Nesse sentido, não se valoriza e nem se vê como adequado ou pertinente que os homens sejam alvo de intervenções na lógica organizacional dos serviços, o que remete para sua desqualificação no campo das políticas públicas de saúde, aspecto que se considera como uma forma de invisibilidade dessa população. Produz-se invisibilidade por meio de uma expectativa dos profissionais de saúde de que os homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de forma menos autêntica. Baseados nessa premissa, suas ações no cotidiano da assistência acabam por reforçar esta dimensão de invisibilidade. Assim, a invisibilidade é concebida como a incapacidade dos profissionais de notarem a presença de alguns homens como usuários dos serviços bem como das questões trazidas por eles (COUTO et al. 2010).

7. UBS sendo a causa da dificuldade do acesso dos homens aos serviços

Os homens sentem mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado.

Os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres. Essas ações reforçam os padrões sociais de masculinidade e feminilidade associados às noções de cuidado em saúde.

Assim, nota-se uma deficiência no acolhimento ao público masculino e às suas demandas. A APS é estabelecida pela atual política de saúde e, sobretudo pela ESF, como a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, porém, de acordo com Couto et al. (2010), não trabalhada essa política na perspectiva de gênero, buscando criticar e modificar, quer nos gestores quer nos profissionais de saúde, as tradicionais concepções de gênero relativas ao processo saúde-adoecimento. Assim, o direito à ampliação de cobertura por meio dessa estratégia da APS dificilmente se cumpre no caso dos homens.

Alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente se essas forem expressas de forma diferente daquelas já consagradas no contexto da assistência, tradicionalmente femininas (COUTO et al. 2010). É comum os profissionais defenderem que os homens, além de menos presentes e assíduos, oferecem mais resistência aos convites para irem ao serviço, faltam mais às consultas marcadas e não seguem o tratamento como esperado.

Como aponta Schraiber et al. (2005), a baixa frequência dos homens no serviço é atribuída à resistência por parte deles, não sendo reconhecida a sua baixa inclusão nas propostas assistenciais. Na mesma direção, foi observada a tendência à responsabilização dos homens pela pequena busca pelos serviços. Não deixamos de considerar que os usuários reproduzem essas representações, sendo também responsáveis pelos impasses na relação com os serviços. Ressaltamos, contudo, como é incomum que os profissionais atentem para aspectos da configuração ou funcionamento dos serviços que dificultam ou até impedem o acesso e uso por parte dos homens. Assim como não percebem que, com isso, a estratégia de ampliação de cobertura não se realiza para além de se alienarem de uma atenção integral da perspectiva de gênero, isto é, desconhecem a questão do cuidado integral como um problema da APS, o que dirá respeito não só aos homens, mas também às mulheres.

Pode-se dizer que tanto profissionais de saúde quanto gestores, nesse sentido, corroboram com a permanência histórica de uma cultura de gênero na atenção à saúde por não

valorizarem situações em que objetivamente estão em processo de mudança.

8. Fatores culturais

O machismo é associado à ideia de que “homem não adocece”. Os comportamentos tidos como tipicamente masculinos, como o uso de álcool, o tabagismo e a violência também podem ser considerados fatores culturais. Sendo assim, estes fatores são tidos como os responsáveis por estes comportamentos que acabam por dificultar um acompanhamento mais global, incluindo ações de prevenção da população masculina (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

A maior presença feminina notada na demanda aos serviços de saúde, provavelmente está associada a fatores culturais ou sociais. O fato de que normalmente cabe à mulher acompanhar crianças, adolescentes e idosos aos serviços de saúde, além de, em determinado período de sua vida, frequentar o pré-natal, faz com que ela se torne mais organizada à utilização desses serviços (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

9. Identidade de gênero

Para Gomes e Nascimento (2006) as dificuldades dos homens em acessarem os serviços de saúde, têm a ver com a estrutura de identidade de gênero, que dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. Recentes investigações acerca das percepções dos homens sobre os serviços de APS apontam que estes se destinam às pessoas idosas, mulheres e crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço onde o foco é a saúde destes três segmentos da população.

Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para eles. Tudo isso indica que parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de APS, embora sejam escassos estudos sobre essas questões na literatura (FIGUEIREDO, 2005).

Ainda, segundo Vieira et al. (2013), essa resistência masculina à APS aumenta não apenas a sobrecarga financeira da sociedade, mas sobretudo, o sofrimento físico e emocional do usuário e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida.

Estudos vêm evidenciando que nos serviços onde foram disponibilizados atendimento no horário do almoço, atendimento 24 horas, nos sábados e domingos, ou que criaram um terceiro turno à noite, houve maior presença masculina nos novos horários instituídos, “isso reforça a necessidade de discussão acerca do acesso dos homens ao atendimento público de

saúde”. (VIEIRA, et al. 2013, p. 125).

As reclamações referentes ao pequeno número de fichas ofertadas pelas UBS e a demora no atendimento, mostra ser indispensável o delineamento de novas estratégias para o atendimento pleno das peculiaridades da população masculina, pois a falta de adesão aos serviços de saúde não pode ser associada apenas a questões de gênero.

Em síntese, para Knauth, Couto e Figueiredo (2012, p. 2617) “a pressa, a objetividade, o medo, a resistência, e a dificuldade dos serviços em acolher esta população, são os principais fatores que afastam os homens dos serviços de saúde”.

Já em circunstâncias consideradas sem risco à saúde, a maioria dos homens busca por recursos alternativos, como: usar medicação por conta própria; procurar farmácias; adquirir chás caseiros. Estas providências não deixam de ser uma construção cultural que vem sendo passada de geração em geração. Tais alternativas evitam a perda de tempo com filas e com a espera pelo atendimento médico.

Há estudos, a exemplo de Pinheiro et al. (2002) que apontam a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácia e pronto-socorro. Talvez os homens escolhessem estes serviços por responderem mais objetivamente às suas demandas. Ou seja, nesses espaços, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

A farmácia, em específico, tem um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois é vista como uma instância “semiprofissional”. Como a primeira urgência em geral é aliviar a dor, muitas vezes a visita à farmácia satisfaz a esta necessidade dos homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Schraiber et al. (2010) chamam a atenção, que mesmo para doenças manifestas nos homens, os serviços não enfrentam todas as situações que se apresentam no cotidiano. Algumas, ao contrário, tendem a ser banidas. São demandas relacionadas ao abuso de álcool ou drogas, à violência urbana ou doméstica, ou a sofrimentos ou doenças psiquiátricas. Diante desses problemas, recusam-nos como de suas competências na APS, quase sempre argumentando que deveriam ser referidos a serviços especializados.

3.2.1 Conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde

O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser

deliberado pela Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira. Sendo assim, é relevante discutir sobre acessibilidade em saúde, visto que, em geral, pesquisas confirmam as dificuldades do acesso masculino aos serviços de saúde.

Por meio do princípio da equidade objetiva-se diminuir as desigualdades, porém não significa que seja sinônimo de igualdade, “pois apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas”. (PONTES et al. 2009, p. 501).

Quanto as dificuldade de acessar os serviços de saúde, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) afirmam que uma delas seria a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem. Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Assim, Vieira et al. (2013) afirmam que o desejável seria que o acesso da população masculina aos serviços de saúde ocorresse de forma equitativa com os demais segmentos populacionais.

O processo de utilização dos serviços de saúde resulta da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O termo “acesso” é um conceito complexo, e por vezes é empregado de forma ambígua e pouco clara na relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que se transforma entre os autores e que muda de acordo com o contexto e ao longo do tempo, assim como a terminologia empregada também é variável (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Alguns autores, como Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Autores também variam em relação ao enfoque do conceito: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros focam nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). Há também discordâncias sobre se a avaliação de acesso deve concentrar-se nos resultados ou objetivos finais (*goals*) dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos. (DONABEDIAN, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 5191).

A acessibilidade é, assim, um fator de oferta importante para elucidar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão acentuada nos

estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde. A acessibilidade propaga às características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços, porém ela não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação a estes serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Já Andersen (1995 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) prioriza a utilização do termo acesso, exposto como um dos elementos dos sistemas de saúde (dentre aqueles ligados à organização dos serviços), que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuação do tratamento, abrangendo assim, a entrada nos serviços de saúde e no recebimento de cuidados subsequentes. Conforme Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004 p. 5191), “acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde”.

Travassos e Martins (2004) destacam que para fins de formulação de políticas, elementos próprios do sistema de saúde (oferta) são passíveis de mudança por meio de intervenção governamental ou institucional, enquanto apenas algumas das características dos indivíduos são passíveis de mudança por essas ações. As autoras salientam que o uso de serviços de saúde depende de fatores predispostos (das necessidades de saúde e de fatores contextuais), e o uso efetivo e competente depende dos fatores individuais e internos aos serviços de saúde que interferem diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

Para Andersen (1995 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004 p. 5192), “a avaliação da equidade no acesso é entendida valendo-se da presença de fatores individuais capacitantes na explicação do uso de serviços de saúde”. Para este autor, além da necessidade de saúde e dos fatores demográficos (predisponentes), denota-se uma situação de iniquidade. Aponta também que a avaliação do acesso deve ser feita separadamente,

segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso. (ANDERSON apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 5192).

Por fim, de acordo com Travassos e Martins (2004) quanto à terminologia, a acessibilidade é escolhida por alguns autores como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde. De qualquer forma, utiliza-se a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.

SEÇÃO III

4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: APONTAMENTOS A PARTIR DA MÍDIA E DA REALIDADE DA UBS ESTUDADA

Este capítulo abordará a estrutura da PNAISH, analisando teoricamente sua criação e implementação no Brasil, bem como apresentando os aspectos principais da Portaria nº 1.944, de 2009, que a institui no âmbito do SUS.

Posteriormente, partindo da pesquisa hemerográfica e da técnica de entrevista semiestruturada, analisou-se como a UBS estudada planejou implantar ações voltadas para a saúde do homem, como foi o lançamento da PNAISH no Brasil e quais foram as discussões para a realização do evento voltado à saúde do homem, conhecido como Novembro Azul.

4.1 CRIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Devido aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde, seja nos consultórios, seja nas UBS. Resistentes à prevenção e ao autocuidado, chegam aos serviços de saúde tardiamente, tendo como porta de entrada a atenção especializada, e não a APS como preconiza o SUS.

Estatísticas oficiais em saúde apresentadas pelo Plano Estadual de Saúde (PES) (SANTA CATARINA, 2011), apontam que os homens ainda adentram aos serviços de saúde pela atenção secundária ou terciária, com a cronificação de muitas doenças que seriam preveníveis se fossem detectadas e tratadas precocemente na APS.

Sendo assim, o MS, em conjunto com as esferas estaduais e municipais, compreendeu a essencialidade do desenvolvimento de cuidados específicos para o homem jovem e adulto, no que diz respeito aos agravos específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de incidência de morbidade e mortalidade.

Reconhecendo que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros, o MS implantou, em 2008, a PNAISH. Esta fazia parte do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 para promoção de um novo padrão de

desenvolvimento focalizado no crescimento, bem-estar e progresso das condições de vida do cidadão brasileiro. Esse programa buscava romper os obstáculos que impediam os homens de frequentarem as UBS (SAÚDE PÚBLICA, 2009).

Em março de 2008 foi criada, no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem. Neste Departamento, os “homens” passam a ter então um lugar junto a outros sujeitos, além das mulheres, adolescentes e jovens, idosos, pessoas com deficiência, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob a custódia do Estado. Desse modo, no lançamento da Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, o Brasil se tornou o segundo país da América Latina a ter um setor específico para saúde do homem (GONÇALVES; SILVA; GONZAGA, 2010).

Em janeiro de 2008, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e o ministro da saúde se reuniram com os presidentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) para debater os principais problemas a serem incorporados a esta política nacional. Em julho do mesmo ano, um acordo de cooperação técnica seria assinado entre o MS e a SBU, com o objetivo de “promover a assistência ao homem no sistema público de saúde e reduzir as taxas de mortalidade masculina”. (GONÇALVES; SILVA; GONZAGA, 2010, p. 34).

A PNAISH foi estabelecida mediante um recorte estratégico, destinando-se a quase 40 milhões de homens na faixa etária de 25 a 59 anos. Segundo Vieira et al. (2013) este grupo etário correspondia, naquela ocasião, a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população brasileira. Salienta-se que isto não deve configurar uma restrição da população alvo, mas uma estratégia metodológica, visto que essa faixa etária “corresponde à parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exerce um significativo papel sociocultural e político”. (BRASIL, 2008, p. 8).

Para abranger essa parcela da população, o MS alinhou a PNAISH com a PNAB, visando promover ações que colaborassem significativamente para a compreensão da singular realidade masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, possibilitando “o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população”. (VIEIRA et al. 2013, p. 21).

O MS vem cumprir seu papel ao estabelecer uma política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, principalmente, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008). Em vista disso, a PNAISH foi formulada com o objetivo de

promover ações de saúde inseridas na linha de cuidado que resguarda a integralidade da atenção.

O primeiro tema abordado em campanhas voltado a essa população foi sobre a Disfunção Erétil (DE). A escolha deste tema teria sido feita por três motivos:

em primeiro lugar, cerca de 50% dos homens adultos acima de 40 anos teria algum tipo de queixa [...] Ao mesmo tempo, menos de 10% procurariam assistência médica por vergonha ou medo do diagnóstico. Além disso, a DE estaria frequentemente associada a outras doenças (como a diabete ou problemas cardiovasculares) ou poderia ser causada por outras doenças urológicas (como o declínio do hormônio masculino em idoso ou o tratamento do câncer de próstata). (GONÇALVES; SILVA; GONZAGA, 2010, p. 34).

Segundo os autores supracitados, para justificar uma campanha de esclarecimento ao público em geral, a SBU citou dados do MS, segundo os quais, em 2007, 16,7 milhões de mulheres consultaram-se com um ginecologista, ao passo que apenas 2,7 milhões de homens se consultaram com um urologista.

Na luta pela implantação da PNAISH, outro momento importante a se destacar é a audiência pública convocada pela Câmara dos Deputados, no âmbito do IV Fórum de Políticas Públicas de Saúde do Homem, realizado em agosto de 2008. Nela, o MS apresenta seu projeto para a área e simultaneamente, divulga o documento da PNAISH.

Inicia-se assim, segundo Gonçalves, Silva e Gonzaga (2010) uma grande discussão envolvendo diferentes atores, como: os setores do governo, os conselhos de saúde, as associações médicas, pesquisadores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil.

A PNAISH esclarece que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população, estão concentradas em cinco áreas especializadas: urologia; saúde mental; cardiologia; gastroenterologia e pneumologia. Constatando estas enfermidades foram convidadas as Sociedades Médicas representativas destas áreas, juntamente com a participação de profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e entidades civis organizadas para participarem de eventos distintos, onde foram traçados consensos. A PNAISH resulta, em grande parte, dos consensos obtidos naqueles eventos, onde um conjunto de ideias foram discutidas e posteriormente pactuadas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e execução das ações (BRASIL, 2008).

O documento da política nacional é apresentado como fruto de uma parceria entre gestores do SUS, sociedade civil organizada, sociedades científicas, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. Ainda na apresentação, lê-se que a saúde é uma das prioridades do governo e que a política traduziria “um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública”. (BRASIL, 2008, p. 3).

Segundo a PNAISH, estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais vulneráveis a doenças que as mulheres, sobretudo enfermidades crônicas e graves, e que estes morrem mais cedo. Apesar deste fato, os homens não são captados pelos serviços de APS. Sua entrada no sistema de saúde se daria especialmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, configurando um perfil que favorece o agravo da morbidade pela busca tardia ao atendimento (BRASIL, 2008).

Para explicar a resistência masculina à APS, o texto da PNAISH lança mão de pesquisas qualitativas que apontam diversas razões para o fenômeno, agrupadas em dois tipos de determinantes:

as ‘barreiras institucionais’ dizem respeito à dificuldade de acesso aos serviços assistenciais e são tratadas de forma bastante breve [...] as ‘barreiras culturais’: estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. (BRASIL, 2008, p. 6).

Segundo Gonçalves, Silva e Gonzaga (2010), uma das grandes barreiras à promoção da saúde dos homens, é exatamente a centralidade da ideia de invulnerabilidade na construção da masculinidade hegemônica. Por essa razão, os homens seriam “relapsos” com sua saúde ao procurarem menos frequentemente os serviços de saúde que as mulheres.

Outro fator importante neste processo foi a criação pelo MS da Portaria nº 1.944, em agosto de 2009, que institui, no âmbito do SUS, a PNAISH. Esta Portaria visa o enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009b).

A partir desta Portaria, a PNAISH passa a ser regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em

conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; III - corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (BRASIL, 2009b, s/p).

E pelas seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltada à população masculina:

I - integralidade, que abrange: a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença; II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009b, s/p).

Alguns objetivos são previstos na PNAISH, dentre eles, ressaltam-se:

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; e XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis. (BRASIL, 2009, s/p).

Como já mencionado, as doenças e agravos que envolvem a população do sexo masculino são considerados um problema de saúde pública. Segundo dados da PNAISH, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos que as mulheres e apresentam mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e

possuem a pressão arterial mais elevada, além de tendência à obesidade e pouca prática de atividade física, entre outros problemas de saúde (BRASIL, 2008).

Assim, entre outros objetivos e metas político-institucionais, a PNAISH se propõe a promover uma mudança cultural, alterando os hábitos da população de se medicar por conta própria, de saber o valor de sua saúde, além de ampliar o acesso a novos mecanismos e serviços, visando melhorar a assistência oferecida a essa população.

Os autores Knauth, Couto e Figueiredo (2012) relatam que apesar do retardo de uma ação governamental privilegiando a saúde dos homens, desde a década de 1990 vários estudos já sinalizavam para os modelos diferenciados de adoecimento e mortalidade de homens e mulheres. Além das questões ligadas ao trabalho, aspectos relacionados à reprodução e à sexualidade, especialmente após a epidemia do *Human Immuno deficiency Virus* (HIV) e da Síndrome da Imuno deficiência Adquirida (AIDS), passam a ser objeto de pesquisas e intervenções. Recentemente, se acrescenta a temática da violência, visto que além de serem os principais atores da violência de gênero, os homens também são as principais vítimas da violência urbana.

Na formulação da PNAISH, teve-se também a clareza de integrá-la a outras políticas de saúde. A ideia central deste documento foi desenvolvida de modo articulado com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela política, promovendo ações em harmonia, tanto nos princípios como nas práticas.

Os atores que construíram a PNAISH reafirmam a importância de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos, que consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações, pois este documento

abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, etc. (BRASIL, 2008, p. 9).

Schwarz (2012) traz para discussão o tema masculinidade e transversalização de gênero. Estes são reafirmados nas políticas públicas de saúde através da PNAISH, que pauta o debate sobre os obstáculos do modelo biomédico para se pensar sobre a saúde coletiva, apontando como fundamental a interlocução com as demais políticas de saúde e com programas voltados à equidade de gênero além de uma perspectiva complexa, para a questão de gênero no contexto da diversidade cultural.

O autor supracitado salienta que o reconhecimento da pluralidade das masculinidades pode colaborar para a coerência de uma política que reconhece a diversidade, formulada para alcançar populações distintas e ações institucionais que reforcem a unicidade, baseadas em princípios gerais de equidade e universalidade. Devido a diferentes razões sócio-históricas, não se solidificou um movimento social de base que tivesse a masculinidade como objeto de atenção no campo da saúde e em relação com os movimentos de gênero.

Este acontecimento parece contribuir para que o necessário viés antropológico e político da saúde do homem perca, muitas vezes, para uma abordagem biomédica e assistencialista dispensada ao usuário. Mas, esta diferença de abordagem é fundante de um novo modelo de atenção à saúde no qual se constrói progressivamente a perspectiva relacional de gênero. (SCHWARZ, 2012, p. 2582).

Estes argumentos amparam a legalidade da PNAISH e se somam aos dados socioculturais que fundamentam os epidemiológicos. Estes últimos, sendo explanados isoladamente, sem o respaldo de uma análise interdisciplinar e plural do contexto em que estão inseridos, “não poderão responder sozinhos pelas ações e estratégias de implementação da PNAISH, uma vez que estas ações são carregadas de significados em termos de avanços políticos e valores simbólicos”. (SCHWARZ, 2012, p. 2582).

Importante ressaltar que gestores e profissionais de saúde, vivem os mesmos modelos de masculinidade que pretendem combater, com isso podem reforçar as barreiras socioculturais e institucionais que afastam os usuários homens dos serviços de saúde. Assim,

a discussão sobre masculinidade no contexto da saúde é fundamental para todos os atores envolvidos na rede SUS e na articulação com outras políticas públicas. Estes aspectos da PNAISH anunciam possibilidades de mudanças profundas na reorganização de práticas e sentidos acerca do que é ser homem, nas relações de equidade de gênero e nas suas implicações no processo de saúde-doença. (SCHWARZ, 2012, p. 2582).

As ações propostas pela PNAISH estariam designadas ao fracasso se desconsiderados o campo simbólico e político em que as questões de gênero se inserem. Destaca-se a importância deste aspecto no processo de aperfeiçoamento das ações orientadas pela PNAISH. A imagem de “homens vulneráveis e infantilizados, que não cuidam de si porque não querem ou não sabem como, é um dos desvios que se pôde observar nos direcionamentos anunciados pela política”. (SCHWARZ, 2012, p. 2582).

É indispensável procurar reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas próprias demandas, através da pluralidade de contextos e realidades e das condições biopsicossociais em que se encontram enquanto sujeitos de necessidades e de direitos. Em

concordância com Schwarz (2012) de fato, há uma necessidade de um diálogo constante com outras políticas públicas como, por exemplo, com a Política Nacional de Humanização (PNH), e outras que possibilitem o desenvolvimento de ações e formulações de novas práticas por parte dos gestores e profissionais de saúde.

O autor supracitado relata a importância de considerar que o processo de construção de gênero está no campo das relações de poder, constituindo-se de intencionalidades distintas e subsidiando práticas humanas que instrumentalizam estas relações para alterá-las ou mantê-las. Sendo assim, as categorias identitárias de gênero estarão no palco da disputa de poder entre diferentes interesses, políticos, econômicos, corporativos, dentre outros, que pretendem definir o que é saúde e doença, entendendo a qualidade na atenção à saúde segundo seus próprios parâmetros.

Neste caso, o recorte de gênero passa a ser usado para a vigência de relações de poder contrárias à saúde e ao bem-estar do cidadão, fazendo uso da sua vulnerabilidade, para então apontar soluções que atendem a outros interesses que não os do usuário. Por isso, no nível da atenção básica, o viés antropológico da saúde é fundamental, sendo um campo vasto de referências no qual a medicalização deve ser problematizada. A abordagem assistencialista e biomédica dispensada ao usuário se contrapõe, em termos gerais, à emancipação efetiva de sua cidadania no campo da saúde. (SCHWARZ, 2012, p. 2582).

Conclui-se que a legalidade da PNAISH se constrói pelas análises críticas que adotam como objeto o entrelaçamento dos temas saúde do homem, saúde coletiva e políticas públicas, buscando respaldo para pensar e repensar possíveis caminhos da gestão da política da saúde do homem e do diálogo com as políticas que surgem por efeito das lutas dos movimentos sociais, consolidando a relação entre gênero, saúde do homem e agenda política (SCHWARZ, 2012).

4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

4.2.1 Bases teórico-metodológicas da pesquisa

A base da abordagem desta pesquisa foi a pesquisa social qualitativa, uma vez que o objeto deste estudo se refere ao ser humano e suas relações em sociedade. A natureza da pesquisa qualitativa está centrada no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes e corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

Esta metodologia vai além de traçar leis gerais, prevê a estrutura fixa das coisas e relações, o alcance da estabilidade dos fenômenos e tem como perspectiva conhecer, explorar e descrever a complexidade e contradição dos fenômenos e relações interpessoais e sociais.

Independentemente da construção particular de cada indivíduo, a realidade é construída socialmente e está em constante mudança. Para Minayo (1994), ao adotarem um aspecto realista, o investigador e investigado são, inevitavelmente, ligados por uma amostragem pequena, com informações ricas, detalhadas e relevantes.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares da realidade que não podem ou não devem ser quantificadas, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir “mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”. (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011, p. 20).

Assim, esta pesquisa, ao pretender analisar como a APS no município de Florianópolis tem se organizado de forma a desenvolver estratégias e ações para cumprir as diretrizes preconizadas na PNAISH de 2008, fará um diálogo com a realidade, pois se entende pesquisa qualitativa como o “diálogo inteligente e crítico com a realidade, tomando como referência que o sujeito nunca dá conta da realidade e que o objeto sempre também é um objeto-sujeito. A realidade tanto se mostra quanto se esconde”. (DEMO, 2001, p. 10).

4.2.2 Procedimentos de coleta de dados

A unidade de análise desta pesquisa compreende uma UBS de um dos DS do município de Florianópolis, gerenciada pela SMS.

Segundo Almeida, Castro e Vieira (1998), com a implementação do SUDS em 1987, e com a consolidação das AIS, surgiram algumas diretrizes, como por exemplo, a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, e dentre elas a implementação de DS.

Há que se ressaltar que a regionalização/distritalização é um processo permanente, contínuo e dinâmico, que implica negociação e pactuação entre os diversos gestores e gerentes de serviços do SUS, com a participação e controle social, e deve ter implícita a perspectiva de construir ou oferecer serviços/ações com ampla

suficiência para a satisfação plena das demandas e necessidades de saúde da população da região/distrito sanitário. (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p. 18).

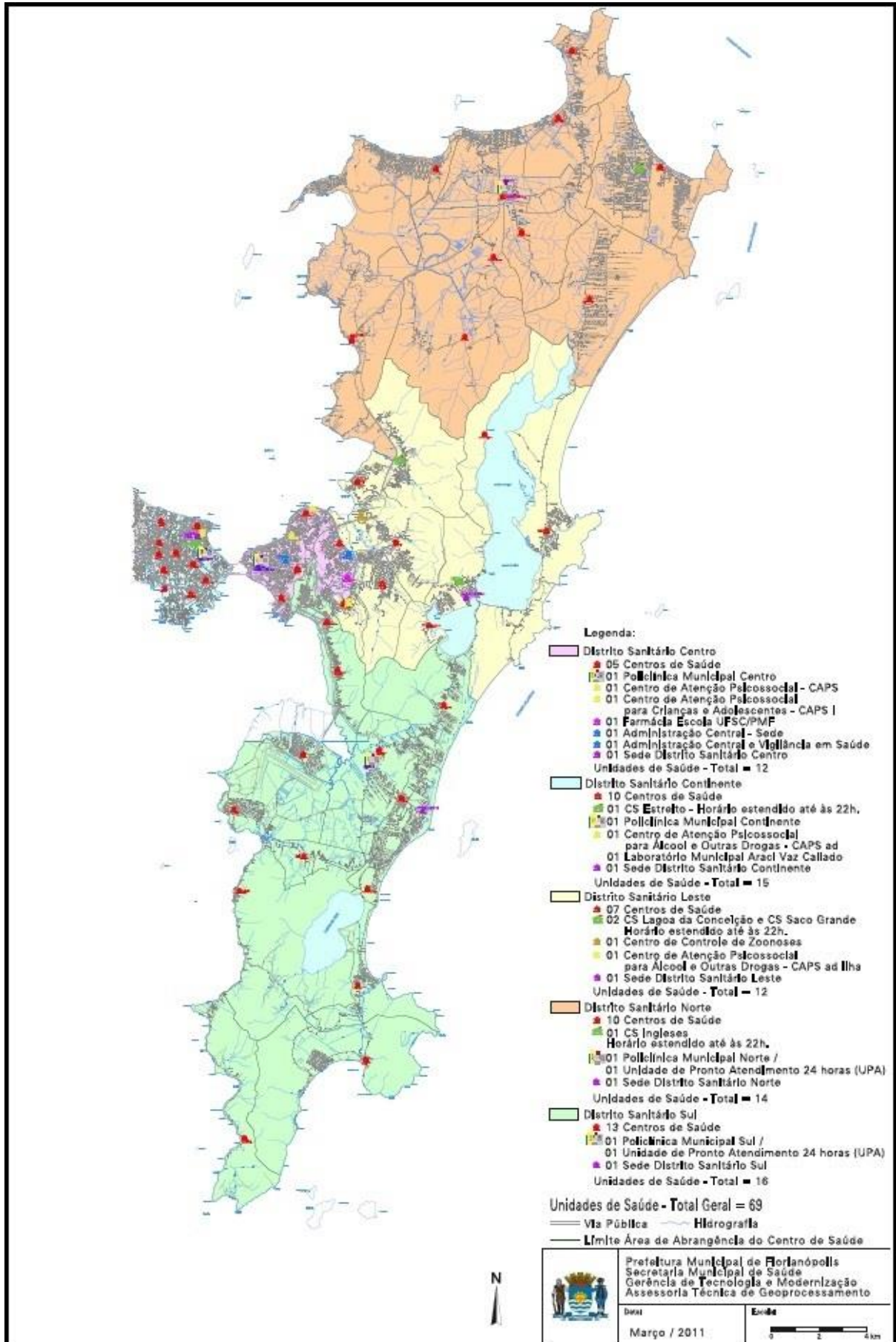
A concepção do DS pode abranger duas dimensões: uma como estratégia de construção do SUS num município ou num conjunto de municípios – envolvendo elementos conceitual e operacionalmente importantes – e a outra referente à menor unidade de território ou de população, a ser adaptada para o processo de planejamento e gestão. Sendo assim, o processo de construção/implantação do DS, como estratégia para implementação do SUS, deve ser vista como “um processo social, tal qual é o SUS, isto é, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social”. (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p. 21).

Os autores supracitados salientam que o território do DS abrange uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e recursos de saúde para atendê-la. Esta área geográfica é definida conforme cada realidade e pode ser composta por vários bairros de um município ou vários municípios de uma região.

Segundo Almeida, Castro e Vieira (1998), a preexistência de uma eventual territorialização definida pelo gestor estadual, por meio da SES, não deve ser considerada como marcação definitiva, mas pode ser utilizada como um ponto de partida e reajustada de acordo com cada necessidade.

A Figura 1 apresenta a configuração territorial do município de Florianópolis, bem como os serviços de saúde presentes em cada DS.

FIGURA 1 – MAPA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

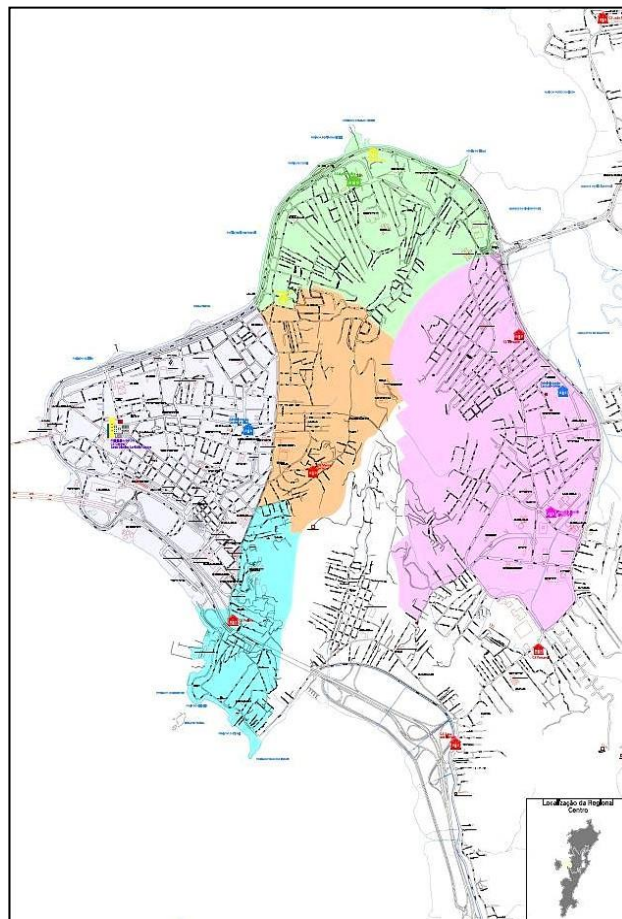


Fonte: PMF (2011).

Observa-se que a rede de atenção à saúde apresenta cinco áreas de abrangência, compondo então cinco DS, sendo eles: DS Centro, DS Continente, DS Leste, DS Norte e DS Sul.

A UBS analisada faz parte do DS Centro que conta com cinco UBS no total, sendo elas: UBS Centro, UBS Monte Serrat, UBS Agrônômica, UBS Prainha e UBS Trindade, como é possível observar na imagem a seguir.

FIGURA 2 – MAPA DISTRITO SANITÁRIO CENTRO



Fonte: REIS (2011).

A área de abrangência se refere a uma área geográfica definida ou a ser definida no processo de territorialização e tem como ponto de referência os serviços básicos de saúde. Operacionalmente, significa

identificar e quantificar numa dada área geográfica a população adstrita a cada serviço de saúde, que terá a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população, num processo de identidade recíproco que poderá ser feito segundo diferentes modalidades. (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p. 22).

QUADRO 2 – DADOS DE ABRANGÊNCIA DS CENTRO (2011)

Centro de Saúde	Áreas	Modelo de Atenção	Nº de micro áreas	População Projeção 2009 GTM/SMS
Agronômica	690	ESF	6	
	691	ESF	6	
	692	ESF	4	
	693	ESF	4	
Subtotal	4	ESF=4	20	17351
Centro	950	EACS ¹⁴	26	35478
Monte Serrat	120	ESF	5	
	121	ESF	7	
	122	ESF	5	
Subtotal	3	ESF=3	17	12999
Prainha	130	ESF	5	
	131	ESF	5	
	132	ESF	6	
Subtotal	3	ESF = 3	16	8115
Trindade	850	ESF	6	
	851	ESF	6	
	853	ESF	4	
	853	ESF	4	
Subtotal	2	ESF = 4	24	19750
TOTAL 5	15	ESF= 14 EACS= 1	103	93693

Fonte: ESF FLORIANÓPOLIS – Distrito Sanitário Centro (2011).

A partir do Quadro 2 é possível verificar as áreas e o número de microáreas de atendimento de cada UBS do DS Centro, bem como observar a quantidade de ESF em cada UBS. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para o ano de 2013, no DS Centro, foi de 90.601 habitantes; destes, 42.385 eram homens e 48.216 mulheres.

¹⁴ Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

Salientam-se os serviços oferecidos na UBS estudada, sendo eles: Clínica Geral, Consulta e procedimentos de Enfermagem, Odontologia, Programa Capital Criança, Vacinação, Teste do Pezinho, Preventivo do câncer, Planejamento familiar, NASF (Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Geriatria, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutica, Educador Físico), Atendimentos individuais (Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social), Grupos Psicoterapêuticos, Oficinas Terapêuticas. No último sábado de cada mês são realizadas ações de: coleta de Preventivo do câncer do Colo de Útero. De forma semanal, quinzenal ou mensal são realizados alguns grupos, como por exemplo: Grupo de Diabéticos e Hipertensos; Grupo de Caminhada; Grupo de Relaxamento; Grupo de Gestantes e Acompanhantes; Grupo de Tratamento de Tabagismo; Grupo de Famílias; Grupo de Saúde Bucal; Grupo de Acolhimento e Apoio Psicológico, dentre outros.

4.2.3 Cenário da pesquisa: UBS de estudo

De acordo com Ribeiro (2007), em 1920, no Brasil, começou a tomar forma um movimento em prol da instalação de ambulatórios permanentes que desenvolvessem ações polivalentes e com orientações de base preventiva, intitulados de Centro de Saúde (CS). Atualmente, o termo mais utilizado é UBS.

Os CS eram uma nova compreensão de saúde pública, inspirados pela Fundação Rockefeller e pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, no Brasil, foram introduzidos pelo médico sanitário Geraldo Horácio de Paula Souza, que em 1922 assumiu a coordenação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, propondo uma reforma administrativa tendo como eixo principal os CS. Significando assim, de acordo com Ribeiro (2007, p. 94) duas mudanças:

a nova influência estrangeira no Brasil, antes de origem francesa e alemã, agora americana, como parte da estratégia dos países economicamente dominantes sobre os dependentes após a primeira guerra; e a proposição de unidades ambulatoriais relacionadas a uma assistência de caráter higiênico e basicamente voltadas para a higiene materno-infantil.

Isto marca o início de mudanças significativas no perfil das instituições de saúde pública, antes voltadas para ações de caráter coletivo, agora para ações de caráter individual. Segundo Ribeiro (2007), a concepção de unidade sanitária, ou seja, de CS, foi definida por Geraldo Horácio de Paula Souza no I Congresso Brasileiro de Higiene em 1923. Embora

muitos dos temas do Congresso estivessem voltados para a organização e a fiscalização dos espaços físicos, temas relacionados à saúde individual já apareciam. Sendo assim, as ideais conquistadas no campo científico foram pouco a pouco impactando os serviços de saúde.

O modelo de atuação introduzido por Geraldo Horácio de Paula Souza foi batizado de modelo médico-sanitarista e tinha como eixo de intervenção técnica a educação sanitária, opondo-se ao modelo vigente da época, o modelo campanhista, que desenvolvia ações para controlar agravos específicos que atingiam a coletividade, enquanto os CS seriam “uma unidade sanitária que integraria os dispensários e serviriam a uma população delimitada, agrupando os serviços e as ações desenvolvidas tudo num único serviço”. (RIBEIRO, 2007, p. 95).

Embora inovador, o CS não se tornou a principal forma de atuação da saúde pública na época, pois conviveu por décadas com a corrente que defendia unidades especializadas, isoladas e verticalizadas, formando uma densa rede de unidades dos mais variados tipos e subordinadas aos mais diferentes órgãos centrais.

Segundo Merhy (1985, apud RIBEIRO, 2007, p. 96), “essa conjuntura só é revertida na década de 1960 e mais acentuadamente na de 1970”. É nesse período que os serviços de saúde passam a constituir estruturas verticais organizadas, com relativa autonomia para controle de problemas sanitários específicos em grupos populacionais determinados. As ações realizadas nessa época eram de vigilância e educação sanitária, assistência higiênica, inspeção, fiscalização, isolamento de doentes, etc., e por fim assistência social.

Houve durante todo esse período, um jogo de mobilização e adequação das práticas sanitárias, ou seja, com o surgimento de um novo problema coletivo de saúde com característica de questão sanitária, surgia também um novo serviço. De acordo com Merhy (1985, apud RIBEIRO, 2007, p. 97), “estes serviços não tinham entre si nenhuma relação”.

4.2.4 Sujeitos da pesquisa¹⁵

Tendo em vista o tema escolhido e a importância da gestão no processo de ampliação da PNAISH, optou-se por entrevistar o Coordenador de uma UBS do DS Centro de

¹⁵ Esclarece-se que o projeto original do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, porém em função da greve dos Técnicos Administrativos, até a conclusão deste trabalho, o projeto ainda não havia sido aprovado, o que implicou o reordenamento da pesquisa. Inicialmente, pensou-se em entrevistar profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento pela contribuição que estes poderiam trazer para o trabalho. Porém, com a autorização do Setor de Saúde da SMS de Florianópolis, foi realizada entrevista com um profissional da gestão (Coordenação de uma UBS). Salienta-se que o projeto original obteve parecer favorável pela SMS de Florianópolis.

Florianópolis.

Ressalta-se que a entrevista foi realizada em local e horário definido pelo sujeito da pesquisa, seguida da sua aceitação em participar e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.2.5 Técnicas de pesquisa e coleta de dados

Como técnica de coleta de dados foi utilizada:

- a) Entrevista semiestruturada: permite que o pesquisado possa expressar livremente suas opiniões e sentimentos. Estas entrevistas serão realizadas, a partir de um roteiro com perguntas norteadoras abertas que, conforme Minayo (2008) é uma técnica privilegiada de interação social, uma vez que possibilita, além da captação formal da fala sobre um determinado tema, a aquisição de relações, práticas, cumplicidades e omissões do cotidiano. Utilizou-se um gravador para garantir uma melhor apreensão das ideias do entrevistado, sendo local e hora previamente agendada com os sujeitos da pesquisa, a partir de Roteiros de Entrevista (APÊNDICE B).
- b) Pesquisa documental: compreende a análise das principais legislações e normativas referente à PNAISH, em âmbito nacional, estadual e municipal, bem como documentos institucionais dos referidos equipamentos públicos, analisando como uma UBS apresenta formas para desenvolver ações e estratégias para efetivar as diretrizes preconizadas na PNAISH, no PES (SANTA CATARINA, 2011), bem como as normativas nacionais e pesquisas oficiais que embasaram a análise qualitativa da pesquisa.
- c) Pesquisa hemerográfica: a pesquisa hemerográfica como fonte de estudos sobre fenômenos sociais e políticos, constitui uma excelente base de dados e informações. Segundo Seibel (2013), é necessário criar uma metodologia de organização de dados, escolhendo um tema: Saúde do homem; definindo palavras-chave: saúde, homem, APS; procedendo à busca: em diversos *sites* ligados à saúde ou não; e montando o “dossiê”: juntando o material encontrado com a busca. Por fim é imprescindível utilizar uma metodologia para analisar tal processo. O autor supracitado sugere seguir

um determinado roteiro: a) identificar o tipo de conflitividade, polemização ou problematização em torno de uma questão (no caso a discussão da saúde do homem na APS); b) identificar os atores sociais (homens) e atores institucionais (UBS); c) identificar a dimensão espacial (local: município de Florianópolis e nacional em nível de Brasil); d) identificar os encaminhamentos em que os atores se manifestam, sugerem ou que vêm sendo dados por autoridades (analisar uma política nacional de saúde, ampliar a discussão sobre a saúde do homem etc.).

4.3 A SAÚDE DO HOMEM APÓS A IMPLANTAÇÃO DA PNAISH: APONTAMENTOS A PARTIR DA MÍDIA E DA REALIDADE DA UBS ESTUDADA

Apontaremos, a seguir, os resultados obtidos com a realização da entrevista semiestruturada, articulando-a com a pesquisa hemerográfica. Esta pesquisa se baseou em dados encontrados por meio da mídia digital, especialmente, através de diferentes *sites* que publicaram informações quanto ao surgimento da PNAISH no Brasil e *sites* que relataram a campanha conhecida como Novembro Azul no mundo, no país e na cidade de Florianópolis. Destaca-se que a busca das informações em mídia digital não se restringiu a *sites* de jornais. Eis alguns *sites* escolhidos: Secretaria Municipal de Florianópolis, Prefeitura Municipal de Florianópolis, meios de notícias locais – jornais de Florianópolis, Rede Brasil Sul (RBS) – Ministério da Saúde, Empresa Brasil de Comunicações, entre outras.

Como já mencionado neste trabalho, o MS lançou no dia 27 de agosto de 2009, em Brasília, a PNAISH, com o objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Esta iniciativa foi um dos compromissos assumidos pelo então ministro da saúde, José Gomes Temporão. E é uma resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública (SAÚDE PÚBLICA, 2009; EFOS, 2009; EBAH, 2014; INFONET, 2009).

De acordo com Ebah (2014), as primeiras ações do Governo foram no sentido de informar aos homens e a todos de um modo geral, sobre a prevenção da saúde masculina, além de novos investimentos na ampliação dos serviços de saúde, na área de saúde pública e na qualificação de profissionais para atender especificamente a este público.

Essas ações visavam contribuir para o aumento da expectativa de vida e para a redução dos índices de doenças e mortes. Ao todo serão investidos cerca de R\$ 613,2 milhões, em

eixos de ação, entre eles de “comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública”. (SAÚDE PÚBLICA, 2009, s/p).

Atualmente existe uma questão cultural e educacional muito forte no Brasil e a maior parte dos homens só procura o sistema de saúde quando sua capacidade de trabalho é afetada, perdendo assim um tempo importante para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das doenças, uma vez que procuram assistência em situações consideradas limite (EBAH, 2014).

Segundo o ministro da saúde Temporão,

em geral, os homens têm medo de descobrir que estão doentes e acham que nunca vão adoecer, por isso não se cuidam. Não procuram os serviços de saúde e são menos sensíveis às políticas. Isso coloca um desafio ao SUS, já que vai exigir do sistema mudanças estruturais para que o sistema esteja mais sensível, inclusive com o treinamento de profissionais para que olhem de forma mais atenta a essa população. (SAÚDE PÚBLICA, 2009, s/p).

Observa-se que estudos foram realizados para avaliar o que os homens pensam a respeito da PNAISH. Como resultado de uma pesquisa, ressalta-se que os participantes homens, ao refletirem sobre a existência de uma política de saúde voltada para eles, atribuem à diferença de gênero como o fator motivador do conflito de separação do serviço entre os sexos “uma vez que não há necessidade de se demarcar “campos” específicos para beneficiar um em detrimento ao outro”. (MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 220). Alguns participantes também apontam a desinformação de que as mulheres possuem uma política de saúde para assistir a suas necessidades, a já citada PNAISM.

Os participantes identificaram que as mulheres têm maior necessidade de atenção à saúde, sobretudo devido à sua fragilidade. As mulheres então foram qualificadas como pessoas que necessitam de mais cuidado, ao contrário dos homens, idealizados como o sexo forte. Para os homens

é “normal” as mulheres procurarem mais pelo serviço de saúde, uma vez que essas [...] têm necessidade de realizar exames periodicamente, como o preventivo, reforçando a ideia de uma maior complexidade do corpo da mulher. (MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 221).

Isso reflete que, no Brasil, histórica e culturalmente a mulher é vista como sexo frágil. O sistema familiar tradicional do século XX era pautado pela divisão de trabalho, com papéis sociais estabelecidos. Segundo Simões e Hashimoto (2012), a mulher/mãe era vista como

detentora da vida privada e como sendo a única responsável pelas tarefas domésticas e pelo cuidado com seus filhos. O homem/pai era visto como o provedor e detinha a vida pública, se voltava para o mundo dos negócios, das realizações profissionais, do trabalho remunerado. Dessa forma, algumas características de personalidade são estimuladas e identificadas, “no homem, por exemplo, a competição e agressividade; na mulher, a sensibilidade, a capacidade de observação, o cuidado e a afetividade”. (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012, p. 7).

Corroborando com Mendonça e Andrade (2010), as falas dos sujeitos homens sugerem um reflexo da masculinidade hegemônica, que aprisionam os homens em relação a algumas práticas, como as práticas de saúde masculina.

A Coordenação da UBS estudada coloca que

a mulher se cuida mais que o homem. Essa é uma visão que eu tenho [...] Era muito difícil, por exemplo [...] de um homem consultar de rotina entendeu? Então a população masculina ela procura eu acho que menos do que a mulher. (COORDENAÇÃO 1).

Segundo estudos de Mendonça e Andrade (2010), houve participantes homens que não viram como prioridade uma política com ações de saúde voltadas para si, pois consideravam que a saúde dos idosos e das crianças são as que mais precisam de investimentos, por se tratar de uma parcela da população que necessita de maiores cuidados.

Percebeu-se nas seções anteriores que com o surgimento das AIS foram criados alguns programas de APS direcionados a grupos de risco, como os idosos, crianças e adolescentes, portadores de doenças crônicas, entre outros. Observa-se então que a saúde do homem não foi o foco das atenções nesse período, por isso alguns homens enfatizam em suas falas que a necessidade de cuidados deve se dirigir a mulheres, crianças e idosos.

Atualmente, no município de Florianópolis, observou-se que algumas ações de APS estão divididas em “Saúde Bucal, Saúde da Família, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde Mental, Saúde na Escola”. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2014, s/p). Ou seja, a saúde do homem não é identificada de imediato, mas faz parte da saúde do adulto, conforme relata a Coordenação da UBS estudada, a PNAISH

está dentro da Saúde do Adulto. É uma política que na Secretaria Municipal de Saúde está separada assim. Se você entrar no ícone do item Saúde do Adulto vai estar ali dentro. (COORDENAÇÃO 1).

Porém, ressalta-se, conforme pesquisa de Mendonça e Andrade (2010), que a maioria dos homens acredita que não há necessidade de uma distinção de política somente para o

homem, sendo considerado por alguns deles até como uma forma de preconceito. Segundo esses participantes, os serviços de saúde devem estar preparados para acolher a todos, sem precisar de políticas específicas para cada sexo (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

Outros participantes, porém, mostraram-se surpresos com a possibilidade dos homens terem um programa de saúde voltado especificamente para suas necessidades. Para eles, seria uma oportunidade das UBS oferecerem atendimento focando nas suas demandas (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

Já no papel de gestão da UBS estudada, a Coordenação considera importante a existência da PNAISH, pois

se a gente não começar a abordar isso, a questão cultural nunca vai mudar, porque é uma questão cultural mesmo [...] Quem sabe com o passar dos anos, de tanto se falar, eles consigam achar isso uma ação normal [...] Com o passar dos anos, isso vem evoluindo, vem melhorando, e eu acho que com o passar do tempo pode ser que melhore esse acesso deles, a procura deles ao serviço. (COORDENAÇÃO 1).

Com essas falas, fica clara a dicotomia do surgimento da PNAISH, pois há aqueles que ressaltam sua relevância por se dirigir especificamente às demandas masculinas, trazendo maior visibilidade para essa população, e outros não veem a necessidade de se dividir o atendimento. De fato, a saúde garantida pela Constituição Federal de 1988, como universal, deveria garantir o acesso a todos, e não privilegiar a atenção integral apenas a segmentos tidos como prioritários.

Outra questão que Mendonça e Andrade (2010) apresentam, e já mencionado na seção anterior, é o sentimento de vergonha que alguns homens relataram. A sensação de ficar exposto é um fator que os próprios homens justificam para não procurar cuidados em saúde. Os homens apresentam resistência em se expor, especialmente às profissionais de saúde mulheres.

Segundo os próprios homens, existem situações que não relatam nem para as esposas, “Que dirá para uma médica”, afirmam. Por essa razão, consideram relevante e mais confortante a presença de profissionais homens no campo da saúde para atender às demandas masculinas. (MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 224).

Pode-se afirmar que as dificuldades de interação entre as necessidades da população masculina e a organização das práticas de saúde nas UBS podem ser reduzidas. Conforme argumenta Figueiredo (2005 apud MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 224), “tal fato ainda poderá ocasionar mudanças na postura dos profissionais de saúde, através de maior sensibilidade às demandas masculinas”.

Segundo Ferreira (2013), os profissionais de saúde oferecem muitas vezes poucas e breves explicações aos homens quando comparado com as mulheres. É possível observar essa atitude através da fala da gestão da UBS estudada quando questionada as ações do Novembro Azul de 2013: “a gente fez orientações no balcão mesmo [...] Não foi feito nada além de orientações”. (COORDENAÇÃO 1).

Para Ferreira (2013) esta atitude adotada por alguns gestores e profissionais de saúde acaba por desprezar a importância do cuidado com a saúde do homem. Esse perfil de ação oferecida pelos serviços coopera para o desenvolvimento de barreiras ao acesso dos homens, que optam pela automedicação, pelas consultas nas farmácias e pela procura de serviços especializados como os de pronto atendimento que garantem efeitos imediatistas.

Verifica-se também, a insatisfação quanto ao número reduzido de profissionais de saúde nas UBS. “A visão da maioria dos homens é de que o serviço deve possuir um atendimento rápido e pontual, e por isso não dão importância às UBS”. (FERREIRA, 2013, p. 1842).

Corroborando com Ferreira (2013), ainda que seja necessário reivindicar algumas especialidades médicas, deve-se evitar o surgimento de uma visão reducionista da APS, com o pensamento de que a especialidade de urologia, por exemplo, daria conta plenamente da saúde do homem.

É possível observar que os gestores pontuam como dificuldade para implementação da PNAISH a ausência de ofertas de exames de média complexidade, especialmente de biopsia prostática.

A precariedade da rede para os encaminhamentos e os critérios adotados para os agendamentos são identificados como a principal dificuldade no atendimento da população masculina; a dificuldade na resolubilidade dos problemas de saúde dos homens teria impacto direto sobre a credibilidade do trabalho do profissional e da unidade de saúde. (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2614).

Transparece nas narrativas dos gestores, segundo pesquisa de Leal, Figueiredo e Silva (2012), uma preocupação com o acréscimo de tarefas, pois uma nova política representa novas demandas. Isso fica claro com a colocação da Coordenação da UBS estudada com relação ao planejamento do Outubro Rosa e do Novembro Azul, quando se afirma a necessidade

de recursos humanos, de recursos materiais, tem que abrir sábado, tem que ter material [...] A gente gosta de oferecer um lanche, de oferecer alguma coisa diferente, então tem que ser planejado em cima, tipo um mês antes, pra ver quem são as pessoas que estão trabalhando na unidade ainda. (COORDENAÇÃO 1).

Corroborando com esta fala, o profissional de saúde que tem a iniciativa de promover ações no serviço de APS recebe pouco apoio material e financeiro, contando, muitas vezes, apenas com sua boa vontade e de colegas ou até mesmo com recursos próprios. Porém, destaca-se que não se pode esquecer que esses profissionais

também foram criados dentro de uma sociedade que enxerga no homem um ser inabalável que não precisa de cuidados, e por esse motivo, a invisibilidade do homem pelos profissionais de saúde nem sempre é feita de forma proposital, mas sim por concepções a qual também foram expostos. (FERREIRA, 2013, p. 1844).

A falta de Recursos Humanos (RH) nas UBS é pontuada por Leal, Figueiredo e Silva (2012), que salientam também a falta de recursos financeiros e de equipamentos em geral para a real implantação da PNAISH.

Em pesquisa realizada pelos autores supracitados, os profissionais de saúde afirmam que a ausência de capacitação é a maior dificuldade para a implantação da PNAISH, seguida da falta de um conhecimento mínimo sobre a atenção à saúde dos homens, especialmente para onde os usuários dos serviços de APS podem ser encaminhados. Os profissionais mencionam também como dificuldades, a ausência de material didático e de apoio para orientar as suas ações. Consideram que as informações que possuem sobre a saúde do homem, e mesmo sobre a PNAISH, são superficiais, e falta planejamento e orientação para as ações.

Os profissionais de saúde que conheciam a PNAISH enfatizam que esta preconiza a atenção à saúde do homem sem criar os mecanismos necessários para efetuar-la na prática. Já nas UBS, em que houve maior orientação, “os profissionais criticam a ênfase em ações relativas a problemas urológicos, em detrimento de outros agravos à saúde dos homens”. (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2612).

Corroborando com os autores supracitados, o que dificilmente pode ser visto vai se invisibilizando, é o caso da informação relativa ao sexo do usuário nas APS, relatado por profissionais responsáveis por gerir sistemas de informação no nível local.

A não discriminação entre homens e mulheres que procuram os serviços de Atenção Básica reforça a invisibilidade da menor presença de homens naquela que deveria ser a porta de entrada preferencial do SUS. (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2615).

Sendo assim, não se produzem dados que tornem objetiva a diferença entre homens e mulheres quanto ao acesso e uso dos serviços de saúde. Segundo relato da Coordenação da UBS estudada se podem tirar alguns dados do INFOSAÚDE – gestão informatizada em saúde

– porém estes dados mudam mensalmente e não apresentam os resultados conforme o sexo, o que dificulta a pesquisa quanto ao acesso das pessoas à UBS, por exemplo.

Voltando a falar da PNAISH, para que esta plenamente se consolide é necessário, além das mudanças organizacionais dos serviços, a ampliação de ações integradas entre o setor saúde e a educação, “para que a conscientização da importância de promoção da saúde e prevenção da doença seja algo inerente do homem, assim como atualmente é de grande parte das mulheres”. (FERREIRA, 2013, p. 1833).

A PNAISH ainda orienta sobre a necessidade de articulação do serviço básico de saúde com o setor privado e sociedade civil para efetivar a atenção integral à saúde do homem. Além disso, propõe a inclusão do tema saúde do homem no Programa Nacional de Saúde Escolar. Segundo Ferreira (2013), esse processo educacional de autocuidado é de fundamental importância para a adesão dos homens a essa política, pois interferindo ainda na fase escolar, podem-se obter melhores resultados quanto à visão masculina sobre os cuidados com sua saúde.

Contudo, por mais que esta política já esteja aprovada há alguns anos, é necessário que “cada realidade adéque as diretrizes e normas da nova política às suas reais necessidades, levando em consideração as limitações e barreiras sociais que os homens enfrentam”. (MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 225).

Salienta-se ainda a importância de estudos que consideram a perspectiva dos próprios usuários sobre os serviços e políticas públicas que os incluem como atores principais. Pois, conforme Mendonça e Andrade (2010), alguns homens percebem na PNAISH uma forma de incentivar a população masculina a cuidar da saúde, através de pequenos hábitos que futuramente podem mudar práticas de comportamento.

Em se tratando de eventos voltados para a saúde do homem no mundo, um dos mais conhecidos é a campanha chamada de Novembro Azul. Segundo Wikipédia (2014, s/p), esta campanha “surgiu na Austrália em 2003, com base nas comemorações do Dia Mundial de Combate ao câncer de próstata, realizado no dia 17 do mês de novembro”.

O Novembro Azul é mundialmente conhecido como *Movember* e pode ser considerado mais do que uma simples campanha de conscientização, pois há reuniões entre os homens em que são debatidas várias temáticas, principalmente doenças como o câncer de próstata, depressão masculina, entre outros (WIKIPÉDIA, 2014).

Atualmente, o Novembro Azul já atinge mais de um milhão de pessoas em campanhas formais em países como Nova Zelândia, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Finlândia, Holanda, Espanha, África do Sul e Irlanda. Seu objetivo principal é mudar os hábitos e

atitudes do público masculino em relação a sua saúde e seu corpo (HOSPITAL SÃO PAULO, 2014).

No Brasil, desde 2004, a SBU realiza ações de conscientização sobre a doença, porém é em 2012 que a campanha ganha força com a parceria entre SBU e o Instituto Lado a Lado¹⁶. O mês de novembro é então dedicado à sociedade e aos homens e seu principal objetivo é orientar a população masculina e conscientizá-la quanto à importância da prevenção em saúde e do diagnóstico precoce de doenças, especialmente do câncer de próstata (WIKIPÉDIA, 2014; PORTAL R7, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2013).

O Novembro Azul também aborda outros focos de atenção à saúde masculina, entre eles, “as doenças sexualmente transmissíveis, os altos índices de colesterol, a diabetes” (JORNAL FLORIPA, 2013, s/p), entre outras doenças que também acometem os homens na atualidade, como a depressão.

O câncer de próstata¹⁷ é mais incidente que o câncer de mama, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA). A estimativa de 2012/2013 apontou cerca de 60 mil novos casos de câncer de próstata e 50 mil de mama. Fazer exames de rotina é uma das formas de prevenção ao câncer de próstata. A Sociedade Americana de Urologia (SAU) recomenda que “o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico seja realizado anualmente por homens a partir dos 45 anos. Além dele, também é importante o exame da próstata”. (HOSPITAL SÃO PAULO, 2014, s/p).

Um exemplo claro da realização do Novembro Azul foi a do ano passado no Brasil. No dia 4 de novembro de 2013, em Brasília, deputados e senadores lançaram no Congresso Nacional, a campanha de combate ao câncer de próstata. Através de uma sessão solene, promoveu-se no Senado o debate sobre a necessidade dos homens procurarem as UBS para

¹⁶ “O instituto Lado a Lado é uma instituição brasileira sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), idealizada em 2008 com sede na cidade de São Paulo. Sua missão é levar ao cidadão leigo conhecimento sobre a saúde em diversas esferas: informação, apoio, conscientização, prevenção, inclusão social, quebra de paradigmas e preconceitos, sempre com foco na humanização da saúde, a fim de promover informação de qualidade, reflexão, debate e todo e qualquer tipo de prática que objetive o bem-estar. As ações são desenvolvidas em espaços abertos (áreas de grande circulação pública) e fechados (empresas, hospitais, entre outros), além de contextos urbanos e rurais, e possuem abrangência local e nacional. São utilizados diferentes meios de comunicação e de sensibilização do público-alvo, como materiais informativos próprios, recursos lúdicos e artísticos, oficinas, portais eletrônicos, mídias sociais, sites e blogs”. (PORTAL R7, 2014, s/p).

¹⁷ “O câncer pode ser descoberto inicialmente no exame clínico, um toque retal, exame que enfrenta a resistência de muitos homens, combinado com o resultado de um exame no sangue. Se detectado o tumor, só a biópsia é capaz de confirmar a presença de um câncer. Segundo a SBU, quando descoberto no início, 90% dos casos de câncer de próstata são curáveis [...] Pessoas que têm casos de câncer de próstata na família, obesas, e negras têm mais risco de desenvolver a doença [...]. A taxa de incidência do câncer de próstata é seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento”. (PORTAL BRASIL, 2013, s/p).

fazer exames preventivos da doença, visto que apenas cerca de 30% dos homens brasileiros declararam já ter feito o exame de toque (EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÕES, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2013).

Na abertura da sessão, a deputada Rose de Freitas destacou que 90% dos homens diagnosticados já estão em fase avançada da doença. Isso ocorreria porque a maioria deles não procura os serviços de saúde e não vão ao médico por causa do preconceito existente quanto ao exame de próstata. Segundo a deputada,

é preciso tirar esse preconceito da cabeça dos homens, e as mulheres precisam falar sobre isso, dizer a eles que isso não é perda de masculinidade, de virilidade, para eles terem consciência da necessidade de cuidarem da saúde. (EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÕES, 2013, s/p).

A senadora Ana Amélia lembrou que o Brasil já promove a campanha Outubro Rosa, para a prevenção ao câncer de mama, e que se tem o mesmo objetivo com o Novembro Azul.

Ressalta-se que a UBS estudada realizou entre 2012 e 2013 uma capacitação com os ACS voltada para a saúde do homem, segundo a Coordenação, os ACS foram escolhidos

porque são pessoas que articulam a unidade de saúde com a população. Então como eles fazem abordagens, visita domiciliar, conversam com as pessoas na comunidade, nosso objetivo era fazer com que esse paciente que não vem pra unidade, que a gente não consegue abordar, que os Agentes também abordassem, nos assuntos relacionados à saúde do homem. Então foi feito uma capacitação [...] sobre algum assunto relacionado à saúde do homem [...] fazendo palestras, pra que eles na comunidade também fossem multiplicadores disso [...] não só de pré-natal, vacina, aqueles assuntos de sempre. (COORDENAÇÃO 1).

Em Florianópolis, a iniciativa da campanha do Novembro Azul, em 2013, contou com o apoio da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), da RBS TV, da SBU e da Associação Catarinense de Medicina. Lançada no Jornal do almoço, a campanha Novembro Azul combinou propaganda, conteúdo editorial e ações de conscientização sobre o exame para o diagnóstico precoce do câncer de próstata (GRUPO RBS, 2013).

Em muitos locais do mundo, instituições e pontos turísticos são iluminados de azul, caminhadas são propostas, ações são realizadas em ruas movimentadas, ou seja, uma série de atividades são previstas para o mês de novembro (WIKIPÉDIA, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2013).

Os principais cartões postais da capital catarinense – Pontes Hercílio Luz, Colombo Salles e Pedro Ivo Campos, o lago do Elevado Dias Velho e a Figueira da Praça XV de Novembro – receberam iluminação diferenciada em apoio à campanha. Esta ação foi para que, ao passar por

esses locais iluminados com a cor azul, os homens refletissem sobre a necessidade de ir a uma UBS fazer os exames preventivos (G1 SANTA CATARINA, 2013; HORA SANTA CATARINA, 2013).

Segundo o Grupo RBS (2013, s/p), o bom humor que norteou a campanha de 2013 teve como objetivo “quebrar o “tabu” existente em relação ao exame de toque e mostrar como este preconceito pode ser o maior obstáculo para salvar vidas”.

Porém, observamos que a UBS estudada não realizou nenhuma ação específica para os homens no mês de novembro de 2013, além de informações concedidas no balcão da unidade. Por ser uma ação que viria logo após o conhecido Outubro Rosa, relatou-se a dificuldade de realizarem dois eventos em seguida (um em outubro e outro novembro).

Eu acho que uma coisa que interfere nesse Novembro Azul é a questão dele vir depois do Outubro Rosa [...] Tinha que ter um intervalo de tempo entende? Pra gente ter tempo pra planejar [...] Eu acho que uma das dificuldades do Novembro Azul é isso. O Outubro Rosa ele é muito puxado. A gente trabalha todos os sábados. Então a gente folga só domingo [...] E a nossa unidade é uma unidade grande e tem muito movimento [...] Se nós tivéssemos um tempo melhor assim, maior pra fazer eu acho que ia ser mais produtivo. (COORDENAÇÃO 1).

A Coordenação da UBS ainda ressaltou o fato da PNAISH ser muito recente, e talvez por isso ainda não existirem tantas ações voltadas para os homens, porém acredita que

essa preocupação em relação à saúde do homem uma hora ela vai melhorar, eu digo assim na questão deles entenderem isso como importante [...] Porque é que nem as mulheres, quando a gente pega essas Políticas que têm de saúde da mulher, todo esse cuidado de ir conversar com a “mãe” já na maternidade [...] de marcar a consulta do “nenê” logo que sai da maternidade [...] Esse já é um vínculo que cria com a equipe e isso não é de hoje né? Isso vem fazendo também com que se diminua a mortalidade infantil por causa dessas ações, são Políticas que fazem essa mudança, esse planejamento todo, essa preocupação em desenvolver Políticas, que a gente se guie, que a gente faça, executa no SUS, isso com o tempo melhora a situação de saúde da população [...] Tem que ser aos poucos, é uma construção, um planejamento mesmo, a gente vai fazendo e vai vendo o que vai acontecendo, vai fazendo controle, vai voltando, às vezes, fazendo uma avaliação se tem que retomar alguma coisa, mas, eu acredito que futuramente assim nos próximos anos, vai ter mais adesão dos municípios. (COORDENAÇÃO 1).

Com base nos estudos supracitados, nos dados obtidos através da mídia com a entrevista realizada com a Coordenação de uma UBS, e corroborando com Ferreira (2013), não há dúvidas que a criação da PNAISH foi um passo muito importante para a melhoria da condição de saúde da população masculina, pois o homem passou a ter um pouco mais de visibilidade.

A questão é que ainda existe um longo caminho a ser trilhado para que a consolidação dessa política seja realmente efetiva no Brasil, e especialmente em ações da APS para que de fato esta se consolide como porta de entrada para estes usuários, garantindo a prevenção e promoção em saúde e a visibilidade que merecem enquanto sujeitos sociais de direito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho de conclusão de curso constatou-se que a saúde do homem é um tema recente, discutido inicialmente na década de 1970 através de estudos norte-americanos e posteriormente com estudos latino-americanos e brasileiros.

Pode-se afirmar que devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde. Eles são mais resistentes à prevenção e ao autocuidado e costumam chegar aos serviços de saúde tardiamente. Através de estatísticas oficiais em saúde, comprovou-se que os homens ainda adentram aos serviços de saúde pela atenção secundária ou terciária, ou seja, têm como porta de entrada a atenção especializada e não a APS.

Portanto, a intencionalidade deste trabalho foi despertar a importância dos serviços de APS para os cuidados em saúde voltados para a população masculina, pelo fato de que muitas doenças seriam preveníveis se fossem detectadas e tratadas precocemente e pela questão da invisibilidade da saúde do homem neste nível de atenção. Verificou-se que, de fato, abranger e focar a saúde do homem na APS é um desafio às políticas públicas de saúde, pois estas, até pouco tempo, não reconheciam a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas ao homem.

Como estratégia para mudar a realidade encontrada no Brasil, o MS apresentou em 2008 a PNAISH. Esta política objetiva promover ações de saúde voltadas para a população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos. Destaca-se a Portaria nº 1.944, de agosto de 2009, que institui no âmbito do SUS, a PNAISH. Esta portaria visa o enfrentamento racional dos fatores de risco e a realização de ações e serviços de assistência integral à saúde do homem (BRASIL, 2009b).

Ressalta-se que a PNAISH está em processo de estruturação no município de Florianópolis e que existe um departamento específico dentro da SMS para a saúde do adulto em que se encontra o eixo da saúde do homem. Nota-se o esforço de se efetivar a implementação da PNAISH no município, porém até que esta se efetive é perceptível a dificuldade dos serviços de APS e de profissionais de saúde em lidar com o público masculino e suas demandas.

Considera-se que a PNAISH representa um avanço para a saúde, pois historicamente no país, o homem esteve à margem das ações da saúde pública, sendo somente por volta dos anos 1980, que a atenção à saúde voltou-se para essa população. Esta política ressalta a

necessidade de se contemplar as particularidades apresentadas por este público, o que vem a ser mais um desafio para o SUS.

A PNAISH apresenta diversas questões associadas à saúde do homem, como o índice de mortes por causas externas por conta da violência urbana, dos homicídios, dos acidentes de trânsito, entre outros. Fatores estes por vezes desconhecidos por gestores e profissionais de saúde que atendem a essa demanda em seus locais de trabalho.

Acredita-se que a discussão deste tema tem relevância para o Serviço Social, visto que, conforme o Art. 8 do Código de Ética Profissional, é dever do Assistente Social empenhar-se para viabilizar os direitos sociais dos usuários por meio de programas e políticas sociais (BRASIL, 1993). Correlacionando este dever com a PNAISH, destaca-se que esta pode ser considerada uma nova política e, portanto, precisa de qualificação profissional para garantir o direito à saúde da população masculina. Ou seja, é uma política necessária por trazer maior visibilidade a um segmento da população que não é alvo prioritário das ações de saúde pública, como são historicamente as ações voltadas para mulheres, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, idosos, portadores de doenças crônicas, entre outros.

A APS é uma área de atuação do Serviço Social, onde a intervenção do Assistente Social deve pautar-se por um conceito ampliado de saúde, mostrando que os homens também são sujeitos de direitos e precisam ter seu espaço de prevenção e promoção garantidas, além de poderem visualizar e acessar a UBS de fato como a porta de entrada para suas demandas de saúde. Essa mobilização pode ser feita pelo Assistente Social juntamente com as demais categorias profissionais, como os Enfermeiros, Psicólogos, Educadores Físicos, ACS e outros. Ou seja, o Serviço Social pode auxiliar os demais profissionais de saúde a pensar a realidade e as questões sociais que envolvem esses indivíduos, lidar com os próprios preconceitos de alguns profissionais com relação às demandas masculinas, questionar as questões históricas impostas a eles como o sexo forte que não adocece e onde o papel de cuidado sempre foi atribuído às mulheres.

Salienta-se que o Serviço Social, enquanto categoria profissional tem como prerrogativa conhecer a realidade e, portanto, possui real capacidade e possibilidade de ampliar estudos nesta área, visto que são princípios fundamentais da profissão defender intransigentemente os direitos humanos, bem como garantir esses direitos e assegurar de forma universal, o acesso aos bens e serviços referentes a programas e políticas sociais (BRASIL, 1993). Cabe ao Assistente Social ter compromisso com a qualidade dos serviços oferecidos à população, ou seja, esta é uma profissão que transporta em seu Código de Ética Profissional, questões fundamentais de trabalho, que não devem permanecer apenas no papel,

devem ser executadas no cotidiano profissional visando sempre assegurar os direitos já conquistados, sobretudo com a Constituição Federal de 1988.

Em se tratando dos profissionais de saúde, observou-se a partir de estudos, que estes sentem falta de capacitações e maiores informações sobre a saúde do homem e sobre a PNAISH. Lembrando que muitos profissionais utilizam-se do senso comum ao se referir à saúde do homem, generalizando que estes não se preocupam com sua saúde, não vão à UBS e não necessitam da mesma atenção que as mulheres. Portanto observa-se a necessidade de maior investimento em educação permanente aos profissionais da área da saúde, especialmente da APS, pelo contato primário que estes têm com as demandas masculinas.

A partir do contexto da UBS estudada, a Coordenação salienta que a frequência dos homens na unidade é menor do que a das mulheres, corroborando com alguns estudos apresentados. Evidenciou-se também que, quando os homens vão até a UBS estudada geralmente estão acompanhados por uma mulher (seja ela, esposa, companheira, mãe, avó, filha etc.), o que evidencia a questão histórica do papel de cuidado associado às mulheres, como é possível ver na seguinte fala: “[...] tem muitos pacientes que vêm porque as mulheres trazem os homens, por exemplo, o controle do diabetes, geralmente a mulher está junto”. (COORDENAÇÃO 1).

Enfatiza-se que o homem pode querer sim se cuidar, fazer exames de rotina e participar de ações de promoção e prevenção em saúde, ele possui esse direito e deve ter um local onde referenciar seus cuidados, papel considerado da UBS. Porém, identificam-se algumas dificuldades colocadas pelos homens para conseguir acessar os serviços oferecidos pela APS, entre elas destacamos: o horário de funcionamento das UBS que não privilegia o acesso por funcionar, em sua maioria, no mesmo horário de trabalho da população; o sentimento de muitos homens de não pertencerem ao espaço da UBS, espaço esse denominado como feminino pela quantidade de mulheres presentes, seja como usuárias ou como profissionais de saúde, além do espaço físico geralmente estar voltado para as mulheres (através de cartazes e ilustrações voltados para o câncer de mama, preventivo, gravidez, amamentação etc.); a falta de acolhimento e de escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde para as demandas masculinas; o machismo por parte de alguns homens que não querem demonstrar o adoecimento e por parte de alguns profissionais em lidar com as demandas masculinas; o medo de descobrir alguma doença; a dificuldade de falar aos profissionais de saúde o que sentem e de até mesmo se expor fisicamente perante estes profissionais; a falta de atividades e programas voltados especificamente para as demandas masculinas, dentre outras.

Entre as ações nacionais voltadas para a saúde do homem – como, por exemplo, o Dia Nacional do Homem comemorado em julho e o Agosto Azul mês dedicado à prevenção das causas externas de mortes masculinas – constatou-se que o foco da mídia nacional foi a campanha Novembro Azul. Esta campanha objetiva orientar e conscientizar a população masculina quanto à prevenção em saúde e a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata.

A UBS estudada apresentou claramente dificuldades em conseguir efetivar ações voltada para saúde do homem no ano de 2013 (e também nos anteriores), visto que no Brasil, o mês de prevenção ao câncer de mama acontece em outubro (Outubro Rosa) e logo em seguida ocorre o Novembro Azul. A Coordenação da UBS ressaltou como a principal dificuldade de efetivar o Novembro Azul a proximidade entre um evento e outro, o que prejudica o planejamento das atividades e sobrecarrega os profissionais de saúde. Portanto, no ano de 2013 na UBS estudada se manteve a programação do Outubro Rosa e optou-se por fazer em novembro, apenas orientações no balcão para os homens. É questionável que resolutividade teria esta ação, visto que tradicionalmente no Brasil, o Outubro Rosa tem grande visibilidade e adesão por parte das mulheres, então, como os homens poderiam ter essa mesma adesão se no mês dedicado à sua saúde a UBS de referência não proporciona atividades voltadas para eles? Isso nos leva a refletir sobre a dificuldade em se romper com a invisibilidade das ações voltadas à saúde do homem.

Destaca-se que, discutir a saúde do homem num evento focalizado em um mês, como é o caso da campanha do Novembro Azul, não significa implantar a PNAISH. Essa iniciativa chama a atenção para a prevenção ao câncer de próstata, reduzindo assim a integralidade da saúde. Considerando que a saúde do homem não é apenas a próstata, há a necessidade de se desmistificar essa associação imediata que a única doença que o homem pode ter é o câncer de próstata. O homem não pode ser visto apenas como um ser biológico. Por isso se defende, com este trabalho, que a saúde integral do homem é muito mais do que uma questão biológica, ele é um ser biopsicossocial e precisa de fato consolidar a saúde como uma questão de cidadania.

Importante destacar a necessidade de se reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas próprias demandas, através da pluralidade de contextos, realidades sociais e condições biopsicossociais em que se encontram. Corroborando com Schwarz (2012), o diálogo permanente da saúde com outras políticas públicas, possibilitará o desenvolvimento de ações e formulações de novas práticas por parte de gestores e

profissionais de saúde. Desta forma, a saúde do homem poderá sair da invisibilidade e ter um maior reconhecimento na APS.

Assim, concluindo estas reflexões, entende-se que este trabalho não esgota a discussão da temática acerca da saúde do homem, que devem ser ampliadas. Pois a PNAISH deve alcançar sua efetividade, mas por se tratar de um processo em construção, cabe então aos atores sociais envolvidos (incluindo o Serviço Social) dar conta da superação das contradições e conflitos existentes.

Entretanto foi o olhar acadêmico que aproximou a pesquisadora deste tema e com satisfação o desenvolveu dentro das limitações apresentadas. Assim, espera-se que esta contribuição desperte e motive outros estudantes e pesquisadores a desvelar e acompanhar esta política tão importante para garantir a visibilidade do homem, visto que a sua saúde integral o envolve como um todo, como um ser dotado de desejos, anseios, necessidades e acima de tudo, direitos!

REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem Integrada**, v.3, n. 2, 2010.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos sanitários: concepção e organização**, volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: Construção Política, Metodológica e Prática. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série Pactos pela Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009a. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 160 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica**; n. 27). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Documento apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Brasília, MS; 2008.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

COUTO, M. T.; PINEIRO, T. F.; VALENÇA, O. A.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comum Saúde Educ**, 2010, p. 257-270.

DEMO, P. **Pesquisa e Informação Qualitativa**. Campinas: Papyrus, 2001.

EBAH. **Saúde do Homem**. Disponível em:

<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAA2wAAE/saude-homem>>. Acesso em: 16 maio 2014.

EFOS. **Ministério da Saúde lança Política Nacional de Saúde do Homem**. 2009.

Disponível em: <<http://efos.saude.sc.gov.br/portal2011/index.php/noticias/21-ms-lanca-politica-nacional-de-saude-do-homem>>. Acesso em: 16 maio 2014.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÕES. **Congresso adere à campanha do Novembro Azul de combate ao a de próstata**. 2013. Disponível em:

<<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-04/congresso-adere-campanha-do-novembro-azul-de-combate-ao-cancer-de-prostata>>. Acesso em: 17 maio 2014.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Ver. Panam Salud Publica** [online]. 2007, vol.21, n.2-3, pp. 164-176. ISSN 1020-4989.

ESF FLORIANÓPOLIS. **DISTRITO SANITÁRIO CENTRO, 2011**. Disponível em:

<<http://esfflop.blogspot.com.br/2011/01/distrito-sanitario-centro.html>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

FERREIRA, M. C. Desafios da Política de Atenção à Saúde do Homem: Análise das Barreiras Enfrentadas para sua Consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 01, Ano 2013 p.1833 – 1847. Disponível em:

<https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=DESAFIOS+DA+POL%C3%8DTICA+DE+A+TEN%C3%87%C3%83O+%C3%80+SA%C3%9ADE+DO+HOMEM%3A+AN%C3%81LISE+DAS+BARREIRAS+ENFRENTADAS+PARA+SUA+CONSOLIDA%C3%87%C3%83O>. Acesso em: 26 maio 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

G1 SANTA CATARINA. **Campanha Novembro Azul ilumina pontos turísticos de Florianópolis**. 2013. Disponível em:

<<http://g1.globo.com/sc/santacatarina/noticia/2013/11/campanha-novembro-azul-ilumina-pontos-turisticos-de-florianopolis.html>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R. As questões de gênero e o exercício da paternidade. In: SILVEIRA, P. (Org.). **Exercício da paternidade**. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1998, p. 13-39.

GOMES, R.; LEAL, A. F.; KNAUTH; SILVA, G. S. N. **Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem**. Rio de Janeiro, 2012, p. 2589-2596.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-11, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem**: proposta para uma discussão. Rio de Janeiro, 2003, p. 825-829.

GONÇALVES, A.; SILVA, P. A.; GONZAGA, R. L. M. **Saúde do homem**: um novo conceito de saúde pública. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação) – Centro Universitário Monte Serrat, 2010. Curso: Gestão dos Serviços da Saúde. Orientador: Prof. Fabio Lopes C. da Silva. p. 59.

GONÇALVES, R. B. M. A saúde no Brasil. Algumas características do processo histórico nos anos 80. **São Paulo em perspectiva**, 5 (1); 99-106, janeiro/março 1991.

GRUPO RBS. **Novembro Azul tem apoio da RBS TV no combate ao câncer de próstata**. 2013. Disponível em: <<http://gruporbs.clicrbs.com.br/blog/2013/11/11/novembro-azul-tem-apoio-da-rbs-tv-no-combate-ao-cancer-de-prostata/>>. Acesso em: 26 maio 2014.

HORA SANTA CATARINA. **Pontes de Florianópolis são iluminadas em alusão ao Novembro Azul**. 2013. Disponível em:

<<http://horadesantacatarina.clicrbs.com.br/sc/noticia/2013/11/pontes-de-florianopolis-sao-iluminadas-em-alusao-ao-novembro-azul-4330678.html>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

HOSPITAL SÃO PAULO. **Novembro azul**: mês de prevenção ao câncer de próstata. Disponível em: <<http://www.hsp.com.br/?p=2248>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. **Departamento de população e Indicadores Sociais**. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> >. Acesso em: 28 abr 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2011. Disponível em: <

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default.shtm>. Acesso em: 28 abr 2014.

INFONET. **Aracaju recebe política nacional de atenção à saúde do homem**. 2009. Disponível em: <<http://www.infonet.com.br/saude/ler.asp?id=93356>>. Acesso em: 16 maio 2014.

JORNAL FLORIPA. **Homens são o alvo da Campanha Novembro Azul**. 2013. Disponível em: <http://www.jornalfloripa.com.br/emcimadahora/site/?p=noticias_ver&id=1474>. Acesso em: 16 jun. 2014.

KNAUTH D. R.; COUTO, M. R.; FIGUEIREDO, W. S. **A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde**: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 2012.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M; GOTLIED, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero**. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 1998.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10): 2607-2616, 2012.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1995.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. *A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?* Psicologia Política. Vol. 10. Nº 20. P. 215-226. Jul. – Dez. 2010

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DO TRABALHO (BR). NR 7 – **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**. [online]. 1996 out., [citado 2001 jun. 16]: [aprox.. 12 telas]. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Atención Primaria de Salud**. Informe conjunto Del Director General de la Organización Mundial de la Salud e Del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infância. In: CONFERENCIA

INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma Ata (URSS), 6 de septiembre de 1978. Geneve: OMS, 1978.

PAIM, J. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2002, p. 7: 687-707.

PMF. **Rede de Atenção à Saúde em Florianópolis**. 2011. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/mapas/2011/rede_atencao_saude_marco_2011.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários?** 7 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Faculdade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PORTAL BRASIL. **Novembro Azul alerta para diagnóstico precoce do câncer de próstata**. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/novembro-azul-alerta-para-a-importancia-do-diagnostico-precoce-do-cancer-de-prostata>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

PORTAL R7. Cartão de Visita. **Novembro Azul: Campanha conscientiza homens para a prevenção do câncer de próstata**. Disponível em: <<http://cartaodevisita.com.br/conteudo/2922/novembro-azul-campanha-conscientiza-homens-para-a-prevencao-do-cancer-de-prostata>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Saúde do Adulto**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+do+adulto&menu=6>>. Acesso em: 26 maio 2014.

PRESMED SAÚDE OCUPACIONAL. Guarulhos: **Norma Regulamentadora 7, 2014**. Disponível em: <<http://www.presmed.com.br/?pg=pcmso>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

REIS, H. T. S. **Distritos Sanitários (Mapas 2010)**. Disponível em: <<http://esfflop.blogspot.com.br/2011/01/distritos-sanitarios-mapas-2010.html>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

RETKA, N.; CENTENARO, A.; JUNIOR, H. I. G.; RIZZOTTO, M. L. F. **A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual**. In. Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel, Paraná, 2003.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde**: 2012-1015. Florianópolis: Secretaria do Estado de Saúde, 2011, 212 p.

SAÚDE PÚBLICA. **MS lança Política Nacional de Saúde do Homem**. 2009. Disponível em: <<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/1982/saude-publica/ms-lanca-politica-nacional-de-saude-do-homem>>. Acesso em: 16 maio 2014.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINEHIRO, T. F.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; VALENÇA, O. A. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**. 2010, p. 961-970.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 10, n.1, p. 7-17, 2005.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Cienc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.10, pp. 2581-2583. ISSN 1413-8123.

SEIBEL, E. J. **Pesquisa hemerográfica**: metodologia. Departamento de Sociologia e Ciência Política. Programa de Pós Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013. Documento digitalizado.

SIMÕES, F. I. W.; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM**: Publicações Acadêmicas – MG – Brasil – Nº 02 – Ano I – 10/2012 Reg.: 120.2.095–2011 – PROEXC/UFVJM – ISSN: 2238-6424. Disponível em: <www.ufvjm.edu.br/vozes>. Acesso em: 21 maio 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Campanha Novembro Azul**. 2013. Disponível em: <<http://www.sbu.org.br/?campanha-novembro-azul>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, suppl. 2, pp. S190-S198. ISSN 0102-311X.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M. Reforma de Saúde no Brasil: o Programa de Saúde da Família. Informe final. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998. (**Série Estudos em Saúde Coletiva**, 166).

VIEIRA, K. L. D; COSTA, C. F. S.; GOMES, V. L. O; BORBA, M. R. **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família**: motivos para a (não) procura. Rio Grande, 2013, p. 120-127.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. **Novembro Azul**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Novembro_Azul>. Acesso em: 18 jun. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título da Pesquisa: **HOMEM INVISÍVEL: A ANÁLISE DA SAÚDE DO HOMEM A PARTIR DO ESTUDO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Eu, _____ abaixo assinado, forneço meu consentimento livre e esclarecido para participar como entrevistado(a) voluntário(a) da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso, sob a responsabilidade de Priscila Henrique Bueno dos Santos, acadêmica da Universidade Federal de Santa Catarina, e da Professora Doutora Keli Regina Dal Prá, orientadora da pesquisa.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 1) O objetivo principal da pesquisa é analisar como a Atenção Primária à Saúde (APS) da saúde no município de Florianópolis tem se organizado de forma a desenvolver estratégias e ações para cumprir as diretrizes preconizadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).
- 2) Tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer fase, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.
- 3) Os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo a publicação na literatura científica especializada.
- 4) Não terei benefícios diretos participando deste trabalho, mas estarei contribuindo para a discussão do atendimento dos homens no SUS e a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade.
- 5) Os registros escritos e gravados permanecerão em poder do pesquisador e não serão divulgados na íntegra.
- 6) Poderei entrar em contato com os pesquisadores sempre que julgar necessário. Com a acadêmica Priscila Henrique Bueno dos Santos, pelo telefone (48) 9619-2147, ou com a professora Keli Regina Dal Prá, pelo telefone (48) 9977-8601, bem como com o CEPSH (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos), pelo endereço: Biblioteca Universitária Central – Setor de Periódicos (térreo), pelo telefone (48) 3721-9206, ou por e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.
- 7) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.
- 8) Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, de maneira que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Cidade: _____ Data: _____ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista – Coordenação da UBS estudada

Data:

Nome do entrevistado:

Formação:

Cargo:

Tempo no cargo:

Endereço:

Fone:

1. Há orientação – em termos oficiais – por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis com relação à implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de 2008?

() Sim.

De que forma essas orientações são repassadas à Unidade Básica de Saúde (UBS)?

Quais são as ações desenvolvidas nesta UBS para implantar a PNAISH?

Quem são os responsáveis por efetivar estas ações?

() Não.

Nesta UBS são desenvolvidas ações voltadas para a saúde do homem independente das orientações da SMS ou da PNAISH? Se sim, quais?

2. A UBS aderiu em 2013 ao mês de combate ao câncer de próstata, campanha conhecida no Brasil como “Novembro Azul”?

Sim () Não () Por quê?

3. Você identifica que a população masculina demanda ações específicas da equipe de saúde?
4. Qual a frequência/quantidade de participação dos homens nos serviços/ações de saúde na UBS?
5. Você tem conhecimento de dados/informações específicas sobre a saúde da população masculina na UBS?
6. Identifica como necessária uma Política voltada para a saúde do homem?
7. Deseja fazer alguma colocação sobre o assunto?